

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО»

На правах рукописи

Согиyajнен Александр Алексеевич

**Научно-методическое обоснование совершенствования медицинского
обеспечения граждан призывного возраста в Российской Федерации**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
Чичерин Леонид Петрович

Москва – 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. Современные проблемы медицинского обеспечения граждан призывного возраста (обзор российской и зарубежной литературы).....	17
1.1 Основные направления реформирования комплекса мероприятий по медицинскому обеспечению граждан к военной службе в Российской Федерации.	18
1.2 Отдельные аспекты подготовки здоровой молодёжи для ведущих мировых армий (на примере США и Китая).....	32
1.2.1 Система медицинского обеспечения Вооружённых сил США.....	35
1.2.2 Система медицинского обеспечения Народно-освободительной армии Китая (НОАК).....	42
ГЛАВА 2. Программно-методическое обеспечение исследования.....	49
2.1 Характеристика базы проведения исследования.....	50
2.2 Программа, этапы, объём, методы и организация исследования.....	53
ГЛАВА 3. Результаты изучения основных показателей здоровья граждан призывного возраста в Российской Федерации.....	68
3.1 Характеристика медико-демографической ситуации, общие тенденции состояния здоровья юношей.....	68
3.2 Показатель годности к военной службе по призыву юношей и состояние здоровья военнослужащих по призыву, как индикаторы качества мероприятий по подготовке граждан к военной службе.....	82
3.2.1 Результаты военно-врачебной экспертизы юношей при первоначальной постановке на воинский учёт и призыве на военную службу.....	83
3.2.2 Состояние здоровья военнослужащих по призыву, как индикатор качества мероприятий по подготовке граждан к военной службе.....	87

ГЛАВА 4. Нормативно-правовая и организационно-методическая база медицинского обеспечения контингента.....	101
4.1 Современная система межведомственного взаимодействия по обеспечению подготовки и призыва на военную службу, медицинскому обеспечению военнослужащих по призыву.....	101
4.2 Военно-врачебная экспертиза, как вид медицинской деятельности, на современном этапе строительства Вооружённых сил.....	108
ГЛАВА 5. Отдельные вопросы качества мероприятий по медицинскому обеспечению подготовки граждан к военной службе.....	119
5.1 Отдельные вопросы качества мероприятий по медицинскому обеспечению подготовки граждан к военной службе на примере сердечно - сосудистой системы, психических расстройств и расстройств поведения, а также репродуктивного здоровья молодёжи.....	120
5.2 Лицензирования военно-врачебной экспертизы, как формы государственного контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности	126
5.3 Оценка финансовых затрат при снижении качества лечебно - профилактических мероприятий и военно-врачебной экспертизы.....	132
5.4 Правовые риски медицинского обеспечения граждан призывного возраста.....	136
ГЛАВА 6. Результаты социально-гигиенического исследования граждан призывного возраста. Результаты оценки состояния проблемы врачами специалистами.....	142
6.1 Результаты изучения социального портрета и профессиональных характеристик врачей военно-врачебных комиссий.....	142
6.2 Результаты изучения мнения специалистов по вопросам организации медицинского обеспечения юношей призывного возраста.....	147
6.3 Медико-социальный портрет граждан призывного возраста (результаты социологического исследования).....	152
6.4 Оценка качества жизни молодёжи призывного возраста 18-26 лет	166

ГЛАВА 7. Научное обоснование основных направлений по совершенствованию организации медицинского обеспечения граждан призывного возраста на территории Российской Федерации.....	180
7.1 PEST- анализ внешних аспектов, влияющих на подготовку граждан к военной службе.....	180
7.2 SWOT-анализ современного состояния системы по медицинскому обеспечению мероприятий по подготовке к военной службе	187
7.3 Состояние дел по выполнению «Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе до 2020 года» на региональном уровне.....	208
7.4 Разработка и научное обоснование основных направлений оптимизации медицинского обеспечения при подготовке молодёжи к военной службе....	219
7.5 Анализ эффективности внедрения схемы межведомственного взаимодействия при подготовке молодежи к военной службе и Программы подготовки граждан Московской области к военной службе.....	228
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	231
ВЫВОДЫ.....	239
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	243
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	246
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	247
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	283

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Сбережение нации, повышение качества жизни, укрепление здоровья населения страны и её оборона обозначены утвержденной Стратегией национальной безопасности России (Указ Президента Российской Федерации от 31.12.2015 года № 683) одними из важнейших национальных интересов на долгосрочную перспективу. В современных условиях нарастания внешних угроз ведущей задачей Российской Федерации является повышение её обороноспособности. Как отметил в ежегодном послании к Федеральному Собранию Президент России В.В. Путин (март 2018 года), в России создана современная, высокотехнологичная армия. Отсюда возрастает значимость укрепления здоровья граждан призывного возраста, как одного из основных факторов обеспечения безопасности государства (Жилина Ж.А., 2016; Цветкова Г.А., 2016; Кисляков Е.А., 2017; Калабихина И.Е., Денисова И.А., 2018).

У современных подростков в возрасте 15-17 лет за последнее десятилетие выявляется существенный рост заболеваемости практически по всем классам болезней с накоплением груза хронических болезней. (Альбицкий В.Ю., 2011, 2012; 2018; Медик В.А., 2012; Намазова-Баранова Л.С., 2016; Бойко Ю.П., 2017; Архестова Д.Р., 2017; Кучма В.Р., 2018; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Байбарина Е.Н., 2018; Маношкина Е.М., 2019; Бабенко А.И., 2019; Бурлуцкая А.В., 2019).

Отрицательные тенденции медико-демографических показателей и состояния здоровья подрастающего поколения требуют повышенного внимания к охране здоровья граждан, научного обоснования более высокого качества организации медицинского обеспечения (Сквирская Г.П., 2012, 2017, 2018; Улумбекова Г.Э., 2013, 2016; Линденбратен А.Л., 2014; Булавин В.В., Чаплюк А.Л., Кальманов А.С., 2015; Стародубов В.И., 2017; Щепин В.О., 2018; Хабриев Р.У., 2018; Амлаев К.Р., 2018; Чичерин Л.П., 2019).

При этом здравоохранение, включая развитие профилактической медицины и первичной медико-санитарной помощи, а также службы охраны материнства и детства, названо в числе стратегических приоритетов, реализация которых обеспечивает национальные интересы государства. В развитие Стратегии «новым майским» Указом Президента РФ от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития на период до 2024 года Российской Федерации» отрасль здравоохранения с теми же приоритетными задачами включена в числе 12 направлений разрабатываемых национальных проектов (программ).

В подростковом возрасте отмечен рост нарушений физического развития, психического и репродуктивного здоровья. Так, частота психических расстройств и расстройств поведения в этот возрастной период увеличилась на 10,7% и остаётся на высоком уровне (Рухлова И.А., 2016; Зеленина Н.В., 2019). На них приходится одно из ведущих мест в структуре основных заболеваний, послуживших причиной освобождения и отсрочки от призыва на военную службу (Давыдова Т.Е., 2016; Гончаренко А.Ю., 2017; Крук В.М., 2017). Показатель смертности подростков почти в 3 раза выше, чем в европейских странах, а по количеству суицидов среди подростков Россия занимает одно из первых мест в мире. И здесь большую роль играют социальные факторы и психологические риски (Полунина Н.В., 2013; Ореховский С.А., 2016; Русанова Н.Е. 2017; Власенко В.И., 2018; Куликов В.В., Лебедев С.Ю., 2018).

Усугубляют ситуацию интенсивный, нередко не согласованный с органами здравоохранения, учебный процесс в период обучения в школах, особенно в старших классах, дефекты в организации питания, низкая физическая активность молодых людей, отсутствие единого подхода к формированию социально-приемлемого поведения и другие факторы (Чичерина С.Л., 2015; Калинин Д.Е., 2016; Новиков Р.А., 2016; Нагаев Р.Я., 2016; Крючкова Е.Н., 2017; Бохан Н.А., 2019).

Но, как показывают контрольные осмотры призывников экспертами, истинная частота нарушений здоровья и развития среди юношей в 2,7 раза выше, чем данные учётной документации, а до 30% расстройств диагностируется во время военно-врачебной экспертизы впервые (Баранов А.А., Намазова Л.С., 2008, 2010, 2016; Ильин А.Г., 2011, Ефимова С.В., 2019). Эти факторы, параллельно с выявляемыми экспертами на всех этапах медицинского обеспечения контингентов дефектами в организации и проведении медицинского наблюдения, приводят к недостаточному уровню годности лиц призывного возраста к военной службе, а также к увольнению из Вооруженных сил по состоянию здоровья (Антоненков Ю.Е., 2014; Соколов Я.О., 2016; Фисун А.Я., 2016; Кузьмин С.А., 2011, 2018, 2019; Пинчук П.В., Дацко А.В., Чаплюк А.Л., 2017; Санакоева Э.Г., 2019).

Налицо недостаточно качественное обследование и наблюдение призывников в учреждениях первичного звена здравоохранения, снижение роли межведомственного подхода (Кузьмин С.А., 2011; Ким А.В., 2012; Хмелик В.И., Линченко С.Н., 2016; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2018; Чичерин Л.П., Щепин В.О., 2019). И это – несмотря на предпринятые ранее меры в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», Национального плана действий в интересах детей на 2012-2017 гг., реализации утвержденной Правительством России Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года и других документов.

Степень разработанности проблемы

Вопросы подготовки граждан к военной службе, экспертизы её медицинского обеспечения нашли отражение в докторских работах целого ряда авторов (В.В. Куликов, 1994; В.Н. Ядчук, 2004, 2011; Ю.Г. Пискарев, 2006; В.И. Красильников, 2009; Б.Д. Менделевич, 2010; С.А. Кузьмин, 2011; И.А. Андроненков, 2011; А.Г. Ильин, 2011; А.В. Ким, 2012, Р.М. Воронин, 2012), а также кандидатских исследованиях.

Однако большинство из них, за редким исключением (А.Ю. Гончаренко, 2017), выполнены, в основном, 7-10 лет назад, чаще всего ориентированы на определенный регион, на подростков в возрасте 15-17 лет, находящихся под медицинским наблюдением педиатрической службой, в ущерб научному изучению проблемы в рамках Российской Федерации на призывном контингенте в возрасте от 18 до 26 лет включительно. Явно недостаточно работ в области изучения социально-гигиенических характеристик, психологических особенностей, образа и качества жизни призывников, кадровых проблем в здравоохранении, организации военно-врачебной экспертизы. Не освещено в должной мере состояние лицензирования деятельности военно-врачебных комиссий территорий и др.

Вышеуказанное диктует необходимость поиска новых, прежде всего, организационно-методических технологий превентивной направленности, способствующих повышению уровня здоровья, как будущих воинов, так и военнослужащих.

В связи с этим **цель** данной работы: по результатам комплексного социально-гигиенического и медико-организационного исследования научно обосновать пути оптимизации медицинского обеспечения граждан призывного возраста в России.

Для её реализации поставлены следующие **задачи**:

1. Проанализировать состояние и организацию работы по медицинскому обеспечению мероприятий подготовки и призыва граждан на военную службу в Российской Федерации и за рубежом.

2. Провести сравнительный анализ статистических показателей и региональных особенностей здоровья юношей допризывного и призывного возраста, а также военнослужащих по призыву, по РФ в целом и ряду её субъектов (Московской области и Приморскому краю).

3. Дать социально-гигиеническую характеристику, оценить качество жизни и приверженность к здоровому образу жизни граждан призывного

возраста в динамике за последние 5 лет и в различных регионах Российской Федерации (на примере Московской области и Приморского края).

4. Изучить проблемы медицинского обеспечения граждан призывного возраста по результатам опроса врачей-специалистов.

5. Провести анализ существующей системы медицинского обеспечения и военно-врачебной экспертизы молодёжи призывного возраста, выявить существующие проблемы и определить пути их решения.

6. Оценить правовые риски и рассчитать экономические потери при снижении качества военно-врачебной экспертизы изучаемого контингента.

7. Разработать и научно обосновать основные направления оптимизации межведомственного взаимодействия при подготовке граждан к военной службе и оценить их эффективность. Сформировать и внедрить Программу подготовки граждан к военной службе в Московской области.

Научная новизна исследования заключается в том, что:

Проведённое комплексное научное медико-организационное и социально-гигиеническое исследование состояния здоровья юношей до- и призывного возраста, военнослужащих по призыву и экспертного мнения на территории страны, а также отдельных её субъектов (Московской области и Приморского края), позволило получить новые научные данные, которые направлены на разработку путей оптимизации медицинского обеспечения граждан призывного возраста в Российской Федерации:

- по данным отечественной и зарубежной литературы, официальных источников изучены, проанализированы, обобщены и систематизированы современные нормативно-правовые и организационные аспекты межведомственного взаимодействия при выполнении задач по подготовке граждан к службе в армии. Изучен опыт крупнейших армий мира (США и Китая) по вопросам подготовки граждан к военной службе;

- впервые представлены материалы изучения динамики и структуры заболеваемости сравнительно по Московской области, Приморскому краю и в целом по Российской Федерации юношей 15-17 лет за последние 10 лет (заболеваемость, инвалидность, смертность, распределение по категории годности к военной службе);

- впервые проведён анализ основных показателей состояния здоровья военнослужащих по призыву (распределение по группам здоровья, общая и первичная заболеваемость, госпитализация, смертность, трудопотери, увольняемость), как индикаторов качества комплекса мероприятий по подготовке граждан к военной службе;

- дана социально-гигиеническая характеристика, медико-социальные потребности, психологический «портрет», проведена оценка качества жизни и приверженности к здоровому образу жизни граждан призывного возраста сравнительно в Московской области и Приморском крае. Проведён анализ динамики показателей у контингента на территории Московской области за последние 5 лет;

- впервые изучены проблемы организации проведения военно-врачебной экспертизы на территории Российской Федерации (по результатам экспертной оценки);

- рассчитаны экономические потери и правовые риски при снижении качества мероприятий по медицинскому обеспечению и проведению военно-врачебной экспертизы среди граждан призывного возраста, сформирована программа по концентрации финансовых ресурсов, которая базируется на анализе освидетельствования молодых людей, в целях оптимизации финансовых потоков;

- определены ведущие внешние и внутренние факторы, которые имеют максимальное значение в формировании современной системы медицинского обеспечения молодёжи призывного возраста в Российской Федерации;

- обоснованы межведомственные организационно-методические

мероприятия, направленные на совершенствование организации медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу, схема оптимизации медицинской помощи контингенту и концентрированный план оздоровления молодёжи;

- на результатах анализа отчётных данных сформирована программа по нивелированию негативных тенденций медико-демографических показателей;

- разработан и внедрён проект территориальной Программы подготовки граждан к военной службе в части медицинского обеспечения призывного контингента на примере субъекта Российской Федерации – Московской области.

Научно-практическая значимость исследования: Обоснованы методические подходы к комплексному изучению системы медицинского обеспечения граждан призывного возраста, включая проведение военно-врачебной экспертизы.

Полученные данные, характеризующие тенденции в структуре и динамике состояния здоровья граждан призывного возраста, современном образе жизни и психологическом состоянии молодёжи на уровне Российской Федерации и отдельных субъектах, являются основой для принятия управленческих решений руководителями органов законодательной и исполнительной власти при формировании региональных Программ подготовки граждан к военной службе, при определении путей ресурсосбережения и при формировании программ тематического усовершенствования специалистов.

Примененные методические подходы, базирующиеся на основе PEST и SWOT-анализа в сочетании с медико-социологическими исследованиями и определением качества жизни контингента, другими составляющими, способствуют совершенствованию организации, выработке оптимальных управленческих решений при выполнении задач, поставленных как Концепцией федеральной системы подготовки граждан

Российской Федерации к военной службе до 2020 года, так и в период объявленного Указом Президента на 2018-2027 гг. Десятилетия детства, другими документами.

Методические материалы по оптимизации медицинского обеспечения военнослужащих используются в учебном процессе Международного Юридического института, при подготовке специалистов медицинской службы Ракетных войск стратегического назначения Минобороны России.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Анализ развития и функционирования системы подготовки граждан к военной службе и военно-врачебной экспертизы подтверждает необходимость формирования единого межведомственного подхода с целью повышения качества данных мероприятий, что требует пересмотра концептуальных подходов к её организации с учётом отечественного опыта, опыта ведущих армий мира и региональных возможностей и особенностей.

2. Устаревшее законодательство, массовое нарушение лицензионных требований со стороны военно-врачебных комиссий, отсутствие региональных Программ подготовки граждан к военной службе приводит к существенным экономическим потерям и значительным правовым рискам из-за снижения качества медицинских услуг данному контингенту.

3. Снижение показателей здоровья юношей обуславливает необходимость научного обоснования путей оптимизации медицинского обеспечения молодёжи призывного возраста в Российской Федерации.

4. При изучении материалов опроса врачей, социально-гигиенической характеристики и показателей качества жизни призывников и военнослужащих по призыву 18-26 лет были выявлены существенные региональные особенности, которые необходимо учитывать при формировании Программ подготовки граждан к военной службе в каждом субъекте РФ.

5. Разработанные направления оптимизации межведомственного взаимодействия позволят упорядочить деятельность всех структур власти на всех этапах подготовки граждан к военной службе и военно-врачебной экспертизы, улучшить эффективность данных мероприятий и снизить экономические потери и правовые риски.

6. Внедрённый Проект «Программы подготовки граждан Московской области к военной службе» учитывает реальное состояние дел в регионе и направлен на достижение целей федеральной Концепции.

Внедрение результатов в практику

Результаты научного исследования использованы:

на федеральном уровне: Комитетом по обороне Федерального собрания Российской Федерации (отзыв от 30.11.2019 года); Главным центром Военно-врачебной экспертизы Минобороны России при подготовке Методических разработок по вопросам правового регулирования проведения военно-врачебных экспертиз и оптимизации медицинского обеспечения подготовки и призыва граждан на военную службу, а так же монографии «Оптимизация медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу» (ISBN 978-5-91730-222-5) и «Концептуальные подходы к комплектованию Вооружённых сил России здоровым контингентом» (ISBN 978-5-91730-669-8) – Акт внедрения от 18 июля 2018 года, а также Медицинской службой Ракетных войск стратегического назначения (Акт внедрения №64 от 4.06.2018 года). Диссертация выполнена в соответствии с плановыми научно-исследовательскими работами ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»: «Совершенствование организационных технологий профилактики заболеваний и укрепления здоровья детей и подростков на амбулаторном этапе» (сроки выполнения: 2012-2013 гг.); «Медико-социальные аспекты охраны здоровья подрастающего поколения» (2014-2015 гг.); «Оптимизация комплексных мер по профилактике заболеваний и укреплению здоровья детей,

подростков, молодежи» (2016-2017 гг.) и в рамках выполнения НИР «ЭРГО-5615» в ФБУ «4 Центральный научно-исследовательский институт» Минобороны России.

на региональном уровне: Министерством здравоохранения Московской области материалы диссертационного исследования использованы при создании межведомственной комплексной программы подготовки граждан к военной службе и рекомендованы к использованию во всех медицинских организациях Московской области (Акт внедрения от 24.01.2019 года); ФКУ «Военный комиссариат Приморского края» (Акт внедрения №232/ВВК от 24.06.2016 года).

на уровне медицинских организаций: методические указания широко используются в повседневной деятельности при медицинском обеспечении юношей призывного возраста и проведении военно-врачебной экспертизы ГБУЗ МО «Ивантеевская ЦГБ» (Акт внедрения от 29.06.2017 года), ФГКУ поликлиника 4 ЦНИИ МО РФ (Акт внедрения №129 от 12.06.2016 года); 14 поликлиника ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России (Акт внедрения №342 от 23.05.2017 года).

Апробация результатов исследований

Результаты исследования представлены и обсуждены на ежегодных конгрессах и съездах педиатров России (Москва, 2013-2018); Всероссийских научно-практических конференциях с международным участием «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 2014, 2016, 2017); Всероссийских научно-практических конференциях «Национальный конгресс терапевтов» (Москва, 2014, 2016); Научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии и хирургии детского возраста» (Хабаровск, 2013); XVII съезде педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва, 2014); Региональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы педиатрии» (Хабаровск, 2014); III Съезде педиатров Дальневосточного федерального округа, II Съезд врачей-

педиатров Республики Саха (Якутия) «Современные вопросы педиатрии» (Якутск, 2014); IV Всероссийском Конгрессе по школьной и университетской медицине с международным участием «Актуальные проблемы, тактика и стратегия действий» (Санкт-Петербург, 2014); XXII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2015); IV Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы ненадлежащего оказания медицинской помощи (экспертно-правовые вопросы)» (Москва, 2015); III Съезде Российского общества историков медицины (Москва, 2016); Международной конференции стран ВЕЦА (Москва, 2016); Юбилейной научно-практической конференции «Современные проблемы охраны здоровья военнослужащих» (Санкт-Петербург, 2016); Международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 2017); форуме «АРМИЯ-2018» и проведенной в его рамках «Недели национальной безопасности» (2018) и других.

Личный вклад автора

Автором диссертационной работы сформулированы цель, задачи исследования, положения, выносимые на защиту, разработана программа исследования, определена методология проводимых исследований с использованием репрезентативных объемов наблюдений и современных, адекватных целям и задачам, методов сбора информации и обработки материала. Выполнен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы и нормативно-правовой базы по изучаемой проблеме, разработаны специальные анкеты для медицинских работников призывных комиссий и граждан призывного возраста по вопросам оценки социально-гигиенических характеристик, качества жизни, организации медицинского обеспечения мероприятий подготовки к военной службе и военно-врачебной экспертизы, проведены и обработаны результаты социологических и статистических исследований, оценены показатели состояния здоровья граждан призывного возраста. Научное обоснование и

формулировка выводов и практических рекомендаций выполнены автором лично. Исключения составляют эхокардиография, спермограмма и психологическое тестирование (которые проводились соответствующими специалистами), а автор обобщал и анализировал полученные данные.

Публикации: по результатам исследования опубликовано 59 печатных работ, в том числе 28 - в журналах, включенных в утвержденный ВАК Перечень ведущих научных рецензируемых журналов из них – 16 в журналах по специальности. Изданы две монографии, двое методические рекомендации ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко».

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 14.02.03 – «общественное здоровье и здравоохранение», конкретно – областям исследования 1 - изучение теоретических проблем охраны здоровья населения и здравоохранения, теорий и концепций развития здравоохранения, условий и образа жизни населения, 2 - разработка методов исследования, изучения и оценки состояния здоровья населения и тенденций его изменения, исследование структур заболеваемости, воздействия факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп и 3 - исследование организации медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики).

Структура и объём диссертации Диссертация изложена на 313 страницах, состоит из введения, 7 глав, включая обзор литературы, методику научного изыскания, пяти глав результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложений. Список литературы включает в себя 275 источников, из них 170 отечественных и 31 зарубежных авторов, 44 ссылки на нормативные правовые документы и официальные доклады. Работа иллюстрирована 25 таблицами и 48 рисунками.

ГЛАВА 1. Современные проблемы медицинского обеспечения граждан призывного возраста (обзор российской и зарубежной литературы)

В условиях постоянного нарастания внешних угроз основной стратегической приоритетной задачей нашего государства является повышение обороноспособности (Жилина Ж.А., 2016; Цветкова Г.А., 2016; Кисляков Е.А., 2017; Калабихина И.Е., Денисова И.А., 2018). Основой, которая определяет силу и будущее любой страны, является сбережение нации с особым акцентом на развитии системы профилактики при одновременном усилении роли профессионального сообщества в управлении здравоохранением и широкой общественной дискуссией (Федукович О.В., 2016; Кузьмин С.А., 2019, Елисеева Ю.В., 2019, Mohan Dr.Ja., 2019).

Большое значение в настоящее время имеет изучение исторического опыта здравоохранения и в том числе военной медицины, а также принципов, применяемых для подготовки здоровой молодёжи к службе в иностранных армиях. Только зная историю данного института, мы можем получить правильное понятие об его устройстве, достоинствах и недостатках (А. Ф. Редигер, 1913; Чурилов Ю.К., Чаплюк А.Л., 2018, Гурская Н.В., 2019).

В данной главе рассматриваются вопросы основного направления реформирования комплекса мероприятий по медицинскому обеспечению граждан к военной службе по материалам научных исследований, отдельные вопросы подготовки здоровой молодёжи для ведущих армий мира (на примере США и Китая).

1.1 Основные направления реформирования комплекса мероприятий по медицинскому обеспечению граждан к военной службе в Российской Федерации

Вооружённые Силы Российской Федерации - государственная военная организация, предназначенная для отражения агрессии, направленной против России, для вооружённой защиты целостности и неприкосновенности её территории, а также для выполнения задач в соответствии с международными договорами страны. Обеспечение армии военнослужащими в нашей стране осуществляется двумя путями: призывом граждан страны на военную службу и добровольным поступлением на военную службу.

Содержание, структура и характер системы подготовки граждан к военной службе в Вооруженных Силах определяются военно-стратегическим положением страны на международной арене, состоянием ее обороноспособности, экономическими, финансовыми и иными ресурсами государства. Исходя из существующих реалий, многие исследователи считают, что в России необходима комбинированная система формирования ее Вооруженных Сил до момента полного перехода к профессиональной армии (Жилина Ж.А., 2016, Кисляков Е.А., 2017; Перевалова А.А., 2018).

Для надлежащего правового регулирования вопросов военной службы основополагающее значение имеет законодательное и иное нормативное регулирование вопросов медицинского обеспечения граждан призывного возраста. На первом месте в данной сфере стоят полнота, качество и организационно-финансовое обеспечение правового регулирования складывающихся в этом процессе общественных отношений (Цветкова Г.А., 2016; Смирнов С.В., 2016; Антоненков Ю.Е., 2016, Петрова О.Н., Карасаева Л.А., 2019).

Тем не менее, главный вопрос - вопрос системы подготовки молодых людей к военной службе - до сих пор не решен окончательно. Существующая в настоящее время модель является компромиссом, который позволяет избежать как внутреннего напряжения в результате увеличения сроков призыва и полной отмены отсрочек, так и внешней слабости в результате возможного недобора контрактников. Проблемы, с которыми предстоит столкнуться министерству обороны, трудно будет решить в рамках существующей системы (Хабибулин Р.К., Гилев А.М., 2013; Кисляков Е.А., 2017; Гостев А.Н., 2018; Скориков И.И., Никитова С.Г., 2019).

Значительную роль в подготовке юношей к военной службе играют медицинские работники, которые решают вопросы профильного обеспечения подростков в период подготовки к военной службе, проводят военно-врачебную экспертизу с целью определения категории годности к военной службе во время призыва, а в дальнейшем осуществляют медицинское обеспечение за военнослужащими во время военной службы (Ефимова С.В., 2012; Воронин Р.М., 2012; Булавин В.В., 2014; Давыдова Т.Е., 2016, Гончаренко А.Ю., 2017, Бабенко А.И., Шведов Е.Г., 2019; Чичерин Л.П., Щепин В.О., 2019, Кузьмин С.А., 2019).

Первые элементы освидетельствования состояния здоровья «ратных людей» на предмет годности к военной службе появляются на Руси с 1649 года, где в Соборном уложении предписывалось «тех челобитчиков на Москве и в городах осматривать». При Петре I медицинским чинам предписывалось по требованию Губернской канцелярии и магистрата «осматривать без отрицания и аттестат давать письменно за подписанием своим».

Основоположником науки о военно-врачебной экспертизе явился Р.С. Четыркин (1797-1865). В своих трудах он подчеркивал необходимость аналитического подхода к этой работе, а также подробного и точного описания сущности болезненного процесса, препятствующего

направлению рекрута в войска - ".не довольно сказать общим выражением "недостаток зубов", но следует подробно пояснить: сколько недостает зубов, которых именно, сряду или врознь, и в какой челюсти; показывая кривые ноги, должно определять мерю: расстояние между коленями, при закривлении ног вовнутрь, между пятками, в случае искривления снаружи ...". Были впервые предложены четыре степени годности к воинской службе, которые характеризовали состояние здоровья рекрута.

Во время реформы армии, проводимой Александром II, 1 января 1874 года начинает действовать «Устав о воинской повинности», которым впервые вводятся воинские присутствия и «Изьятия и отсрочки по телесным недостаткам».

Несмотря на существование отдельных элементов военно-врачебной экспертизы, целостной системы освидетельствования ещё не существовало.

В 1917 году, были изданы приказы Реввоенсовета Республики (№109, 783, 913 и 1516), в которых было предписано обеспечить возможно широкое привлечение в армию лиц, имеющих какие-либо заболевания или недостатки, не препятствующие службе на тех или иных должностях.

Нижняя граница призывного возраста постоянно возрастала: с 18 лет в 1918 году, до 20 лет в 1924 году и 21 года в 1925 году. И только в 1936 году решением ЦИК он был снижен до 19 лет.

После анализа опыта гражданской войны в 1921 году было издано первое "Положение о военно-врачебных комиссиях", и создана отдельная структура по проведению военно-врачебной экспертизы - Центральная военно-врачебная комиссия (ЦВВК) при Главном военно-санитарном управлении в целях "... руководства, контроля и объединения деятельности всех врачебных комиссий Республики, свидетельствующих военнослужащих, а равно граждан, призываемых на военную службу".

В 1929 году (Приказом РВС СССР № 344) впервые было организовано проведение предварительного медицинского обследования,

освидетельствования гражданина при приписке к призывным участкам в целях выявления нуждающихся в лечении, проведении лечебно-оздоровительных мероприятий. На каждого гражданина призывного возраста заполнялась медицинская карта, в которой отмечались все диагностированные заболевания и делались отметки об изменениях, установленных при посещении лечебных учреждений.

К 1939 года в состав призывных комиссий входили: военный комиссар - председатель; заместитель председателя исполкома; начальник отделения НКВД; начальник милиции; два врача. Состав утверждался областным военным комиссаром и им равным.

В период Великой Отечественной войны призывные комиссии в своей работе руководствовались «Инструкцией по медицинскому освидетельствованию», «Расписанием болезней и физических недостатков», «Наставлением по определению годности», «Таблицами распределения воинских контингентов по родам и частям войск», утвержденными с учетом больших потребностей армии в пополнении личным составом. Требования к состоянию здоровья призываемых на военную службу, так и военнослужащих в значительной степени были снижены.

В послевоенный период в условиях перехода к мирной жизни, а также с учетом развития армии и флота, оснащения их новой техникой ВВК были разработаны более высокие требования к состоянию здоровья и физического развития призывников и военнослужащих.

Наряду с постоянным совершенствованием нормативно-правовой базы медицинского освидетельствования, возникает необходимость допризывной подготовки подростков, (профилактики заболеваний и улучшения физической подготовленности юношей). Исходя из этой потребности, в марте 1966 года Министерством здравоохранения совместно с Министерством обороны СССР разработаны и доведены до практических врачей Инструктивно-методические указания о работе

органов и учреждений здравоохранения по медицинскому обслуживанию юношей допризывных возрастов и призывников. Впервые данным документом была регламентирована диспансеризация 15 - 17-летних подростков, методика ее организации и проведения, ответственность за ее качество и эффективность со стороны должностных лиц органов управления здравоохранением, медицинских учреждений, военных комиссариатов и штатных военно-врачебных комиссий.

В целях улучшения качества медицинского обеспечения подростков в 1986 году приказом Министерства здравоохранения СССР № 924 "О мерах по совершенствованию медицинской помощи юношам допризывного и призывного возрастов", впервые определены 3 периода медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе: 11 - 14 лет, 15-16 лет и 17-27 лет.

В последующий период, на фоне постоянного и планомерного сокращения Вооружённых сил, происходило повышение требований к состоянию здоровья военнослужащих и призывников. Одновременно с этим развивалась и отечественная медицина: появлялись новые методы лечения и реабилитации, развивалась диагностическая база, что нашло своё отражение в приказах Министра обороны № 260 от 1987 года, № 317 от 1989 года, № 436 от 1991 года.

К середине 90-х годов для россиян наиболее остро встал вопрос о совершенствовании системы медицинского обеспечения подростков, в том числе медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе. В первую очередь это было обусловлено распространением принципов и подходов к медицинскому обеспечению подростков по критериям Всемирной организации здравоохранения. Кроме того, на фоне нарастания социальных и экономических проблем в стране, катастрофически ухудшалось состояние здоровья детей, внимание к проблемам подростков снизилось, финансирование профилактического направления в здравоохранении и медицинской науке в переходный период было крайне

незначительным. Более того, в ранее действующей системе медицинского обеспечения подростков недостаточно учитывались особенности состояния здоровья подростков 90-х годов и весь комплекс факторов, влияющих на формирование их здоровья (Чичерин Л.П., 2016, 2018; Загруднинова А.Г., 2017; Кучма В.Р., 2018; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2018; Сон И.М., Стародубов В.И., 2018; Решетников А.В., Шамшурина Н.Г., 2018; Бурлуцкая А.В., Статова А.В., 2019; Хабриев Р.У., Шипова В.М., Берсенева Е.А., 2019).

Период активного реформирования Российской армии в настоящее время привёл к значительному снижению практической роли военно-медицинской экспертизы и формализации мероприятий медицинского обеспечения подготовки к военной службе: были сокращены многие призывные комиссии, ликвидирована кафедра военно-врачебной экспертизы, утеряны высокопрофессиональные кадры.

Таким образом, история возникновения и развития системы медицинского обеспечения подростков к военной службе позволяет утверждать, что требования к состоянию здоровья граждан призывного возраста зависят от текущей международной и внутренней политической обстановки. Только комплексный, научно-обоснованный подход к военно-врачебной экспертизе и качественно выполненные мероприятия по подготовке молодёжи к службе в армии позволят увеличить количество граждан страны, которые по состоянию своего здоровья будут соответствовать требованиям Вооружённых сил в текущих условиях (Смирнов С.В., 2015; Чичерин Л.П., Щепин В.О., 2019; Храпылина Л.П., Корякин С.В., Кабалин А.П., Дацко А.В., 2019; Санакоева Э.Г., Николенко С.Л., Бровкин С.Г., Игнатов Ю.Г., 2019). В настоящее время Конституцией Российской Федерации определено, что человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства. Данный документ имеет высшую юридическую силу и применяется на всей

территории страны, поэтому законы и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации, не должны противоречить её положениям. Ст. 41 Конституции гласит, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Нормативно-правовая база военно-врачебной экспертизы, мероприятий по подготовке граждан к военной службе и медицинскому обеспечению военнослужащих является важным инструментом при направлении молодёжи на военную службу, распределении военнослужащих по воинским специальностям с учетом их состояния здоровья, сохранении военнослужащих на военной службе, проведении мероприятий по реабилитации и социальной защите бывших военнослужащих (Куликов В.В., 2000; Ядчук В.Н., 2005; Коршевер Н.Г., 2010; Антоненков Ю.Е., 2014; Чаплюк А.Л., 2017; Андроненков И.А., 2017; Дацко А.В., 2018; Чичерин Л.П., Щепин В.О., 2019 и др.).

В целях противодействия угрозам в сфере охраны здоровья граждан органы государственной власти и местного самоуправления во взаимодействии с институтами гражданского общества должны направлять свою деятельность на укрепление здоровья подрастающего поколения и молодежи, что является залогом формирования интеллектуального, производственного, репродуктивного и оборонного потенциала нации с основным упором на превентивные мероприятия. (Лисицын Ю.П., 2010; Фисун А.Я., 2015; Вялков А.И., Сквирская Г.П., Сон И.М. и др., 2017; С.А. Кузьмин, 2018; Кучма В.Р., 2018; Баранов А.А., 2019 и др.).

Это в полной мере относится и к количеству юношей призывного возраста, количество которого, по самому низкому варианту прогноза будет неуклонно снижаться, составив в 2031 году 93% от значений сегодняшнего дня (Росстат, 2019). У современных подростков 15-17 лет отмечается серьёзный рост заболеваемости практически по всем классам болезней. Несмотря на принимаемые беспрецедентные, масштабные меры,

общая заболеваемость подросткового контингента за последние 10 лет (с 2007 по 2017 год, данные Росстата) возросла на 27%.

По данным Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей в отношении общей заболеваемости подростков в 2011–2016 гг. в целом зарегистрированы стагнация показателей на высоком уровне и рост по следующим классам: новообразования (на 31,9%), болезни крови и кроветворных органов (на 11,7%), эндокринной системы (на 17,9%), глаза и придаточного аппарата (на 12%), врождённые аномалии (на 9,8%), травмы и отравления (на 9,4%) (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2018).

Серьезную озабоченность вызывает устойчивый тренд ухудшения здоровья молодёжи. За относительно короткий период (1991-2016 гг.) количество здоровых школьников снизилось до 8,6%, тогда как уровень детской заболеваемости увеличился на 68,4%, а подростковой – практически удвоился (Н.В. Полунина, 2013; В.И. Хмелик, 2015; А.Ю. Гончаренко, 2017).

По опубликованным данным, к 2010-2013 гг. по состоянию здоровья признавались годными только 2/3 юношей призывного возраста, четверть из которых отличались слабым здоровьем, 10 % - дефицитом массы тела, 8 % - суицидной склонностью и 1 % - попытками самоубийства (Ю.Е. Антоненков, 2015; Д.В. Свечников, 2015).

По данным начальника главного организационно-мобилизационного управления Генерального штаба ВС РФ в 2016 году призвано на военную службу 307 тыс. юношей. Всего задействовано 2824 призывные комиссии муниципальных образований, которыми вынесено более 1,3 млн. решений. 21,7% из числа освидетельствованных признаны не годными к военной службе по состоянию здоровья.

В настоящее время ВС РФ активно развивают инновационные технологии, оснащают подразделения новейшими образцами военной техники, усложняются элементы боевой подготовки. Военная служба

является довольно специфичным видом деятельности, в процессе которой организм человека подвергается воздействию целого комплекса неблагоприятных факторов, именно поэтому современная армия предъявляет дополнительные требования к состоянию здоровья и нервно-психической устойчивости военнослужащих, особенно призывников (К.Э. Кувшинов, 2010; Р.М. Воронин, 2012; Фисун А.Я., Калачев О.В., Редькин Е.Е., 2016; Тришкин Д.В., 2017; Шкловский Б.Л., 2018).

В тоже время сложившаяся в стране демографическая ситуация составляет одну из острейших проблем общества (Загрутдинова А.Г., 2014; Нагаев Р.Я., 2016; Новиков Р.А., 2016; Кучма В.Р., 2017; Маношкина Е.М., Матвеев Э.Н., Бантьева Э.Н., 2019). По данным Всероссийской переписи населения а 2011 году население Российской Федерации по сравнению с 2002 г. сократилось на 2261,5 тыс. человек или 1,6 %. По официальным данным Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, количество юношей, родившихся в 1990-2000 гг. и подлежавших призыву на военную службу соответственно в 2008-2018 гг., снизилось в 1,5-2 раза, по сравнению с предыдущим десятилетием (А.Ю. Гончаренко, 2017).

За период с 2000 по 2015 гг. общая распространённость нарушений здоровья и развития детей в возрасте 0-14 лет увеличилась на 30,2%, а среди детей старшего подросткового возраста (15-17 лет) – на 47%. Среди детей всех возрастов отмечается преимущественный рост хронической патологии. Её доля в структуре всех нарушений здоровья в настоящее время превышает 30%. В стране насчитывается 540,8 тысяч детей-инвалидов (рост с 2012 года составил 9,2%). В структуре причин инвалидности ведущее место занимают психические расстройства (25,1%), болезни нервной системы (23,3%) и соматическая патология (20,6%). За последние 10 лет частота психических расстройств и расстройств поведения среди подростков в возрасте 15-17 лет увеличилась на 10,7%.

(Резолюция XIX Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» 2016 год, Москва).

В то же время, как показывают контрольные осмотры призывников экспертами Научного центра здоровья детей, данные других исследователей, истинная частота нарушений здоровья и развития среди юношей в 2,7 раза выше, чем по данным учётной документации, а до 32% расстройств выявляется на военно-медицинских комиссиях впервые (Ильин А.Г., 2011; Андроненков И.А., 2011; Пинчук П.В., Бурмистрова Н.В., Чаплюк А.Л., Дацко А.В., 2017; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2018; Чичерин Л.П., 2019).

По данным Росстата (www.gks.ru, 2019), за последние 15 лет доля охвата профилактическими осмотрами детей 0-14 лет составляет 80,5-88,1%, а подростков 15-17 лет 85,4-96,5%.

Тем не менее, уровни первичной и общей заболеваемости находятся на печально высоком уровне и тенденции к их снижению отсутствуют. Так, например, уровень заболеваемости болезнями мочеполовой системы составляет на сегодняшний день 3087,7‰ и 6494,3‰, соответственно, за период 2000-2017 гг. он вырос у детей на 49,7%, у подростков - на 32,8%. Данные негативные тенденции отмечают исследователи из различных регионов России. (Архестова Д.Р., 2017; Проклова Т.Н., Карпова О.Б., 2017; Аминов А.С., 2017; Саввина Н.В., Еремеева В.И., Егорова Т.В., 2017; Корнюшин В.Ю., 2018; Маношкина Е.М., Матвеев Э.Н., Бантьева М.Н., 2019). . Исследования ведущих учёных показывают, что профилактические осмотры, зачастую, проводятся формально, и при проведении дополнительного обследования выявляется значительное количество ранее не диагностированной патологии (Ильин А.Г., 2011; Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Байбарина Е.Н., 2016; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2018; Денисов Л.А., 2019).

По данным ведущих учёных страны (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2018) к первой группе здоровья относятся только треть детей (32,7%),

12,8% детей имеют хронические заболевания, а у 1,2% была установлена инвалидность. А ведь распределение по группам здоровья представляет интегрированную оценку состояния здоровья подростков. Помимо этого, установлены значительные колебания численности здоровых детей по различным субъектам РФ - от 8,5% в г. Санкт-Петербурге до 67,5% в Республике Саха (Якутия), с хронической патологией - от 3,4% в Республике Тыва до 31,2% в Чукотском автономном округе. Среди причин, которые способствуют ухудшению здоровья контингента, большинство авторов называют социально-экономические депривации, безработицу, проблемы семей детей, неполноценное питание, миграцию из сельской местности в город, злоупотребление алкоголем, наркоманию, курение, недооценку состояния своего здоровья, состояние дел с качеством и доступностью медицинской помощи в регионах (Ярмамедов Д.М., Захарова К.В., 2017; Малышева С.А., Романова Т.Е., Мишанов В.Р., 2017; Соколова В.В., 2018; Кучма В.Р., 2018; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2018; Сон И.М., Стародубов В.И., 2018; Решетников А.В., Шамшурина Н.Г., 2018; Бурлуцкая А.В., 2019; Хабриев Р.У., Берсенева Е.А., 2019; Иванов И.В., Брескина Т.Н., Сафонов А.А., 2019).

С аналогичными проблемами при работе с подростками сталкиваются и зарубежные авторы (D.C. Bell at al., 1998; D.V. Ary, 1999; J.R. Campbell, 1994; S. Elbe, 2010; Tan L., Yang Q.H., 2017; Sarker A.R., Sheikh N., 2018; Alomari M.A., Al-sheyab N.A., 2018; Mohan Dr.Ja., 2019; Bianco A., Leonardi V., Palma A., 2019; Asare B.Y.A., Baafi D., 2019; Lu W., Fu Z., Wu N., 2019; Comba A., Demir E., Barlı Eren N., 2019).

Одной из самых актуальных проблем Вооружённых сил в настоящее время является своевременное выявление лиц с девиантным поведением, а также проведение комплекса психопрофилактических мероприятий среди военнослужащих (Фисун А.Я., Калачёв О.В., Редькин Е.Е., 2016; Булавин В.В., Кальманов А.С., Филатов В.Н., Ворона А.А., 2018; Шамрей В.К., 2017, 2018, 2019; Зеленина Н.В., Овчинников Б.В., Юсупов В.В., 2019). Это

обусловлено ухудшением здоровья призывных контингентов, сохраняющимся высоким уровнем психической заболеваемости военнослужащих, широким распространением среди подростков и молодых людей наркомании и алкоголизма, роста числа суицидов и суицидальных попыток (Абрамов А.Ю., 2015; Чичерин Л.П., 2015; Шамрей В.К., Евдокимов В.И., 2017; Крук В.М., Олейникова А.С., 2017; Власенко В.И., Переверзев В.А., Разводовский Ю.Е., 2018; Бантьева М.Н., Матвеев Э.Н., Маношкина Е.М., 2019).

Как показывают проведённые исследования, вопросы правового регулирования медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу менее всего знакомы работникам лечебно-профилактических учреждений, привлекаемым к медицинскому освидетельствованию и медицинскому обследованию призывников на предмет годности к военной службе и, как следствие, огромное количество жалоб, в том числе и в судебные органы (Андроненков И.А., 2011; Ганишев А.В., 2016; Пинчук П.В., 2017; Дацко А.В., 2017; Чаплюк А.Л., Бровкин С.Г., 2018; Шкловский Б.Л., Прохорчик А.А., 2018).

Анализ судебной практики показывает, что основными причинами обращения граждан в суды с целью обжалования вынесенных решений различных военно-врачебных комиссий является проведение военно-врачебной экспертизы с грубыми нарушениями предписанной законодательством процедуры и крайне низкое качество самой экспертизы, а именно: отсутствие надлежащего обследования; проведение экспертизы неполным составом комиссии; обследование в организации, у которой отсутствует лицензия на осуществлении медицинской деятельности; недостаточная квалификация врачей-специалистов (Обзоры судебной практики Верховного суда РФ 2016-2019; Щепин В.О., Чичерин Л.П., 2016-2019; Антоненков Ю.Е., 2016; Быховская О.А., Филатов А.И., 2018; Куликов В.В., Лебедев М.А., 2018; Петрова О.Н., Карасаева Л.А., 2019).

Недостаточно эффективно работающая в Российской Федерации система раннего выявления нарушений здоровья и развития, оздоровления и лечения приводит к крайне низкому уровню годности юношей призывного возраста к военной службе (Андроненков И.А., 2011; Ильин А.Г., 2011; Ким А.В., 2011; Антоненков Ю.Е., 2014; Санакоева Э.Г., 2019). Для решения новых задач были разработаны: Концепция осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и иной никотинсодержащей продукции в Российской Федерации на период до 2035 года и дальнейшую перспективу (Распоряжение Правительства РФ от 18.11.2019 №2732-р), Стратегия государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года (Указ Президента РФ от 9 июня 2010 года №690), Концепция реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года (распоряжение Правительства России от 30 декабря 2009 года № 2128-р) и др.

Ведущим теоретическим, нормативным и практическим документом современности в области конструктивного обеспечения проблем подготовки граждан к военной службе явилась утвержденная распоряжением Правительства от 3 февраля 2010 г. № 134-р Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года (далее - Концепция). Она определила цели, задачи и основные направления политики страны в области подготовки граждан к военной службе, как и базовые положения системы мер, направленных на улучшение состояния здоровья, физической и морально-психологической подготовки граждан, подлежащих призыву на военную службу и др.

В 2020 году её действие заканчивается и стоит вопрос о пролонгации её действия, а на территориях уже накоплен определённый опыт работы в ходе реализации этой и иных концепций, нуждающийся в анализе

эффективности проводимых мероприятий (Долгих В.В., Кулеш Д.В., Лебедева Л.Н., 2013; Линченко С.Н., Хмелик В.И., Грошилин С.М., 2016; Щепин В.О., Чичерин Л.П., 2018). Налицо также необходимость поиска новых, прежде всего, организационно-методических технологий, способствующих повышению уровня здоровья будущих воинов. Большую значимость приобретает изучение региональных особенностей состояния здоровья, в том числе с позиций социально-экономических условий формирования здоровья подростка (Смирнов С.В., 2015; Новиков Р.А., 2016; Кучма В.Р., 2018; Баранов А.А., 2018). Требуется изменения подхода к формированию здорового образа жизни, проведению профилактических мероприятий среди граждан призывного возраста с учетом роста значимости систем массовых коммуникаций и других факторов (Амлаев К.Р., 2018; Елисеева Ю.В., 2019).

Вопросы сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения решаются в приоритетном порядке и в других странах (Дёмкин А.Д., Марченко А.А., Гончаренко А.Ю., 2016; WHO/UNAIDS, 2015; Hackett J.T., 2015; Mohan Dr.Ja., 2019). Изучение этого опыта позволит выбрать наиболее оптимальные пути решения данной проблемы.

Таким образом, проблемы состояния здоровья этого контингента явились объектом исследований многих организаторов здравоохранения, наркологов, психиатров, физиологов, гигиенистов, социологов, юристов. Несмотря на высокую научную и социальную значимость этих работ и их роль в улучшении состояния здоровья юношей призывного возраста, они в большей степени носили частный характер для каждого региона и были направлены на решение задачи соответственно научной дисциплине исследователя.

За последнее десятилетие отмечается резкое снижение количества исследований, посвящённых данной проблематике, несмотря на высокую социальную значимость и явные проблемы с подготовкой юношей к службе в армии.

Отсутствие координации мероприятий различных структур государства приводит к их несогласованным действиям, которые порой противоречат друг другу.

1.2 Отдельные аспекты подготовки здоровой молодёжи для ведущих мировых армий (на примере США и Китая)

В настоящее время в мире существует несколько основных моделей комплектования Вооружённых сил, которые динамически развиваются. Определение тенденций реформирования вооружённых сил в связи с особенностями войн нового поколения крупнейших армий в мире является определяющим фактором на формирование ВС РФ, в том числе и системы медицинского обеспечения граждан призывного возраста. (Копылов И.А., 2012; Дёмкин А.Д., Марченко А.А., Гончаренко А.Ю., 2016; Кульнев С.В., Котив Б.Н., 2018).

Сравнительный анализ опыта крупнейших зарубежных армий позволяет оценить преимущества и недостатки указанных систем медицинского обеспечения при подготовке граждан к военной службе.

Процесс военного строительства ведущих государств мира осуществляется в соответствии с реалиями геостратегической и геополитической обстановки, характером будущих войн нового поколения. Анализ моделей медицинского отбора в ряды вооружённых сил зарубежных государств позволяет определить основные проблемы при обеспечении армии здоровым контингентом, что позволит, в свою очередь, учесть эти особенности при формировании концептуальных подходов к оптимизации подготовки к военной службе в Российской Федерации.

Анализ мирового опыта позволяет выявить основные способы формирования армий крупнейших государств (Ю.Ф. Шлык, 2006; Болехан В.Н., 2013; Дёмкин А.Д., Марченко А.А., Гончаренко А.Ю., 2016; Бевеликова Н.М., 2016; Гостев А.Н., 2018):

- К первой группе стран, где военная служба происходит исключительно на добровольной основе, путём набора военнослужащих по контракту относятся - США, Германия, Великобритания, Франция, Италия, Испания, Бельгия, Нидерланды, Ирландия, Польша, Канада, Австралия и др.;

- Ко второй группе относятся страны со смешанной системой – на основе закона о всеобщей воинской обязанности и добровольного набора военнослужащих по контракту (Россия, КНР, КНДР, Греция, Финляндия, Австрия, Израиль, Эстония и др.).

В современном обществе наметилась отчётливая тенденция усложнения военной техники, а так же военных профессий в целом. Одновременно с этим снижается вероятность масштабных конфликтов. Поэтому многие страны (в основном, члены НАТО) в своих военных доктринах предполагают, в основном, краткосрочные локальные конфликты. Это обстоятельство предполагает решение поставленных задач исключительно материальными и людскими запасами, которые были накоплены в мирное время. Многие государства отказались от воинской повинности в мирное время (США с 1973 года, Германия с 2011 года, Франция, Испания с 2001 года, Италия с 2007 года, Польша с 2008 года и др.), а некоторые и от воинской обязанности в целом. В то же время страны, которые видят перед собой перспективу длительного или интенсивного конфликта (Россия, Греция, Турция, Израиль, КНДР, КНР), намерены сохранять воинскую обязанность и продолжают осуществлять призыв на военную службу.

Формирование вооружённых сил на основе всеобщей воинской обязанности является менее демократичный механизм, чем формирование армии на основе военнослужащих по контракту, но она необходима в силу следующих обстоятельств:

1. Массовая призывная армия необходима для защиты государства от крупномасштабной агрессии. Именно этот способ позволяет создать

многомиллионную армию и значительные мобилизационные резервы, обладающие военной подготовкой;

2. Прохождение военной службы по призыву способствует социальному сплочению молодых людей, являющихся выходцами из различных классовых, этнических, религиозных и культурных слоёв, а так же развитию взаимодействия между государством и его гражданами;

3. Призыв в виде альтернативной гражданской службы ежегодно обеспечивает приток дешёвой рабочей силы, которая позволяет функционировать системе социального государства;

4. Основным преимуществом армии по призывному принципу является удешевление содержания Вооружённых сил.

Как показывает практика, основными недостатками призывной системы формирования вооружённых сил являются:

1. Невысокий уровень профессиональной подготовки военнослужащих;

2. Недостаточная заинтересованность в результатах своего труда;

3. Более низкий уровень социальной и правовой защищённости военнослужащих в т. ч. медицинского обеспечения.

Основными преимуществами добровольческого способа формирования армии является:

1. Военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, достигает высокий уровень профессионализма;

2. Личная заинтересованность контрактников в профессиональном росте, что обуславливается материальным стимулированием и более длительным, чем у призывников сроком военной службы.

Однако профессиональная армия существенно дороже, чем формируемая призывным способом. Подготовка кадров, достойное денежное довольствие, жильё, инфраструктура, техническое переоснащение вооружённых сил, обеспечение социальных гарантий военнослужащим-контрактникам, медицинское обеспечение – всё это

требует значительных денежных средств и времени (Жилина Ж.А., 2016; Кисляков Е.А., 2017; Кульнев С.В., Котив Б.Н., 2018).

1.2.1 Система медицинского обеспечения Вооружённых сил США

Крупнейшей армией мира, в которой реализован контрактный способ формирования вооружённых сил, является Армия США (US Armed Forces). По данным исследователей (Aslan O., 2017; Сокол Л.Н., 2018; Гостев А.Н., 2018; Мигунько А.М., 2018; Романов А.С., Балканов И.В., 2019; Фокин И.В., Параубек Е., 2019) она не имеет единого органа управления медицинской службой. Каждый элемент Вооружённых сил имеет собственную медицинскую службу. Согласно данным официального сайта министерства обороны США (<https://www.defense.gov>, дата обращения 12.12.19 года) контингент, который находится в зоне ответственности медицинского департамента, составляет около 2,7 млн. человек. Ежегодно бесплатную медицинскую помощь получают более 9,5 млн. человек. Численность личного состава медицинской службы составляет около 132 тыс. человек (80 тыс. - военнослужащие и 52 тыс. гражданский персонал). Из всего личного состава 95 тыс. человек (72%) находятся на боевых действиях или участвуют в гуманитарных операциях. В ведении Министерства обороны США находятся 56 госпиталей, 365 медицинских клиник, 26 научно-исследовательских объекта, 19 учебных центров и 10 медицинских комплексов. Госпиталия находятся преимущественно в отдалённых районах, где практически отсутствует гражданское здравоохранение. Помогают оказывать медицинскую помощь военнослужащим, отставникам и членам их семей более 35 тыс. гражданских организаций, 55 тыс. фармацевтических организаций и свыше 760 тыс. стоматологических кабинетов и клиник (Nair M, 2015; Philpott T, 2017; Lamboy J, 2017; Мигунько А.В., 2018).

В США существуют две системы службы в Вооружённых силах (Active Duty и Army Reserve) и система военного учёта граждан призывного возраста (Selective Service System).

- Active Duty - предполагает полную занятость гражданина и делает военную службу основным профессиональным видом деятельности;

- Army Reserve - предполагает создание армейского резерва, он в некотором роде схож с нашим запасом, однако имеет свои отличия. В Army Reserve, как и у нас могут служить все гражданские лица, в том числе и студенты. В обязательство таких резервистов входит посещение военных учений раз в месяц, а так же двухнедельные сборы, проходящие раз в год. Все остальное время они занимаются своей основной деятельностью, однако при начале боевых действия они автоматически переходят в категорию Active Duty;

- Все жители США мужского пола (как граждане, так и не граждане) в возрасте от 18 до 25 лет обязаны вставать на военный учёт (Selective Service System). Военный призыв применялся в разное время, главным образом во время войн, и последний раз был применен в 1973 году.

Принципы отбора граждан на службу в U.S. Armed Forces и проведения военно-врачебной экспертизы (представлены на Рисунке 1.5).



Рисунок 1.1 - Система профессионального отбора в Вооружённые силы США

Основные критерии годности к состоянию здоровья рекрутов в Вооружённые силы и действующих военнослужащих определяет инструкция Министерства обороны США № 6130.03 от 28 апреля 2010

года с изменениями и дополнениями от 2015, 2017, 2019 гг. (DoDI 6130,03, April 28, 2010). Положения данной инструкции базируются на Международной классификации болезней (International Classification of Diseases – ICD), общей системы кодификации здравоохранения (Healthcare Common Procedure Coding System – HCPCS), а так же текущей процедурной терминологии Американской медицинской ассоциации (Current Procedural Terminology – CPT).

Данная инструкция определяет требования к состоянию здоровья военнослужащих, кандидатов на замещение должностей военнослужащих или резервистов, кадетов и курсантов, лиц, которые, были признаны временно не годными к военной службе.

Задачами военно-врачебной экспертизы являются:

- выявление лиц с инфекционными заболеваниями, которые способны вызвать эпидемии;
- выявление лиц с заболеваниями и физическими дефектами, которые требуют длительного лечения и впоследствии, вероятно, приведут к увольнению с военной службы;
- годных по состоянию здоровья завершить необходимую профессиональную подготовку;
- годных по состоянию здоровья к военной службе без ограничения географического района службы;
- годных по состоянию здоровья к военной службе без риска обострения хронических заболеваний.

Изменения в данную инструкцию вносятся наблюдательным советом при помощнике министра обороны по вопросам здравоохранения (ASD(HA)). Исполнительный руководящий комитет (MEDPERS) подготавливают научно-обоснованные предложения по медицинским стандартам годности к военной службе, базируясь на проведённых научно-исследовательских работах и результатах проведённого анализа.

Интересно отметить, что министерство обороны Соединённых Штатов выделяет финансирование для проведения независимого аудита отдельных аспектов своей деятельности, который позволяет дать независимую оценку происходящих процессов. К примеру: при формировании медицинской стратегии Вооружённых сил (Army Medical Strategy) в 2011 году независимая компания RAND. ARROVOCENTER провела научно-исследовательскую работу по итогам которой разработала предложения по оптимизации работы медицинской службы, которые в дальнейшем были реализованы в виде директивных указаний.

В отличие от Российской Федерации, где бюджетное финансирование происходит путём выделения денежных средств ВМО, военнослужащие не включены в систему ОМС, а военнослужащие в отставке и члены семей обслуживаются в гражданских ЛПУ на общих основаниях, в США медицинское страхование военнослужащих и их семей является существенным элементом социальной поддержки.

В настоящее время основной программой, позволяющей обеспечивать контингенты медицинскими услугами «высшего качества» является TRICARE (в различных вариантах, которые зависят от категории военнослужащего, звания, выслуги лет и др.) (Wharam J., 2011; Philpott T., 2012; Nair M, 2015; Philpott T, 2017; Lamboy J, 2017).

Несомненным преимуществом программы TRICARE является то, что ее участник может обратиться за получением медицинской помощи, в том числе и лекарственных средств, в любом месте и в любое лечебное учреждение, работающее по программе. Руководство программой TRICARE осуществляется помощником министра обороны США по делам здравоохранения, а координация – Агентством по управлению военным страхованием министерства обороны (ТМА – Tricare Management Activity). Финансирование программы, объем которого превышает 51 млрд. дол. США в год, проводится из бюджета (затраты на одного участника программы составляют порядка 5,3 тыс. дол. США) и частично

софинансируются самим участником (до 11%). Размер ежегодного софинансирования составляет до 300 долларов США. (В.Н. Болехан, В.В. Иванов, Е.В. Ивченко и др., 2013; Мигунько А.В., 2018).

В мирное время в армии США не очень много медицинского персонала. Однако, существует программа "Health Care Personnel Delivery System" (HCPDS), которая была утверждена Конгрессом в 1989 году, согласно которой медицинские работники могут быть призваны в армию в любом необходимом количестве. Таким образом, во время войны в Персидском заливе (1990-1991), даже отставные помощники врачей были призваны на военную службу в первый раз в 30 лет. Широко используются возможности гражданского здравоохранения - до 30% военнослужащих, направляемых на стационарное лечение, проходят его в гражданские ЛПУ.

Активно развивается медицинская информационная система МО США. Личные информационные карточки (Personal Information Carrier) интегрируются в полевую систему дистанционного контроля жизненно важных параметров состояния здоровья.

В американских средних школах любой формы собственности с 1916 года реализуются программа по подготовке юношей по программе подготовки офицеров запаса JROTC (Junior Reserve Officers' Training Corps) активно поддерживаемая федеральным правительством. На данный момент он включён в программу старших классов более 3,5 тыс. американских школ и охватывает порядка 600 тыс. подростков. Обучение проводится на добровольной основе, но конкурс в данные классы составляет до 1,5 тыс. человек на место т.к. её завершение позволяет в дальнейшем занять достойное место в обществе. Более 60% генералов Министерства обороны проходили данное обучение. Состояние здоровья и физического развития является основополагающим фактором отбора (Романов А.С., Балканов И.В., 2019).

Основными целями JROTC являются: воспитание в подрастающем поколении чувства гражданства и патриотизма; развитие уверенности в

собственных силах, лидерства; повышение уровня физической подготовки учащихся, воспитание уважения к американским вооруженным силам и их роли в защите национальных интересов, формирование приверженности к здоровому образу жизни. Помимо этого, при прохождении данной программы дети и подростки проходят обязательное медицинское обследование.

В обязательной для изучения старшими школьниками базовой программе (Health. A Standards Bases Unit of Study. JROTC) разъясняются вопросы санитарного просвещения (питания, гигиены, физического развития и др.), развития личности, конфликтологии, предотвращения суицидов, наркомании и алкоголизма, вопросы оказания первой помощи.

Задача данной программы - "лучше служить своей стране в качестве лидеров и подготовиться к военной службе".

Ответственность за реализацию этой программы возложена на министерство обороны. Для этого в Пентагоне и в штабах видов вооруженных сил созданы специальные управления, которые координируют и организуют деятельность курсов JROTC. Ежегодно на подобные цели Пентагон выделяет из своего бюджета до 400 млн. долл.

Помимо этой программы существуют множество других программ военно-патриотического воспитания и подготовки граждан к военной службе: Центр начального военного обучения (Center for Initial Military Training - CIMT), второй этап подготовки офицеров запаса в колледжах (Reserve Officers' Training Corps – ROTC), детско-юношеская организация бойскаутов (Boy Scouts of America) и др (Сокол Л.Н., 2018; Мигулько А.В., 2018).

Обязательных программ по медосмотру детей нет, но существуют федеральные программы по страхованию детей. Это может быть:

- Частная медицинская страховка от работодателя или рынка медицинского страхования;
- Страховая программа Medicaid или CHIP;

- Оплата отдельных расходов на здравоохранение.

Таким образом, работа медицинской службы Вооружённых сил США построена на принципах страховой медицины, что позволяет широко использовать мощности гражданских учреждений здравоохранения и получать качественную медицинскую помощь в любом лечебном учреждении США и Европейского союза. Данное обстоятельство делает вопросы медицинского обеспечения контингентов важнейшим фактором социальной защиты военнослужащих во время действительной службы и после её завершения.

Министерство обороны активно участвует в проведении мероприятий по подготовке граждан к военной службе в т. ч. финансируя школы подготовки, организуя соревнования по военно-прикладным видам спорта и активно пропагандируя преимущества военной службы.

Существующая система военной службы в США позволяет привлечь в армию наиболее подготовленных и здоровых граждан за счёт создания престижа военной службы, значительной социальной поддержки и высокого уровня заработной платы.

1.2.2 Система медицинского обеспечения Народно-освободительной армии Китая (НОАК)

Все граждане Китайской Народной Республики, независимо от этнического статуса, расы, рода занятий, семьи, религиозных убеждений и образования, обязаны выполнять военную службу в соответствии с положениями Закона о военной службе Китайской Народной Республике от 31 мая 1984 года (Military Service Law of the People's Republic of China).

Вооруженные силы Китайской Народной Республики состоят из Народно-освободительной армии Китая (Chinese People's Liberation Army), Китайской Народной Армии (Chinese People's Armed Police Force) и Милиции (Militia). Военная служба в КНР состоит из активной и резервной

службы. На практике, призыв на обязательную военную службу не был реализован с 1949 года, т.к. как Народно-освободительная армия смогла набрать достаточное количество добровольцев (Степанов М.М., 2013; Криволапов А.А., 2016).

Освобождение от военной службы предоставляется лицам, непригодным для нее из-за серьезных физических недостатков или серьезных уродств. Учитывая высокую конкуренцию при призыве в НОАК, требования к состоянию здоровья будущих воинов предъявляются чрезвычайно жёсткие.

В КНР действует обязательная регистрация граждан призывного возраста. Каждый гражданин мужского пола, которому до 31 декабря текущего года исполняется 18 лет, должен встать на учёт в органе военной службы округа, автономного округа или города муниципального района. Те, кто встал на учёт и прошёл предварительную экспертизу, называются гражданами, имеющими право на военную службу (*the citizen eligible for enlistment*). В период призыва эти граждане направляются в определённые государством медицинские центры для проведения физического обследования. Предварительное медицинское обследование граждан призывного возраста проводят по месту обучения (Сао W.C., Чао F.H., 2011; Бевеликовна Н.М., Трощинский П.В., 2015).

Срок службы для призывника составляет два года. По истечении срока службы призывник может в соответствии с потребностями вооруженных сил и по собственной воле заключить контракт на прохождение военной службы и стать унтер-офицером. В резерве призывники находятся в возрасте от 18 до 35 лет, который может быть продлен по мере необходимости (Бевеликова Н.М., Трощинский П.В., 2015).

Военнослужащие и члены их семей имеют право бесплатно пользоваться услугами военных медицинских учреждений. В НОАК квалифицированная и специализированная медицинская помощь

оказывается в окружных (флотских) военных госпиталях с их филиалами и структурными подразделениями. Амбулаторно-поликлинические учреждения в местах дислокации госпиталей включены в их состав. Главные и центральные госпитали имеют практически все виды специализированных лечебных и диагностических отделений, оснащенных необходимым оборудованием (Степанов М.М., 2015).

Размеры страховых выплат для медицинского обеспечения каждой категории военнослужащих зависят от занимаемой должности, и ежемесячно они поступают от соответствующего финансового органа на индивидуальный счет. После увольнения с действительной военной службы военнослужащий запаса обязан включиться в общегосударственную систему социального страхования рабочих и служащих, при этом функции по выплате страховых сумм передаются от финансовых органов воинских частей органам социального страхования по месту его жительства.

Основной упор в своей деятельности медицинская служба НОАК делает на полномасштабное сохранение здоровья граждан призывного возраста (до, во время и после службы в армии, предотвращение травматизма, поддержание работоспособности и выносливости). Отдельный акцент делается на сотрудничество с местным гражданским здравоохранением и иными смежными ресурсами (W.C. Cao, F.H. Chao, 2011; Fu Xiao-Bing, 2014).

Для формирования прочной основы для будущих медицинских исследований в области военной медицины активно привлекаются военные и гражданские исследователи и эксперты. (Н. Е. Русанова, Е. Ван, 2017).

Четвертая сессия XII Всекитайского собрания народных представителей одобрила в марте 2015 года пятилетний план экономического и социального развития, в котором заложена основа для реформирования сектора здравоохранения Китая. Целью стратегии

«Здоровый Китай» (Healthy China strategy) - улучшить здоровье людей, чтобы помочь построить полноценное благосостояние общества, путём улучшения медицинских услуг и увеличения медицинских ресурсов КНР. Страна будет уделять больше внимания профилактике заболеваний и улучшению состояния здоровья, в то время как сектор здравоохранения будет сфокусирован на лечении заболеваний для поддержания здоровья.

Стратегия направлена на создание базовой системы медицинского обслуживания, охватывающей жителей городов и сельских районов к 2020 году, укрепление законодательства о медицине и здравоохранении, улучшение медицинского обслуживания и повышение осведомленности общественности о состоянии здоровья. Будут предприняты усилия по оказанию многоуровневой медицинской помощи, повышения средней продолжительность жизни до 77,3 лет, снижения младенческой смертности до 7,5 на 1000 человек, смертности детей в возрасте до 5 лет до 9,5 на 1000 человек (Сао W.C., Chao F.H., 2011; Kwok-Kei M., 2015; Tan L., 2017; Lu W., Fu Z., Wu N., 2019).

На каждом уровне военной системы внедрена цифровая медицинская информационная система. Уже в 1988 году ведущий госпиталь НОАК провёл первую клиническую конференцию онлайн-конференцию с больницей в Германии. С 1995 года Департаментом здравоохранения Главного управления материально-технического снабжения НОАК активно внедряются проекты по развитию и интеграции в военную медицинскую информационную технологическую сеть. В настоящее время количество спутниковых телекоммуникационных систем достигло более 90. Каждый крупный военный округ построил телекоммуникационный центр в центральных и региональных районных больницах и в основных медицинских клиниках, а также на станции электросвязи на океанских исследовательских судах (Chumlea W.C., 2008).

Таким образом, в настоящее время в медицинской службе НОАК и гражданском здравоохранении идут интеграционные процессы, активное

развитие телекоммуникационных технологий, инновационных методик лечения и оздоровления граждан призывного возраста. Стратегия развития основывается на моделировании будущих войн и внимательного изучения мирового опыта. Особое внимание уделяется обучению специалистов по военной медицине с углублением и расширением функциональных направлений.

Медицинская помощь оказывается на основе дополнительного социального страхования, что позволяет получать военнослужащим и членам их семей расширенный перечень медицинских услуг.

Рассматривая особенности формирования ведущих армий мира можно сделать следующие выводы:

1. В настоящее время в Российской Федерации сложилась смешанная система формирования Вооружённых сил. Особого внимания требуют граждане, проходящие военную службу по призыву.

2. Система подготовки граждан к военной службе, включающая в себя обязательные элементы медицинского обеспечения и медицинской экспертизы состояния годности к военной службе, существует во всех странах в том или ином виде, однако в Китае и США он основан на конкуренции, а в России на директивных указаниях министерств и ведомств.

3. В США ведущая роль по организации подготовки, отбору и медицинскому обеспечению будущих военнослужащих занимает Министерство обороны. В России в процесс подготовки задействованы различные ведомства – Минобразования, Минобороны, Минздрав, органы местного самоуправления.

4. В ведущих армиях мира интенсивно задействован механизм внешнего общественного контроля. Так, в США Министерство обороны нанимает независимых экспертов для оценки эффективности принимаемых решений, в Китае эту роль выполняют партийные ячейки.

5. Развитая система страховой медицины позволяет военнослужащим США и Китая активно использовать гражданские учреждения здравоохранения.

6. Во всех ведущих армиях мира имеется недостаток подготовленных специалистов медицинской службы и ведётся активная работа по их подготовке.

Таким образом, по данным отечественной и зарубежной литературы, официальных источников нами были обобщены и систематизированы современные нормативно-правовые и организационные аспекты межведомственного взаимодействия при выполнении задач по подготовке граждан к службе в армии. Изучен опыт крупнейших армий мира (США и Китая) по вопросам подготовки граждан к военной службе.

В настоящее время система подготовки граждан к военной службе и военного здравоохранения России представляет собой запутанную структуру, в которой разделены и зачастую дублируют друг друга функции различных министерств и ведомств, что приводит к масштабным тратам бюджетного финансирования без какой-либо существенной отдачи.

В то же время военная медицина является той областью, в которой возможно продемонстрировать системный подход в разработке программ медицинского обеспечения населения. Так, например, в системе медицинского обеспечения Министерства обороны США (DoD) разрабатываются решения для здравоохранения всей страны, что делает военную медицину признанным лидером в сохранении и укреплении здоровья населения. В Российской Федерации отсутствие интеграции военной медицины с гражданским здравоохранением (особенно в IT области), наличие устарелых командных методов управления военно-медицинскими организациями, формальная интеграция в страховую систему, многоканальное финансирование военно-лечебных учреждений – приводит к отставанию военной медицины и деградации системы медицинского обеспечения.

Решением данной проблемы является создание механизма координации межведомственного взаимодействия, который исключает дублирование однотипных и прикладных работ, введение одноканального финансирования и страховых принципов оплаты медицинских услуг военно-лечебных учреждений, активного включения военной медицины в утверждённые государственные программы.

Всё это обуславливает актуальность научного обоснования мер по оптимизации межведомственного обеспечения подготовки и призыва на военную службу.

ГЛАВА 2. Программно-методическое обеспечение исследования

Настоящая работа представляет собой комплексное социально-гигиеническое исследование, посвященное изучению организации медицинского обеспечения граждан призывного возраста и научному обоснованию мероприятий по его совершенствованию на территории Российской Федерации.

Теоретической и методологической основой настоящего диссертационного исследования послужили работы ведущих российских и зарубежных ученых по проблемам формирования и развитию системы подготовки граждан к военной службе, военно-врачебной экспертизы в России, результаты реформирования данной системы, реализации нормативно-правового регулирования проводимых экспертиз и иных мероприятий, анализа правовых аспектов организации медицинского обеспечения контингента, управления качеством подготовки граждан к военной службе, развития подходов, повышающих эффективность проводимых мероприятий, и т.д.

Диссертация выполнена в соответствии с плановыми научно-исследовательскими работами ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»: «Совершенствование организационных технологий профилактики заболеваний и укрепления здоровья детей и подростков на амбулаторном этапе» (сроки выполнения: 2012-2013 гг.); «Медико-социальные аспекты охраны здоровья подрастающего поколения» (2014-2015 гг.); «Оптимизация комплексных мер по профилактике заболеваний и укреплению здоровья детей, подростков, молодежи» (2016-2017 гг.) и в рамках выполнения НИР «ЭРГО-5615» в ФБУ «4 Центральный научно-исследовательский институт» Минобороны России (2015-2019 гг.).

2.1. Характеристика базы проведения исследования

Исследование проводилось в течение 2012–2019 годов.

Базами для выполнения настоящего исследования являлись: призывные комиссии военного комиссариата по муниципальным образованиям (г. Мытищи и г. Королева), осуществляющие мероприятия по медицинскому освидетельствованию граждан при первоначальной постановке на воинский учёт и призыве на военную службу, муниципальные и государственные учреждения здравоохранения, проводящие мероприятия по медицинскому обеспечению подготовки юношей призывного возраста к военной службе, 14 поликлиника ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, филиал №4 ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, филиал №1 ФГКУ «144 ВГ» Минобороны России, филиал №2 «439 ВГ» Минобороны России, ВВК Мытищинского и Сергиев посадского местных гарнизонов, участвующие в лечебно-профилактических мероприятиях и экспертизе годности к военной службе военнослужащих по призыву.

В 2010 году распоряжением Правительства РФ от 03.02.2010 № 134-р вступила в силу Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года, которая сконцентрировала внимание на состоянии здоровья граждан призывного возраста. Проводимая в Российской Федерации работа по достижению целевых показателей состояния здоровья граждан призывного возраста показала целесообразность изучения данной проблемы с учётом региональной специфики.

Настоящее исследование включало в себя проведение исследования в отдалённых друг от друга субъектах Российской Федерации (Московской области и Приморском крае) и сравнительный анализ полученной информации с данными в целом по стране.

Московская область является вторым по численности населения

субъектом Российской Федерации (после города Москвы). Область расположена в центральной части Восточно-Европейской равнины и входит в состав Центрального федерального округа. Численность населения, проживающего на территории Московской области, составляет 7318,7 тысяч человек. Из них, 772 тысячи составляют молодые люди 16-29 лет, что составляет 10,9% от общей численности населения Московской области (по состоянию на 2019 год, данные Единой межведомственной информационно-статистической системы). На территории области осуществляют первоначальную постановку на воинский учёт и медицинское обеспечение во время призыва в ВС РФ 33 военных комиссариатов муниципальных образований Московской области (Данные с официального сайта Военного комиссариата Московской области: <http://www.oblvoin.ru/voenkomat.htm#spis>). Вопросами военно-медицинской экспертизы военнослужащих по призыву занимаются Военно-лечебные учреждения Министерства обороны: ФГУ «ГВКГ им. Н. Н. Бурденко Минобороны России», ФГУ «3 ЦВКГ им. А. А. Вишневого Минобороны России», ФГБУ «МУНКЦ им. П. В. Мандрыка Минобороны России».

В Приморском крае по данным ЕМИСС (по состоянию на 1 декабря 2019 года) проживало 1956, 5 тысяч человек. Из них, 238 тысяч составляют молодые люди 16-29 лет, что составляет 12,2% от всего населения Приморского края. На территории края осуществляют первоначальную постановку на воинский учёт и медицинское обеспечение во время призыва в ВС РФ 25 военных комиссариатов муниципальных образований Приморского края. Вопросами военно-медицинской экспертизы военнослужащих по призыву занимаются: филиалы ФГКУ «1472 ВМКГ» Минобороны России, ФГКУ «144 ВГ» Минобороны России, ФГКУ «439 ВГ» Минобороны России.

Для удобства восприятия информации все военные комиссариаты были сгруппированы по 4 военным округам (ЗВО, ЦВО, ВВО, ЮВО) Рис.

2.1. (Данные взяты из <https://ru.wikipedia.org/>).



Рисунок 2.1 - Военно-административное деление РФ

Западный военный округ (далее - **ЗВО**) включает в себя военные комиссариаты городов Москвы и Санкт-Петербурга, Московской, Рязанской, Липецкой, Ярославской, Нижегородской, Ивановской, Брянской, Курской, Белгородской, Владимирской, Воронежской, Калужской, Костромской, Орловской, Смоленской, Тамбовской, Тверской, Тульской, Ленинградской, Псковской, Новгородской, Вологодской, Архангельской, Мурманской, Калининградской областей и Республики Коми и Карелии.

Южный военный округ (далее – **ЮВО**) включает в себя военные комиссариаты города Севастополь и Ростовской, Волгоградской, Астраханской областей, Краснодарского и Ставропольского краёв, Республик Крым, Ингушетия, Дагестан, Калмыкия, Адыгея, Северная Осетия-Алания, а также Чеченской, Кабардино-Балкарской, Карачаево-Черкесской республик.

Центральный военный округ (далее – ЦВО) включает в себя военные комиссариаты Курганской, Тюменской, Челябинской, Кировской, Свердловской, Самарской, Пензенской, Саратовской, Ульяновской, Оренбургской, Иркутской, Новосибирской, Томской, Омской, Кемеровской областей, Пермского края, Ямало-Ненецкого автономного округа, Ханты-Мансийского автономного округа, Югры, Республик Башкортостан, Татарстан, Мордовия, Марий-Эл, Чувашия, Тыва, Алтай, Хакасия и Удмуртской республики.

Восточный военный округ (далее - ВВО) включает в себя военные комиссариаты Камчатского, Приморского, Хабаровского, Забайкальского краёв, Амурской, Магаданской, Сахалинской областей, Республик Саха (Якутия), Бурятия и Еврейской автономной области.

Каждая военно-врачебная комиссия включает в себя: председателя комиссии-врача-методиста; врача-терапевта; врача-хирурга; врача-невролога; врача-психиатра; ЛОР врача; врача-офтальмолога; врача-стоматолога; врача-дерматолога.

2.2. Программа, этапы, объём, методы и организация исследований

С целью организации и проведения исследования были обоснованы методические и методологические подходы, разработан поэтапный план и программа исследований, методика сбора и обработки материала, алгоритм и дизайн проведения исследования.

Интегрированный и комплексный характер настоящего исследования и сформулированные автором цель и задачи определили предмет и объекты исследования, единицы наблюдения и позволили сформировать Программу исследования (Рисунок 2.2).

Определены **объекты исследования**: подростки допризывного возраста 15-17 лет, юноши призывного возраста 18-26 лет, военнослужащие срочной службы 18-26 лет, врачи-специалисты.

Предметами исследования явились: показатели состояния

здоровья, образа и качества жизни, проблемы медицинского обеспечения и военно-врачебной экспертизы объектов исследования, межведомственное взаимодействие во время медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе.

В рамках диссертационного исследования использованы общенаучные методы (анализ, синтез, комплексность, системность, моделирование). Исследование выполнено в единстве теоретического и эмпирического подходов, на основе объективности, системности и комплексности.

Методы исследования, использованные в процессе подготовки диссертации: аналитический, организационно-правовой, статистический, социологический, экспертных оценок, математического анализа и структурно-организационного моделирования, SWOT и PEST - анализ. Диссертационное исследование проводилось в несколько последовательных и взаимосвязанных этапов. При этом полученные в ходе исследования, результаты дополнялись с учетом изменений нормативно-правовой базы и получения новых исследовательских данных.

Таблица 2.1 – Программа и методы исследования

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объём исследования	Источники информации	Сроки
1. Проанализировать состояние и организацию работы по медицинскому обеспечению мероприятий подготовки и призыва граждан на военную службу в Российской Федерации и за рубежом.	Контент-анализ Метод экспертных оценок	Отечественная [237] и зарубежная [83] литература, нормативные правовые акты по теме исследования	Зарубежные и отечественные источники литературы по вопросам медицинского обеспечения мероприятий подготовки граждан к военной службе и военно-врачебной экспертизы. Федеральные законы, Постановления Правительства РФ, Приказы Министерства здравоохранения и Министерства здравоохранения и иные нормативно-правовые акты по теме исследования.	2013-2017 гг.
2. Провести сравнительный анализ статистических показателей и региональных особенностей здоровья юношей допризывного и призывного возраста, а также военнослужащих по призыву, по РФ в целом и ряду её субъектов (Московской области и Приморскому краю).	Статистический Аналитический	Годовые отчёты ФСПР, раздел 15.08 «Число заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» - 10 ед. Годовые отчёты ФСПР, раздел 15.08 «Заболеваемость с диагнозом, установленным впервые в жизни, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения, на 100 тыс.человек населения» - 10 ед. Ежегодное донесение ГВМУ Минобороны России «Показатели состояния здоровья	Статистические данные Росстата (www.gks.ru), ЕМИСС (https://fedstat.ru) и Медицинской службы Минобороны России, Главного центра военно-врачебной экспертизы Минобороны России	2012-2017 гг.

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объём исследования	Источники информации	Сроки
		военнослужащих Вооружённых сил Российской Федерации, а также деятельности военно-медицинских подразделений, частей и организаций» - 8 ед. Учетная и отчетная документация призывных комиссий, ВВК – 32 ед., Свидетельства о болезни – 239 ед.		
3. Дать социально-гигиеническую характеристику, оценить качество жизни и приверженность к здоровому образу жизни граждан призывного возраста в динамике за последние 5 лет и в различных регионах Российской Федерации (на примере Московской области и Приморского края).	Социологический Математического анализа	Анкеты опроса молодежи 18-26 лет - 1364 ед. Результаты психологического тестирования военнослужащих по призыву – 3454 ед.	Материалы социологических исследований	2014-2017 гг.
4. Изучить проблемы медицинского обеспечения граждан призывного возраста по результатам опроса врачей-специалистов.	Социологический Математического анализа	Анкеты экспертной оценки врачей, осуществляющих медицинское обеспечение призывников – 646 ед.	Материалы социологических исследований	2015-2017 гг.
5. Провести анализ существующей системы медицинского обеспечения и военно-врачебной экспертизы молодёжи призывного возраста, выявить существующие проблемы и определить пути их решения.	Организационно-правовой Аналитический SWOT и PEST - анализ	Нормативные правовые акты по теме исследования – 26 ед. Матрицы для SWOT и PEST анализа - 8 шт.	Федеральные законы, Постановления Правительства РФ, Приказы Министерства здравоохранения и Министерства здравоохранения и иные нормативно-правовые акты по теме исследования.	2014-2017 гг.

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объём исследования	Источники информации	Сроки
6. Оценить правовые риски и рассчитать экономические потери при снижении качества военно-врачебной экспертизы изучаемого контингента.	Аналитический Организационно-правовой	Материалы предыдущих этапов исследований		2018-2019 гг.
7. Разработать и научно обосновать основные направления оптимизации межведомственного взаимодействия при подготовке граждан к военной службе и оценить их эффективность. Сформировать и внедрить Программу подготовки граждан к военной службе в Московской области.	Метод структурно-организационного моделирования Аналитический	Материалы предыдущих этапов исследований		2018-2019 гг.

На первом этапе были определены цель, задачи, предмет, объекты и методы исследования, в соответствии с рабочей гипотезой разработана программа исследования. Проведена оценка степени разработанности проблемы путём изучения диссертационных исследований по данной тематике, отечественных и зарубежных литературных и официальных источников, ведомственных методических рекомендаций; изучены современные нормативно-правовые и организационные аспекты межведомственного взаимодействия при организации медицинского обеспечения юношей 15-17 лет и граждан призывного возраста (18-26 лет), а также материалы о состоянии здоровья и организации медицинского наблюдения контингентов, с учётом вопросов качества оказываемой медицинской помощи.

Были изучены и проанализированы нормативно-правовые документы Российской Федерации, регламентирующие вопросы медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу: Конституция, Основы законодательства об охране здоровья граждан, Указы Президента, постановления Правительства, приказы, инструкции и директивы Минобороны и Минздрава России. Особое внимание уделялось анализу правовых коллизий существующих в законодательстве, изучению судебной практики.

На втором этапе изучены основные проблемы в состоянии здоровья и медицинском обеспечении граждан призывного возраста, сформулированы цели и основные задачи медико-социологического исследования, разработаны программа и методика его проведения, создан инструментарий (разработаны анкеты) для его проведения.

Используя стандартизированные методики автоматизированного рабочего места военного психолога (модификация 83т379), которые позволяют оценить тестируемого военнослужащего по различным направлениям: психическое состояние, профессиональные интересы и направленность личности, свойства личности, нервно-психическую

устойчивость, самосознание и самоотношения личности, межличностные отношения, семейно-брачные отношения, внутригрупповые отношения, общие способности интеллекта, а также несколько деятельностных тестов было проведено сплошное психологическое тестирование военнослужащих по призыву 18-26 лет ряда войсковых частей Приморского края (n=1512) и Московской области (n=1942).

На данном этапе с помощью применения специально разработанного информационно-регистрационного инструментария проведено анкетирование граждан 18-26 лет мужского пола (n=1364) с целью выявления комплексной социально-гигиенической характеристики, поведения, образа и качества жизни граждан призывного возраста. Показатели качества жизни подростков изучены с применением опросника MOSSF-36 (36-item Medical Outcome Study Short-Form Health Survey) адаптированном и апробированном «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург). Выбор данного опросника обусловлен тем, что данный инструмент прост и удобен для заполнения, статистической обработки и интерпретации результатов.

С привлечением высококвалифицированных экспертов со всей территории Российской Федерации (n=646) была оценена организация медицинского обеспечения контингента, социальная характеристика специалистов, состояние кадрового потенциала. Социологическое исследование среди врачей-специалистов проводилось по общепринятой методике (А.В. Решетников, С.А. Ефименко 2003, 2007; А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий 2011, 2012). Инструментом, с помощью которого проводилось социологическое исследование, служили аналоги анкет, разработанных специалистами кафедры гигиены детей и подростков ММА им. И.М. Сеченова и Национального научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН, но видоизменённые для целей, стоящих в настоящем исследовании и согласованные с экспертами Главного центра

военно-врачебной экспертизы Министерства обороны.

Для проведения сравнительного анализа все анкеты специалистов были распределены на 4 основные группы: филиал № 1 (Западный военный округ, n=188), филиал № 2 (Южный в.о., n=125), филиал № 3 (Центральный в.о., n=263), филиал № 4 (Восточный в.о., n=70). Доля опрошенных от числа действующих сотрудников данной категории составила 50,5% (в Западном в.о. – 47,6%, Центральном в.о. – 71,7%, Южном в.о. – 55,3%, Восточном в.о. – 54,3%), что позволяет считать объём выборки достаточным, а опрос репрезентативным.

В остальных случаях репрезентативность выборки рассчитана с помощью общепринятых формул (А.М. Мерков, Л.Е. Поляков, 1974 г.).

Предварительная разработка аналитических таблиц по данным анкет социологического исследования показала, что они должны содержать максимально до 25-30 ячеек, и при заполнении каждой из ячеек не менее чем 10 единицами потребуется до 200-300 единиц наблюдения (А.Г. Здравомыслов, 1969 и др.). Таким образом, рассчитанные по формуле выборочные совокупности, при решении задач исследования можно считать репрезентативными, позволяющими получить достоверные данные.

Для решения стоящих задач диссертации были использованы данные о состоянии здоровья детей и подростков: официального сайта Министерства здравоохранения и Министерства обороны Российской Федерации, статистические данные Росстата и фонда ЮНЕСКО/ООН, ежегодные отчёты Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны, материалы Главного военно-медицинского управления Министерства обороны, учётные и отчётные документы лечебно-профилактических учреждений различных форм собственности, учётные и отчётные документы призывных комиссий отделов военных комиссариатов, доклады Общественной палаты РФ, материалы

публикаций отечественных и зарубежных авторов, материалы собственной работы в качестве председателя военно-врачебной комиссии военной поликлиники, свидетельства о болезни военнослужащих по призыву, уволенных из ВС РФ по состоянию здоровья.

В результате использования комплексного метода при изучении медико-демографических показателей были изучены: динамика численности населения (в том числе граждан призывного возраста), распределение детей подростков по группам здоровья, заболеваемость детей и подростков, уровень и структуру инвалидности данного контингента, состояние здоровья при первичной постановке на воинский учёт, призыве на военную службу, динамику годности молодёжи к службе в ВС РФ и некоторые другие.

У военнослужащих по призыву были изучены показатели первичной и общей заболеваемости, уровня госпитализации, смертности, увольняемости по состоянию здоровья. А так же использовались психологические методики, которые позволяют оценить тестируемого военнослужащего по различным направлениям: психическое состояние, профессиональные интересы и направленность личности, свойства личности, нервно-психическую устойчивость, самосознание и самоотношения личности, межличностные отношения, семейно-брачные отношения, внутригрупповые отношения, общие способности интеллекта и др.

Проводился сравнительный анализ данных показателей у подростков 15-17 лет в Московской области и Приморском крае, Российской Федерации в целом.

На **третьем этапе** изучались медико-демографические процессы среди граждан призывного возраста: численность юношей до и призывного возраста, состояние здоровья (общая и первичная заболеваемость, инвалидность, смертность) в динамике (2006-2017 годы)

по основным классам заболеваний. Проведён анализ категории годности к военной службе во время первоначальной постановки на воинский учёт (17 лет) и во время призыва на военную службу (18-26 лет). Был осуществлён сбор первичного материала.

Первичные сведения для проведения данного анализа получены из Единой межведомственной информационно-статистической системы (ЕМИСС). ЕМИСС создана и введена в эксплуатацию постановлением Правительства РФ от 26 мая 2010 г. № 367 (<http://www.fedstat.ru/>). На базе этих данных был представлен прогноз численности юношей призывного возраста (18-26 лет) в период до 2026 года по Российской Федерации.

На **четвертом** этапе исследования была дана социально-гигиеническая характеристика, проведена оценка качества жизни и приверженности к здоровому образу жизни граждан призывного возраста в динамике за последние 5 лет и в различных регионах Российской Федерации (на примере Московской области и Приморского края). Для этого было проведено социально-гигиеническое исследование подростков призывного возраста, проживающих в Московской области и Приморском крае.

Выборочная совокупность формировалась на основе случайной выборки. Объектом наблюдения явились 1364 гражданина призывного возраста 18-26 лет. Анкеты содержали вопросы, раскрывающие медико-социальные аспекты качества их жизни (приложение 2). При анкетировании юношей мы исходили из определения ВОЗ из которого следует, что сущность качества жизни имеет преимущественно социально-психологическую природу.

Перед проведением социально-гигиенического исследования с респондентами автором настоящей диссертации проводился инструктаж, на котором объяснялся общий порядок заполнения анкет, методика последующей их обработки и анализа, а также давались разъяснения по

отдельным вопросам анкет. Поскольку анкеты включали ряд вопросов, утвердительные ответы на которые могли иметь определенные нежелательные последствия для индивида при отсутствии анонимности, особое внимание было уделено повышению откровенности ответов опрашиваемых респондентов.

При оценке медико-социальных аспектов качества жизни юношей использовалось 4 блока вопросов. Первый блок вопросов касался социальных характеристик (образование, социальный статус, семейное положение и др.). Второй блок вопросов был направлен на оценку качества жизни призывника. Показатели качества жизни подростков изучены с применением опросника MOSSF-36 (36-item Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (MOS-SF-36)) адаптированном и апробированном «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург). Выбор опросника MOSSF-36 обусловлен тем, что данный инструмент прост и удобен для заполнения, статистической обработке и интерпретации результатов.

Заполнение опросника занимает около 5 минут и осуществлялось как при личном контакте, так и посредством сети Internet.

Третья часть вопросов была направлена на выяснение приверженности юношей призывного возраста к здоровому образу жизни, наличию вредных привычек и отношению к собственному здоровью подростков.

Четвёртая часть опросника была посвящена изучению удовлетворённости респондентами качеством медицинской помощи на различных этапах подготовки и призыва на военную службу в ряды ВС РФ.

Помимо этого были изучены проблемы медицинского обеспечения граждан призывного возраста по результатам опроса врачей-специалистов в целях систематизации мнений данных специалистов по вопросам

совершенствования лечебно-диагностической помощи, улучшения системы медицинских мероприятий в отношении граждан призывного возраста нами было проведено комплексное исследование, включающее в себя: анализ статистических показателей за 2009-2015 годы Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны и сплошное анонимное анкетирование сотрудников военно-врачебных комиссариатов. В исследование было включено 646 экспертов, которым было предложено заполнить специально разработанную анонимную анкету, состоящую из 25 вопросов.

Социологическое исследование среди врачей-специалистов проводилось по общепринятой методике (А. В. Решетников, С. А. Ефименко 2003, 2007; А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий 2011, 2012). Инструментом, с помощью которого проводилось социологическое исследование, служили аналоги анкет, разработанных специалистами кафедры гигиены детей и подростков ММА им. И. М. Сеченова и Национального научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН, но видоизменённые для целей, стоящих в настоящем исследовании и согласованные с экспертами Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны. Для снижения напряжения со стороны респондента и возможности сопоставления ответов анкеты содержали вопросы с вариантами ответов в самой их формулировке, в том числе альтернативные, требующие выбора одного из предложенных взаимоисключающих вариантов.

Анкеты для медицинских работников военных комиссариатов представлены в приложении №3. Анкеты содержали в себе вопросы, нацеленные на оценку профессиональной подготовки медицинских работников, а также позволяющие респондентам раскрыть проблемы в системе медицинского обеспечения юношей и высказать предложения по их решению. В процессе анкетирования врачам предоставлялась

возможность высказать своё мнение в отношении того или иного аспекта медицинского обеспечения призывников.

На пятом этапе была проведена систематизация и статистическая обработка всех полученных данных. Проанализированы в динамике показатели состояния здоровья подростков 15-17 лет, молодых людей 18-26 лет, определена социально-гигиеническая характеристика, психологическое состояние, проведена оценка качества жизни контингента; изучены проблемы в организации медицинского наблюдения контингента по результатам экспертной оценки и контрольных обследований. Проведён анализ правовых рисков при медицинском обеспечении подготовки и призыва на военную службу, расчёт финансовых потерь при снижении качества медицинского обеспечения контингента.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась путем расчета относительных и средних величин, ошибок репрезентативности, определения степени достоверности полученных результатов. Достоверным считался уровень величины при $p < 0,05$.

Для выполнения описательной статистики рассчитывали средние арифметические значения (M), стандартные ошибки среднего значения (m), относительные величины (P).

Для оценки достоверности относительных величин определялась ошибка соответствующего показателя, которая является мерой отличия выборочной совокупности от генеральной, а также свидетельствует о пределе возможных колебаний коэффициента при повторном исследовании. Ошибка относительных величин определялась по формуле:

$$m = \sqrt{\frac{pq}{n}}, \text{ где}$$

m — ошибка показателя

p — шансы за (показатель)

q — шансы против

$q = 100 - P$, если показатель вычислен на 100;

$q = 1000 - P$, если показатель вычислен на 1000;
 $q = 10000 - P$, если показатель вычислен на 10000;
 n — число наблюдений.

При изучении сравнительного анализа изученных показателей применяли t – критерий Стьюдента. На основании вычисления критерия Стьюдента по таблице определяли достоверную вероятность (p). Достоверными считали результаты при $p < 0,05$.

Для определения достоверности различия между двумя средними (фактическое значение t -критерия) применяется следующая формула:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}, \text{ где}$$

M_1 и M_2 — средние величины;

m_1 и m_2 — ошибки соответствующих средних величин,

t — коэффициент достоверности.

Из собранных статистических материалов формировались базы данных для автоматизированной обработки с использованием специально созданных программных продуктов на базе «Microsoft Access» и «Microsoft Excel 2010».

На **пятом этапе** проведён анализ федерального, регионального и ведомственного законодательства по вопросам медицинского обеспечения граждан призывного возраста. Проведён анализ причин досрочного увольнения военнослужащих по призыву по состоянию здоровья, выполнения лицензионных требований военными комиссариатами по муниципальным образованиям, состояния дел по выполнению положений «Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе до 2020 года». С учётом выявленных региональных особенностей подготовлен проект «Программы подготовки граждан Московской области к военной службе», который направлен на достижение целей федеральной Концепции.

На **шестом этапе** на основании анализа полученных данных были

обоснованы научные предложения, направленные на совершенствование организации медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу. По материалам исследования были разработаны и внедрены критерии оценки эффективности мероприятий, схема регулирования организации медицинской помощи, схема межведомственного взаимодействия при медицинском обеспечении граждан призывного возраста и Программа подготовки граждан к военной службе на примере субъекта Российской Федерации – Московской области (Программа ... - приложение №1; Акт о внедрении – Приложение №). Осуществлено оформление диссертационного исследования.

Статистическая обработка полученного материала проводилась на основе общепринятых статистических методов: сбор данных, группировка, шифровка, сортировка, формирование аналитических таблиц, расчёт относительных и средних величин, определение достоверности результатов исследования с использованием параметрических методов (критерий Стьюдента) и непараметрических методов (Z-критерий, критерий Манна–Уитни), взаимосвязи между показателями (регрессионный и корреляционный анализ). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием прикладных программ для статистического анализа «Microsoft Office Excel 2010», Stat Soft Statistica v.6.0. и др.

Таким образом, разработанная программа исследования обеспечила получение информации для решения цели и задач, поставленных перед началом настоящего исследования и изложенных в последующих главах работы.

ГЛАВА 3. Результаты изучения основных показателей здоровья граждан призывного возраста в Российской Федерации.

Длительный период реформирования всей системы здравоохранения и Вооружённых сил Российской Федерации на фоне хронического недофинансирования отрицательным образом сказалось на состоянии здоровья подростков и всей системы медицинского обеспечения граждан призывного возраста. Неуклонное снижение численности детского и юношеского населения, на фоне негативных тенденций в состоянии здоровья детей и подростков, в последнее время приобрели устойчивый характер (Альбицкий В.Ю., 2011, 2012; 2018; Медик В.А., 2012; Намазова-Баранова Л.С., 2016; Бойко Ю.П., 2017; Архестова Д.Р., 2017; Кучма В.Р., 2018; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Байбарина Е.Н., 2018; Маношкина Е.М., 2019; Бабенко А.И., 2019; Бурлуцкая А.В., 2019).

В данной главе рассматриваются вопросы медико-демографической ситуации, тенденции состояния здоровья контингента, результаты медицинского освидетельствования юношей при первоначальной постановке на воинский учёт, показатели состояния здоровья военнослужащих по призыву (заболеваемость, увольняемость, смертность) как индикаторы качества отбора на военную службу.

3.1 Характеристика медико-демографической ситуации, общие тенденции состояния здоровья юношей

По данным Росстата (www.gks.ru) на 1 января 2017 года в Российской Федерации насчитывается 8,8 млн. граждан призывного возраста (18-26 лет).

При изучении динамических характеристик численности населения в Российской Федерации, выявляются определённые тенденции (Рис. 3.1).

На приведённых графиках видно, что на фоне отрицательного тренда численности мужчин трудоспособного возраста в Российской Федерации в 1995-2017 годах (-554 тысячи человек или -1,3%), мы видим отрицательный тренд численности граждан призывного возраста (-1447 тысячи человек или -14,1%).

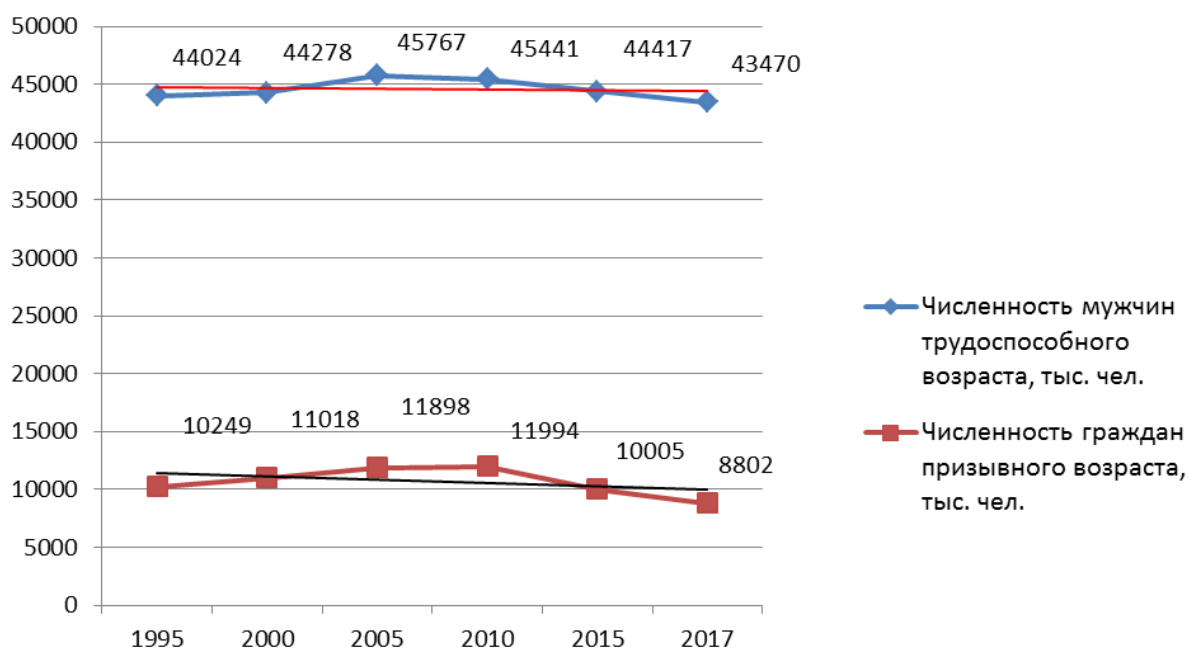


Рисунок 3.1 - Динамика численности мужчин трудоспособного возраста и молодёжи призывного возраста в Российской Федерации в 1995-2017 годах, (тыс. чел., www.gks.ru)

Учитывая высокую государственную важность подготовки граждан к службе в армии, в рамках данного исследования проведены расчёты по прогнозированию количества юношей 18-26 лет. Они показывают, что численность граждан призывного возраста к 2021 году снизиться до 6 млн. человек и только, начиная с 2022 года, наметится незначительный подъём, и численность данного контингента достигнет 7 млн. к 2028 году (www.gks.ru). По всей Российской Федерации снижение составит 43,5% по сравнению с 2010 годом. Таким образом, можно говорить о серьёзном снижении количества граждан призывного возраста, что представлено

графически на рис. 3.2

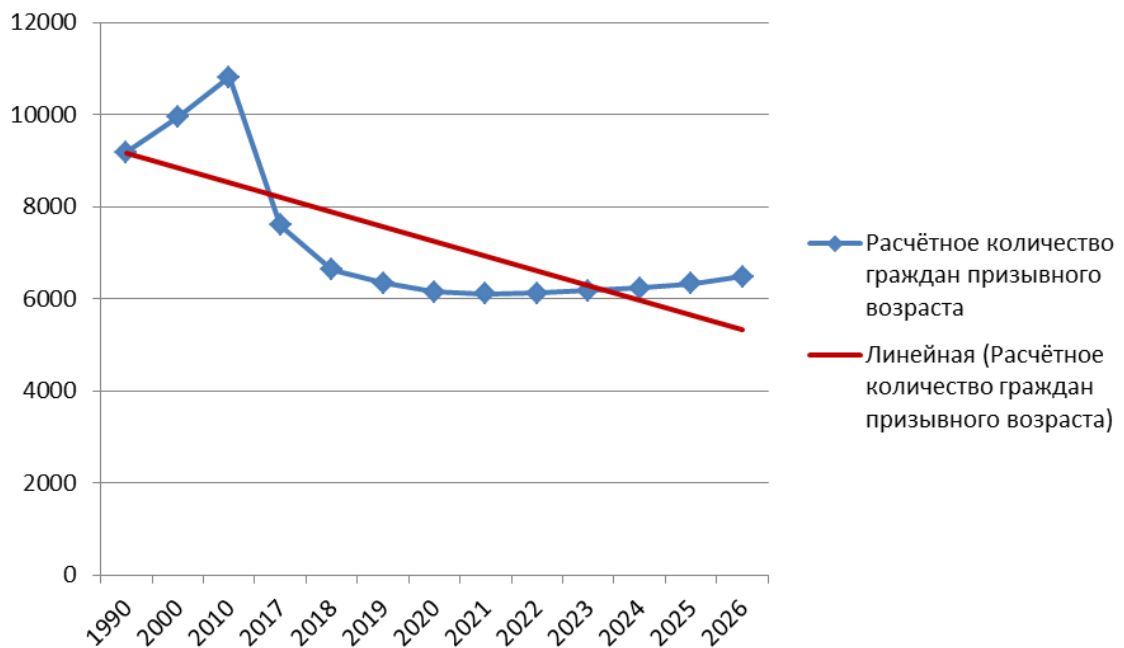


Рисунок 3.2 - Прогноз численности юношей 18-26 лет в период до 2028 года в Российской Федерации по данным Росстата (www.gks.ru, abs, тыс. человек)

Показатель заболеваемости граждан детей и подростков является одним из важнейших показателей общественного здоровья и достоверно характеризует уровень здоровья населения и благополучия общества (Ю.П. Лисицин, 2009). Для определения проблемных направлений в формировании армии здоровым контингентом был проведён анализ общей и первичной заболеваемости юношей 15-17 лет в Московской области, Приморском крае и в целом по Российской Федерации (www.gks.ru).

Общая заболеваемость среди молодёжи 15-17 лет за период с 2006 по 2017 годы в Российской Федерации выросла на 21,4% и составляет 2256,3‰. На территории Московской области данный показатель находится на уровне 2065,3‰, а рост составил 34,1%. В Приморском крае – 2168,9‰ и 23,2% соответственно.

Уровень первичной заболеваемости данного контингента составляет в настоящее время 1371,8‰ и рост данного показателя за изучаемый период

составил 21,8%. На территории Московской области данный показатель находится на уровне 1424,9‰, а рост составил 44,0%. В Приморском крае – 1572,2‰ и 31,3% соответственно.

Динамика данных показателей представлена на Рис. 3.3.

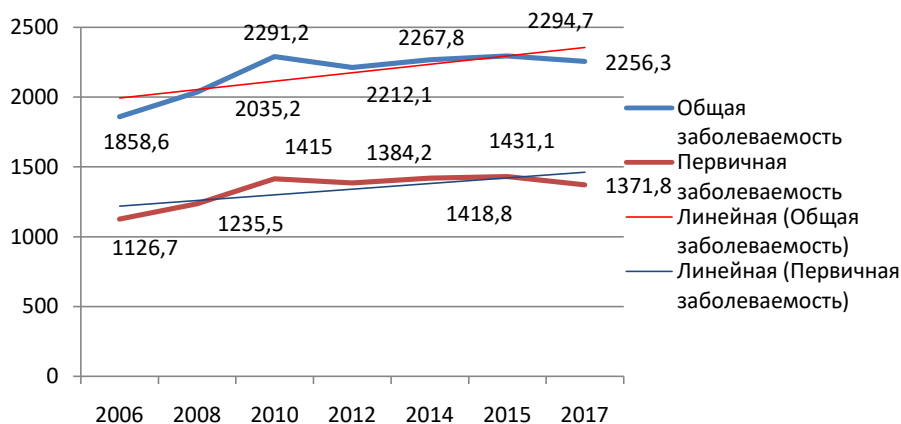


Рисунок 3.3 - Динамика первичной и общей заболеваемости юношей 15-17 лет на территории Российской Федерации в 2006-2017 годах, ‰

Показатель *общей заболеваемости* подростков Российской Федерации изучаемой возрастной группы с 2006 года (Таб. 3.1) возрастает по всем группам заболеваний за исключением класса некоторых инфекционных и паразитарных болезней (снижение на 17,6% с 2006 года) и психических расстройств и расстройств поведения (на -5,4%).

Таблица 3.1 - Динамика общей заболеваемости юношей 15-17 лет в Российской Федерации, на 100 тыс. человек, данные Росстата и Минздрава

	Общая заболеваемость			Прирост/уменьшение по отношению к 2006 году, %	Ранговое место в структуре заболеваемости	Ранговое место по росту показателя
	2006	2010	2017			
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	5281,9	5083,2	4350,0	-17,6	11	13
Новообразования	600,5	755,4	1033,1	72,0	13	1
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	7649,0	8475,5	9951,8	30,1	7	7
Психические расстройства и расстройства поведения	6069,8	7001,0	5739,5	-5,4	8	12
Болезни нервной системы	9392,7	11630,6	12418	32,2	5	5
Болезни глаза и его придаточного аппарата	16334,0	19149,0	21698,1	32,8	2	4
Болезни уха и сосцевидного отростка	3588,4	4323,4	4996,3	39,2	10	2
Болезни органов кровообращения	4331,2	5418,5	5467,1	26,2	9	8
Болезни органов дыхания	60945,6	61868,3	79516,3	30,5	1	6
Болезни органов пищеварения	17235,4	19710,6	18451,2	7,1	3	10
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	14250,3	17213,3	17190,6	20,6	4	9
Болезни мочеполовой системы	10377,5	11610,1	11011,4	6,1	6	11
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	1823,1	2220,1	2439,6	33,8	12	3
Прочие болезни	27976,8	54659,5	31367,7	12,1	-	-
Все заболевания	185856,2	229118,5	225630,6	21,4	-	-

В структуре общей заболеваемости юношей 15-17 лет на территории Российской Федерации (Рис. 3.4) преобладают болезни органов дыхания – 35,2%, на втором ранговом месте болезни глаза и его придаточного аппарата – 9,6%, на третьем - болезни органов пищеварения (8,2%), на четвертом и - пятом болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,9%) и болезни нервной системы (5,5%).

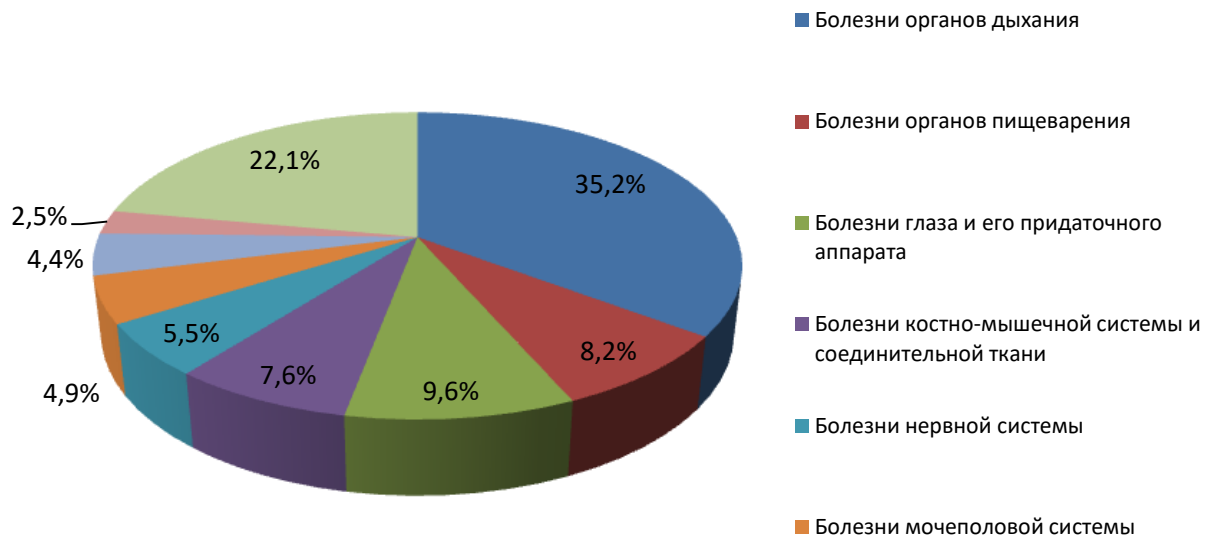


Рисунок 3.4 - Структура общей заболеваемости среди молодых людей 15-17 лет, данные Росстата, 2017 год, %

Для выявления групп заболеваний, которые требуют особого внимания, учитывалась итоговая сумма ранга в структуре заболеваемости и ранг по росту уровня заболеваемости данной патологией. Прочие болезни, которые показали резкий рост и большую долю в общей заболеваемости не учитывались из-за разнородности данной группы.

На первом ранговом месте по росту общей заболеваемости в Российской Федерации находятся новообразования (рост на 70,0%); на втором – болезни уха и сосцевидного отростка (39,2%), на третьем и четвертом – болезни глаза и его придаточного аппарата (+32,8%) и болезней нервной системы (+32,2%) соответственно.

При анализе общей заболеваемости исследуемого контингента наибольшего внимания требуют классы заболеваний: болезни глаза и его придаточного аппарата (сумма рангов 6), болезни органов дыхания (сумма рангов 7), болезни нервной системы (сумма рангов 10), болезни уха и сосцевидного отростка (сумма рангов 12); болезни костно-мышечной

системы и соединительной ткани (сумма рангов 13), болезни органов пищеварения (сумма рангов 13).

Показатель *первичной заболеваемости* подростков Российской Федерации изучаемой возрастной группы с 2006 года (Таб. 3.2) возрастает по всем группам заболеваний за исключением класса некоторых инфекционных и паразитарных болезней (снижение на 6,2% с 2006 года) и класса психических расстройств и расстройств поведения (снижение на 11,5%).

Таблица 4.2 - Динамика первичной заболеваемости молодых людей 15-17 лет в Российской Федерации, на 100 тыс. человек, данные Росстата и Минздрава

	Первичная заболеваемость			Прирост /убыль по отношению к 2006 году, %	Ранговое место в структуре заболеваемости	Ранговое место по росту показателя
	2006	2010	2017			
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4260,4	4121,8	3443,5	-19,2	8	12
Новообразования	316,4	368,8	469,2	48,3	12	1
Болезни эндокринной системы	2460,5	2526,5	2813,2	14,3	9	8
Психические расстройства и расстройства поведения	1276,4	1483,0	910,9	-28,6	11	13
Болезни нервной системы	3102,2	3797,4	3861,7	24,5	6	5
Болезни глаза и его придаточного аппарата	4696,5	5647,3	6262,9	33,4	3	3
Болезни уха и сосцевидного отростка	2486,5	3103,6	3658,3	47,1	7	2
Болезни органов кровообращения	1463,2	1813,3	1656,5	13,2	10	9
Болезни органов дыхания	52478,6	71075	68820,3	31,1	1	4
Болезни органов пищеварения	6010,5	7258,2	6959,3	15,8	2	6
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	5235,5	6110,4	5722,5	9,3	4	10
Болезни мочеполовой системы	5479,5	6021,0	5639,7	2,9	5	11
Врождённые аномалии	315,4	382,9	361,4	14,6	13	7
Прочие болезни	23092,1	27794,8	26602,4	15,2	-	-
Все заболевания	112673,7	141504	137181,8	21,8	-	-

Структура первичной заболеваемости среди фокусной группы представлена на Рис. 3.5.



Рисунок 3.5 - Структура первичной заболеваемости среди юношей 15-17 лет. %

В структуре первичной заболеваемости данной категории молодёжи (Рис. 3.5), как и в случае с общей заболеваемостью, преобладают болезни органов дыхания – 50,2%, на втором ранговом месте болезни органов пищеварения (5,1%); на третьем - болезни глаза и его придаточного аппарата (4,6%); на четвёртом и пятом - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (4,2%) и болезни мочеполовой системы (4,1%) соответственно.

На первом ранговом месте по росту первичной заболеваемости в Российской Федерации находятся новообразования (рост на 48,3%);, на втором ранговом месте – класс болезней уха и сосцевидного отростка (+47,1%); на третьем болезни глаза и его придаточного аппарата (33,4%) – на четвёртом и пятом – болезни органов дыхания (31,1%), а так же болезни нервной системы (24,5%) соответственно.

При анализе первичной заболеваемости исследуемого контингента наибольшего внимания требуют классы заболеваний: болезни органов дыхания (сумма рангов 5), болезни глаза и его придаточного аппарата (сумма рангов 6), болезни органов пищеварения (сумма рангов 8), болезни уха и сосцевидного отростка (сумма рангов 9) и болезни нервной системы (сумма рангов 11).

Заболеваемость граждан призывного возраста имеет ярко выраженные региональные особенности. Для получения объективной картины за объект исследования были взяты два субъекта Российской Федерации (Московскую область и Приморский край), которые расположены на значительном расстоянии друг от друга.

Анализ уровня общей заболеваемости в данных регионах (Таб. 3.3) показывает, что в различных регионах наблюдается неоднородная картина. Так, средний уровень общей заболеваемости в Приморском крае у граждан призывного возраста в 2006-2017 годах некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями превышает данный показатель в Московской области на 49,7%, а в Российской Федерации на 18,1%; новообразованиями – на 37,8% и 12,9% соответственно, психическими расстройствами и расстройствами поведения на 19,1% и 8,6%; болезнями мочеполовой системы на 54,7% и 14,5%; прочими болезнями – 52,9% и 5,2%.

Таблица 3.3 - Общая заболеваемость подростков 15-17 лет в Российской Федерации (РФ), Московской области (МО) и Приморском крае (ПК) в 2006-2017 годах, на 100 тыс. человек, данные Росстата и Минздрава

	Общая заболеваемость		
	РФ	МО	ПК
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	5031,1±292,1	4003,8±302,2	5992,5±747,8
Новообразования	773,7±121,1	634,1±238,2	873,7±151,3
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	8356,9±624,3	4288,8±1101,1	5346,9±465,9
Психические расстройства и расстройства поведения	6563,8±288,9	5982,0±445,5	7126,3±534,0
Болезни нервной системы	11364,5±1124,7	8137,1±1031,2	10368,4±802,1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	18688,5±1600,7	15167,4±2453,1	12733,9±748,7
Болезни уха и сосцевидного отростка	4251,8±501,8	3565,7±788,3	3164,8±246,5
Болезни органов кровообращения	5180,8±407,5	4153,3±329,9	2873,5±457,8
Болезни органов дыхания	72138,8±6845,3	77281,4±7865,7	71057,2±9687,4
Болезни органов пищеварения	19022,4±1007,2	13929,4±2844,6	16056,5±2885,6
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	16539,1±1235,1	10997,6±2449,2	12077,9±1798,9
Болезни мочеполовой системы	11397,2±504,4	8436,4±1125,4	13051,9±934,4
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	2133,4±166,1	1291,7±106,2	1384,7±91,7
Прочие болезни	6029,7±4057,9	4146,3±4001,5	6342,5±2551,5
Все заболевания	214428,3±15266,5	186690,9±24203,6	207324,4±19225,2

В Приморском крае средний уровень первичной заболеваемости граждан призывного возраста в 2006-2017 годах (Таб. 3.4) некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями превышает данный показатель в Московской области на 44,9%, а в Российской Федерации на 24,9%; новообразованиями – на 69,8% и 32,7% соответственно, психическими расстройствами и расстройствами поведения на 21,5% и

5,1%; болезнями нервной системы – 38,1% и 12,4%; болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани – 48,2% и 3,8%; болезнями мочеполовой системы на 78,9% и 32,7%; прочими болезнями – 88,1% и 37,1%.

Таблица 3.4 - Первичная заболеваемость молодёжи 15-17 лет в Российской Федерации (РФ), Московской области (МО) и Приморском крае (ПК) в 2006-2017 годах, на 100 тыс. человек, данные Росстата

	Первичная заболеваемость		
	РФ	МО	ПК
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	4099,5±203,5	3532,8±251,0	5119,8±465,4
Новообразования	381,2±55,2	298,0±107,8	505,9±115,6
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	2525,1±68,7	1214,1±374,6	2399,9±291,3
Психические расстройства и расстройства поведения	1285,2±132,2	1111,8±193,5	1351,0±263,9
Болезни нервной системы	3755,2±367,2	3058,4±461,5	4222,4±395,2
Болезни глаза и его придаточного аппарата	5577,1±580,3	4723,3±749,8	5146,8±475,8
Болезни уха и сосцевидного отростка	3096,2±454,8	2642,4±710,2	2716,2±262,6
Болезни органов кровообращения	1705,0±106,6	1271,1±110,5	1542,9±284,1
Болезни органов дыхания	63279,2±6703,5	66949,1±7932,5	65731,6±10794,7
Болезни органов пищеварения	7056,4±682,5	5418,5±1584,7	5720,0±787,1
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	5866,3±329,1	4109,5±891,3	6088,7±810,
Болезни мочеполовой системы	6073,8±362,2	4504,2±1022,4	8056,3±896,9
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	349,9±18,3	183,8±30,9	317,9±42,9
Прочие болезни	3282,4±3184,9	2392,9±3061,8	4500,8±2483,8
Все заболевания	132089,0±11124,4	123341,2±18089,9	149731,6±19051,2

Усреднённый показатель первичной заболеваемости по всем группам заболеваний в Приморском крае превышает аналогичный показатель в

Российской Федерации на 13,4%, а в Московской области на 21,4%.

В то же время в Московской области средний показатель первичной заболеваемости болезнью органов дыхания превышает средние значения в Российской Федерации на 5,8%.

Рост данных показателей за последнее десятилетие в разных субъектах выражен в различной степени, а порой и разнонаправлен. Это обстоятельство указывает на необходимость индивидуальных подходов при формировании организационно-методических подходов при оптимизации медицинских аспектов подготовки граждан призывного возраста. Так, динамика общей заболеваемости имеет тенденцию к росту как в целом по РФ (+6,6%), так в Московской области (12,7%) и в Приморском крае (7,8%). Однако рост общей заболеваемости среди данного контингента в Московской области происходит практически в 2 раза быстрее. Подробный анализ динамики общей заболеваемости молодёжи 15-17 лет в данных регионах представлен в Таб. 3.5.

Динамика общей заболеваемости некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями имеет тенденцию к снижению в целом по РФ (-3,6%), так и в Московской области (-4,3%), а в Приморском крае наблюдается значительный рост (+14,4%). Общая заболеваемость болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ молодёжи в РФ превышает усреднённый показатель за 10 лет на 13,9%, в МО она выше на 26,3%, а в ПК ниже на 5,0%. Психические расстройства и расстройства поведения на территории РФ снижаются на 0,3%, а в МО и ПК происходит рост на 0,5% и 0,1% соответственно. Общая заболеваемость болезнями органов кровообращения и болезни органов пищеварения среди рассматриваемого контингента в ПК снижаются на 4,9% и 39,9% соответственно, а в МО отмечается рост на 3,1% и 28,8%, в РФ – 6,8% и 5,5% соответственно.

Таблица 3.5 - Динамика общей заболеваемости молодёжи 15-17 лет в Российской Федерации (РФ), Московской области (МО) и Приморском крае (ПК) в 2017 году по сравнению с усреднённым показателем за 2006-2017 годы, %, данные Росстата

	Общая заболеваемость		
	РФ	МО	ПК
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	-3,6	-4,3	+14,4
Новообразования	+21,2	+36,9	+27,8
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	+13,9	+26,3	-5,0
Психические расстройства и расстройства поведения	-0,3	+0,5	+0,1
Болезни нервной системы	+11,4	+13,9	+6,1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	+12,2	+17,9	+0,8
Болезни уха и сосцевидного отростка	+11,5	+19,5	+2,6
Болезни органов кровообращения	+6,8	+3,1	-4,9
Болезни органов дыхания	+5,3	+5,3	+11,9
Болезни органов пищеварения	+5,5	+28,8	-39,9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	+8,0	+29,4	+14,7
Болезни мочеполовой системы	+5,2	+11,4	+6,3
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	+9,1	+5,1	+11,0
Травмы, отравления и другие последствия внешних причин	+14,1	+21,2	+29,4
Прочие болезни	+62,1	+70,1	+49,4
Все заболевания	+6,6	+12,7	+7,8

Динамика первичной заболеваемости, как и предыдущий показатель, имеет тенденцию к росту как в целом по РФ (+8,3%), так в Московской области (+15,1%) и в Приморском крае (+15,2%). Однако рост первичной заболеваемости среди данного контингента в Московской области и Приморском крае происходит практически в 2 раза быстрее, чем в целом по Российской Федерации.

Подробный анализ динамики первичной заболеваемости молодёжи 15-17 лет в данных регионах представлен в Таб. 3.6.

Таблица 3.6 - Динамика первичной заболеваемости молодёжи 15-17 лет в Российской Федерации (РФ), Московской области (МО) и Приморском крае (ПК) в 2017 году по сравнению с усреднённым показателем за 2006-2017 годы, %, данные Росстата

	Первичная заболеваемость		
	РФ	МО	ПК
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	-2,5	+2,0	+3,9
Новообразования	+25,8	+73,1	+58,4
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	+5,8	+34,6	-16,0
Психические расстройства и расстройства поведения	+12,1	-10,6	+13,2
Болезни нервной системы	+12,9	+20,3	+16,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	+16,4	+22,7	-6,1
Болезни уха и сосцевидного отростка	+18,5	+30,7	+9,3
Болезни органов кровообращения	+1,4	+1,4	+0,2
Болезни органов дыхания	+7,7	+8,4	+17,1
Болезни органов пищеварения	+15,5	+58,1	-12,9
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	+4,4	+25,0	+14,4
Болезни мочеполовой системы	+8,0	+24,2	+11,8
Врождённые аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	-1,3	+16,9	+8,9
Травмы, отравления и другие последствия внешних причин	+17,0	+27,1	+43,0
Прочие болезни	+239,7	+315,4	+133,2
Все заболевания	+8,3	+15,1	+15,2

Динамика общей заболеваемости некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями имеет тенденцию к снижению в целом по РФ (-3,6%), так и в Московской области (-4,3%), а в Приморском крае наблюдается значительный рост (+14,4%). Общая заболеваемость болезнями эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ молодёжи в РФ превышает усреднённый показатель за 10 лет на 13,9%, в МО она выше на 26,3%, а в ПК ниже на 5,0%. Психические расстройства и расстройства поведения на территории РФ снижаются на

0,3%, а в МО И ПК происходит рост на 0,5% и 0,1% соответственно. Общая заболеваемость болезнями органов кровообращения и болезни органов пищеварения среди рассматриваемого контингента в ПК снижаются на 4,9% и 39,9% соответственно, а в МО отмечается рост на 3,1% и 28,8%, в РФ – 6,8% и 5,5% соответственно.

Резюме: по результатам анализа медико-демографических показателей установлено, что на территории Российской Федерации происходит снижение количества молодых людей 18-26 лет: к 2022 году он сократится на 56,5% по сравнению с 2010 годом. Помимо этого, происходит параллельное снижение показателей здоровья юношей 15-17 лет и граждан призывного возраста (18-26 лет). Так, за последнее десятилетие общая и первичная заболеваемость среди подростков выросли на 21,4% и 21,8% соответственно. В результате исследования выявлены существенные региональные особенности состояния здоровья призывного контингента: уровень и структура общей и первичной заболеваемости имеют значительные различия.

3.2 Показатель годности к военной службе по призыву юношей и состояние здоровья военнослужащих по призыву, как индикатор качества мероприятий по подготовке граждан к военной службе

Система подготовки и отбора на военную службу в современном виде сложилась более 30 лет назад в совершенно иных социально-экономических условиях и действует в настоящее время практически без изменений. Более подробно она будет рассмотрена в главе №4. Первоначальная постановка на воинский учёт и проведение военно-врачебной экспертизы с целью определения категории годности к военной службе являются ключевыми мероприятиями по подведению итогов всех мероприятий по подготовке граждан к военной службе и формированию

пула призывного контингента с необходимыми характеристиками.

3.2.1. Результаты военно-врачебной экспертизы юношей при первоначальной постановке на воинский учёт и призыве на военную службу

Для целей формирования Вооружённых сил большое значение играет не только количество юношей призывного контингента, но и его качество, что требует пристального внимания к проблеме медицинского обеспечения подготовки и призыва в ряды ВС РФ, а также проведения военно-врачебной экспертизы. Ежегодно призывные комиссии освидетельствуют более миллиона граждан призывного возраста. Динамика количества экспертиз за 2009-2015 годы и их структура по округам представлены на Рис. 3.6.

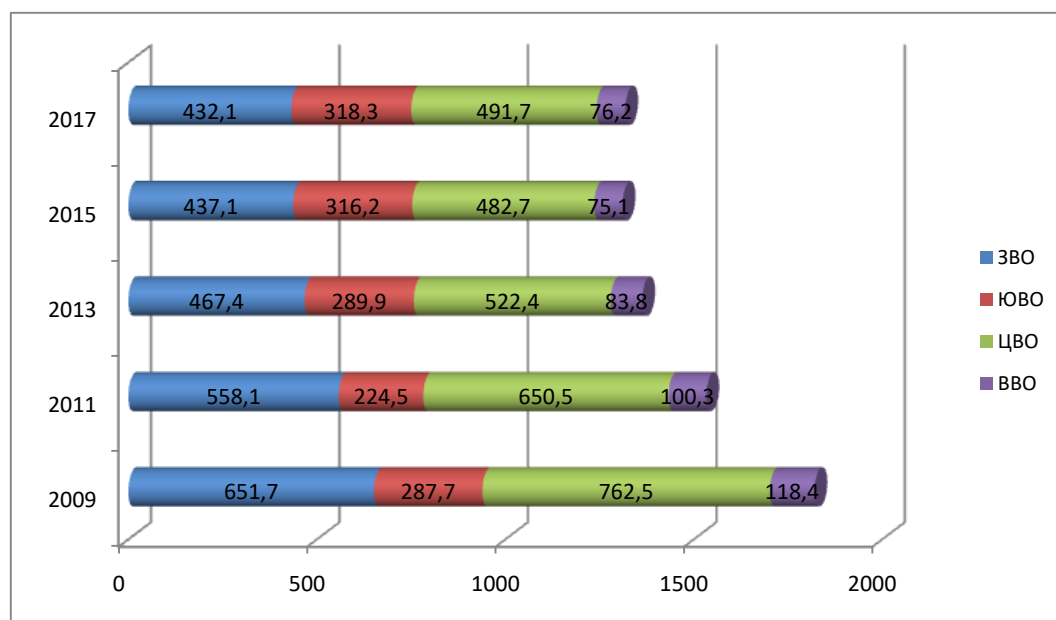


Рисунок 3.6 - Динамика освидетельствований граждан призывного возраста в 2009-2017 гг. и их структура по округам, тыс. чел.

Как видно из представленных результатов количество проведённых экспертиз снижается, так как падает количество призывного контингента. Так, за период с 2009 года количество экспертиз уменьшилось на 28,0%. Максимальное снижение призывного ресурса наблюдается в ЦВО (36,7%), в ВВО он снизился на 36,5%, в ЗВО на 32,9%, а в ЮВО вырос на 9,9%.

В структуре военно-врачебных экспертиз преобладает ЦВО (36,8%), на втором ЗВО (33,4%), на третьем и четвёртом – 24,1% и 5,7% соответственно.

С 2009 года показатель годности к военной службе (А+Б) вырос с 69% до 79,7%. Это явилось как следствием реализации мероприятий Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года (утверждённой Распоряжением Правительства РФ от 03 февраля 2010 года № 134-р), так и смягчением требований к состоянию здоровья в Положении о военно-врачебной экспертизе (утверждено постановлением Правительства РФ от 04 июля 2013 № 565).

Более наглядно динамика годности к военной службе граждан призывного возраста представлена на Рис. 3.7.

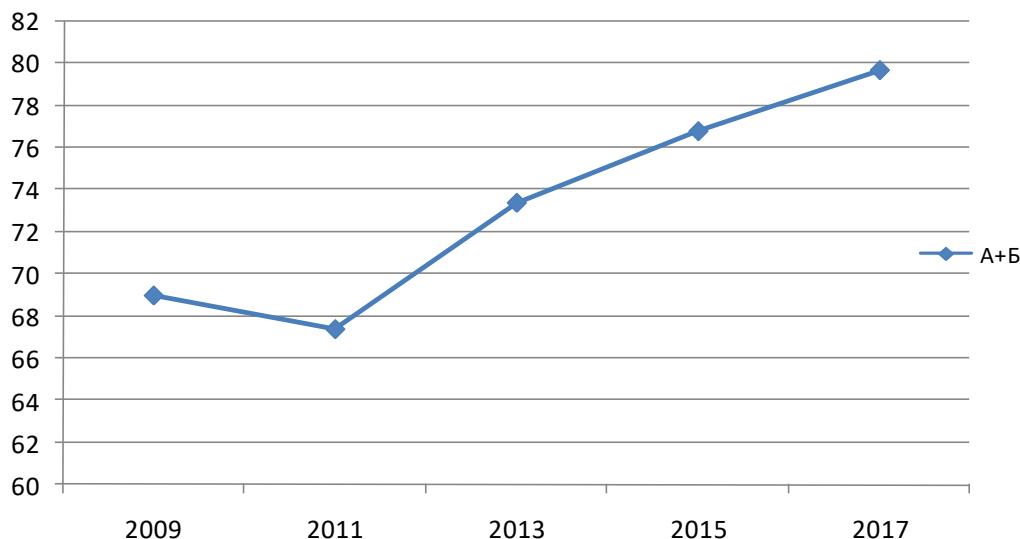


Рисунок 3.7 - Показатель годности граждан к военной службе (А+Б) за 2009-2017 г.г., (%)

Таким образом, число годных к военной службе по призыву (*категория годности А*) возросло с 2009 года на 7,4% и достигло 44,3% в 2017. В ЗВО граждан призывного возраста годных к военной службе стало больше на 2,9% и достигло 39,2%, в ЦВО рост 3,2% и количество 38,2%, в ВВО рост 7,0% и количество граждан данной категории 45,2%. Максимальная доля граждан годных к военной службе по призыву наблюдается в ЮВО – 52,2%, так же в этом округе наблюдается максимальный прирост юношей данной категории – на 10,2%.

Число годных к военной службе по призыву с незначительными ограничениями (*категория годности Б*) возросло с 2009 года на 10,3% и достигло 35,4% в 2017 году. В ЗВО граждан призывного возраста годных к военной службе стало больше на 10,6% и достигло 35,2%, в ЦВО рост 8,4% и количество 34,5%, в ВВО снижение на 2,5% и количество граждан данной категории 29,9%, в ЮВО – 34,7%, так же в этом округе наблюдается максимальный прирост юношей данной категории – на 14,1%.

Число ограниченно годных к военной службе по призыву (*категория годности В*) снизилось с 2009 года на 38,6% и составляет 15,4% в 2017

году. В ЗВО граждан призывного возраста годных к военной службе стало меньше на 40,1% и их количество снизилось до 20,5%, в ЦВО снижение 35,7% и количество 21,4%, в ВВО снижение на 25,7% и количество граждан данной категории 13,3%, в ЮВО количество контингента этой категории годности – 16,4%, так же в этом округе наблюдается максимальное снижение юношей данной категории – на 54,1%.

Число временно не годных к военной службе по призыву (категория годности Г) снизилось с 2009 года на 27,7% и составляет 3,4% в 2017 году. В ЗВО граждан призывного возраста данной категории стало меньше на 0,4% до 3,5%, в ЦВО снижение на 30,0% и количество составило 4,4%, в ВВО снижение на 29% и 3,1% соответственно, в ЮВО – 2,2%, так же в этом округе наблюдается максимальное снижение юношей данной категории – на 39,0%.

Число граждан не годных к военной службе по призыву (категория годности Д) возросло с 2009 года на 25,0% и достигло 1,5% в 2017. В ЗВО граждан призывного возраста не годных к военной службе стало больше на 30,0% и достигло 1,6% от общего числа освидетельствованных военнослужащих, в ЦВО рост 25,0% и доля составила 1,5%, в ВВО снижение на 0,1% и количество граждан данной категории 1,5%, в ЮВО – доля граждан не годных к военной службе в этом округе осталась без изменений.

Динамика распределения юношей по категории годности к военной службе по призыву представлена на Рис. 3.8.

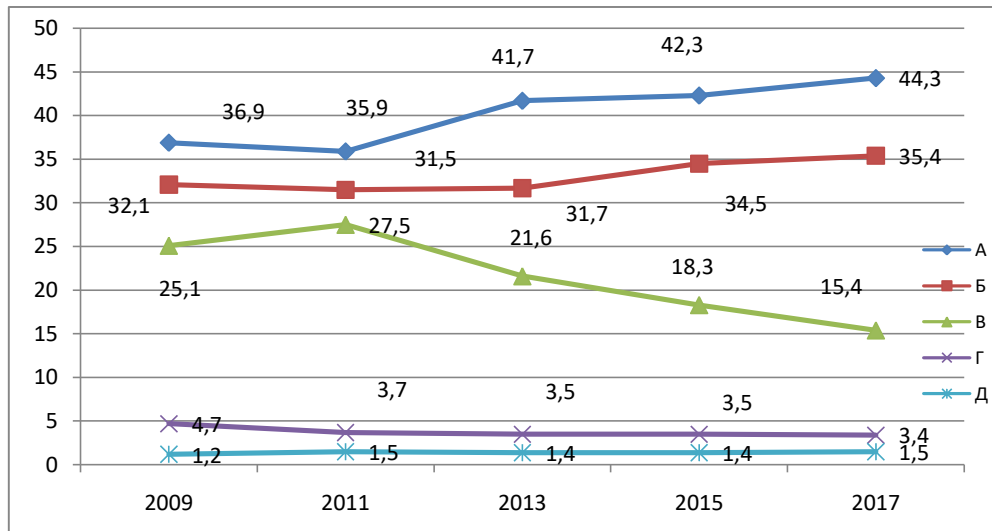


Рисунок 3.8 - Распределение граждан призывного возраста по категории годности к военной службе (категории А, Б, В, Г, Д) в 2009-2017 годах, (%)

Следовательно, показатель годности к военной службе вырос на 10,7% с 2009 года, что не позволяет достичь целей федеральной Концепции. Это обусловлено, в основном, смягчением требований к состоянию здоровья будущих воинов в Положении о военно-врачебной экспертизе.

3.2.2 Состояние здоровья военнослужащих по призыву, как индикатор качества мероприятий по подготовке граждан к военной службе

В соответствии с указом Президента РФ от 10 ноября 2007 года № 1495 (с изм. и доп. от 2019 года) "Об утверждении общевоинских уставов Вооруженных Сил Российской Федерации" сохранение и укрепление здоровья военнослужащих является приоритетной задачей любого командира. По официальным данным Министерства обороны Российской Федерации в 2010 – 2017 годах (Таб. 3.7) здоровыми являлись $60,7 \pm 3,6$ % военнослужащих по призыву, практически здоровыми – $30,8 \pm 2,7$ %, имели

хронические заболевания и нуждались в диспансерном динамическом наблюдении – $8,6 \pm 1,8\%$.

Таблица 3.7 - Состояние здоровья военнослужащих Вооружённых Сил Российской Федерации в 2011 – 2017 гг., (%)

Группы состояния здоровья	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	М
по призыву									
Здоров	61,5	53,0	58,1	59,8	60,2	63,3	63,3	66,3	60,7
Практически здоров	28,5	35,3	33,6	33,0	32,8	28,9	29,2	24,8	30,8
Нуждается в ДДН	10,0	11,6	8,3	7,3	7,0	7,8	7,5	8,9	8,6
по контракту									
Здоров	55,6	57,8	61,2	63,2	65,2	64,8	67,5	67,4	62,8
Практически здоров	33,1	29,6	29,0	26,7	25,7	27,9	25,4	24,3	27,7
Нуждается в ДДН	11,3	12,6	9,8	10,1	9,1	7,3	7,1	8,3	9,5

Такое распределение по группам здоровья в целом коррелируют с данными показателями у военнослужащих по контракту: $62,8 \pm 3,9\%$, $27,7 \pm 2,6$ и $9,5 \pm 1,8$ соответственно (Рис. 3.9).

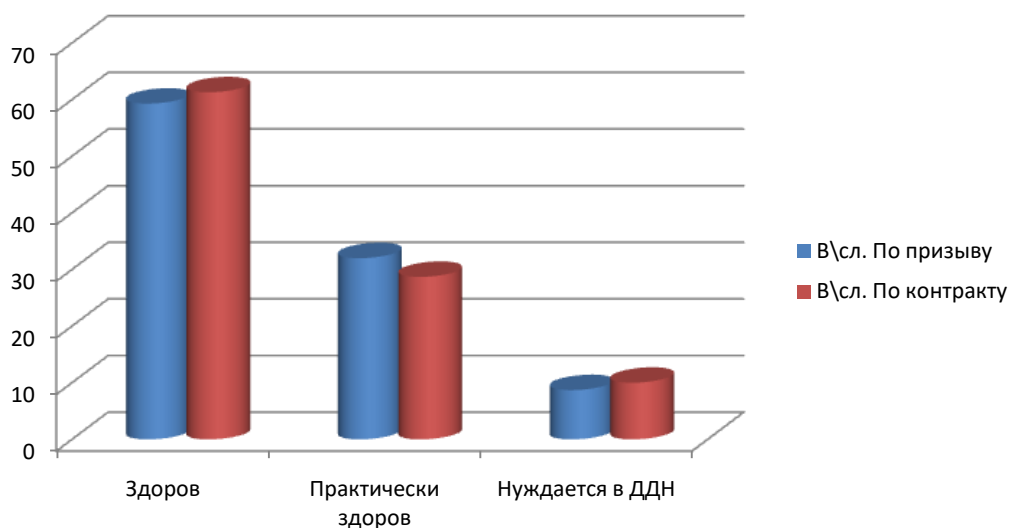


Рисунок 3.9 - Распределение военнослужащих по группам здоровья, 2017 год, %

Динамика данного показателя за период 2010-2017 год изменялась незначительно. Однако, показатели здоровья военнослужащих по призыву (Таб. 3.8) намного хуже, чем у военнослужащих по контракту (за исключением смертности), при примерно равном распределении по группам состояния здоровья.

Таблица 3.8 - Показатели здоровья военнослужащих по призыву в 2012-2017 годах (по 19 классам МКБ, ‰)

Показатели	2010	2011	2013	2015	2017	В\сл. по контракту	М	σ
Общая заболеваемость	1772	1808,7	2150,0	1937,2	2058,7	1142,3	2027,8	248,0
Первичная заболеваемость	971,5	1047,2	1299,9	1250,0	1206,1	502,6	1211,0	185,6
Госпитализация	875,6	925,2	1140,8	1215,9	1123,4	218,4	1097,5	166,3
Трудопотери	9845	11344	11731,2	10784,5	11515,2	4314,8	11439,4	1181,8
Увольняемость	19,8	17,3	24,2	23,3	20,4	6,2	20,0	3,5
Смертность	0,4	0,4	0,2	0,3	0,2	1,0	0,3	0,1

Показатели здоровья военнослужащих по контракту представлены в Таб. 3.9.

Таблица 3.9 - Показатели здоровья военнослужащих по контракту в 2012-2017 годах (по 19 классам МКБ, ‰)

Показатели	2010	2011	2013	2015	2017	М	σ
Общая заболеваемость	1214,7	1144,3	1124,3	1104,3	1084,3	1142,3	48,8
Первичная заболеваемость	370,9	477,1	528,0	526,3	574,4	502,6	71,6
Госпитализация	179,8	227,0	212,7	213,7	221,2	218,4	24,6
Трудопотери	3736,6	4885,2	4056,0	4212,3	4337,0	4314,8	414,2
Увольняемость	10,4	9,7	3,8	3,6	4,0	6,2	3,1
Смертность	1,0	0,9	0,86	1,19	0,98	1,0	0,1

Так, общая заболеваемость военнослужащих по призыву в настоящее время составляет $2078,8 \pm 248,0\%$. За период с 2010 по 2017 годы она выросла на 16,2% и превышает аналогичные показатели у военнослужащих по контракту на 80,2%. Первичная заболеваемость граждан 18-26 лет, проходящих военную службу по призыву составила $1211,0 \pm 185,6\%$, рост с 2010 года составил 24,7%. По сравнению с военнослужащими по контракту в данной группе первичная заболеваемость выше в 2,4 раза. Госпитализация составила $1097,5 \pm 166,3\%$, рост составил 25,3%, по сравнению с контрольной группой она выше в 5 раз. Количество трудопотерь у военнослужащих по призыву выше в 2,7 раза, чем у контрактников и составляет $11439,4 \pm 1181,8\%$, рост данного показателя с 2010 года составил 16,2%. (Рис. 3.10).

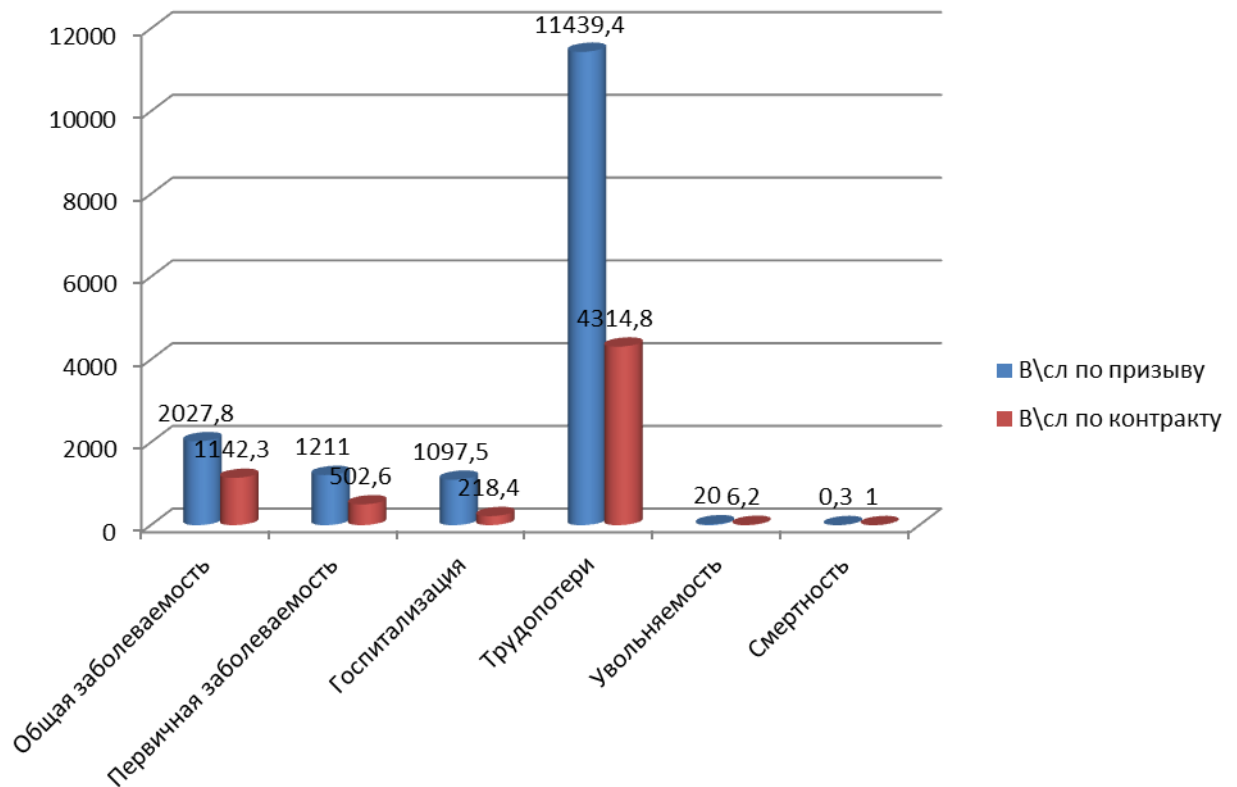


Рисунок 3.10 - Показатели общей, первичной заболеваемости, госпитализации, увольняемости, смертности у военнослужащих по призыву и по контракту, ‰

Особое внимание обращает на себя тот факт, что показатель увольняемости среди военнослужащих по призыву в 3,2 раза выше и остаётся на довольно высоком уровне последние 5 лет (+1% за 2010-2017 годы) и составляет на данный момент $20,0 \pm 3,5\%$. Уровень смертности у данной категории несколько ниже, чем у контрактников (в 3,3 раза) и колеблется в пределах 0,3-0,4‰.

Динамика показателей здоровья военнослужащих по призыву в 2010-2017 годах представлена на Рис. 3.11, 3.12, 3.13.

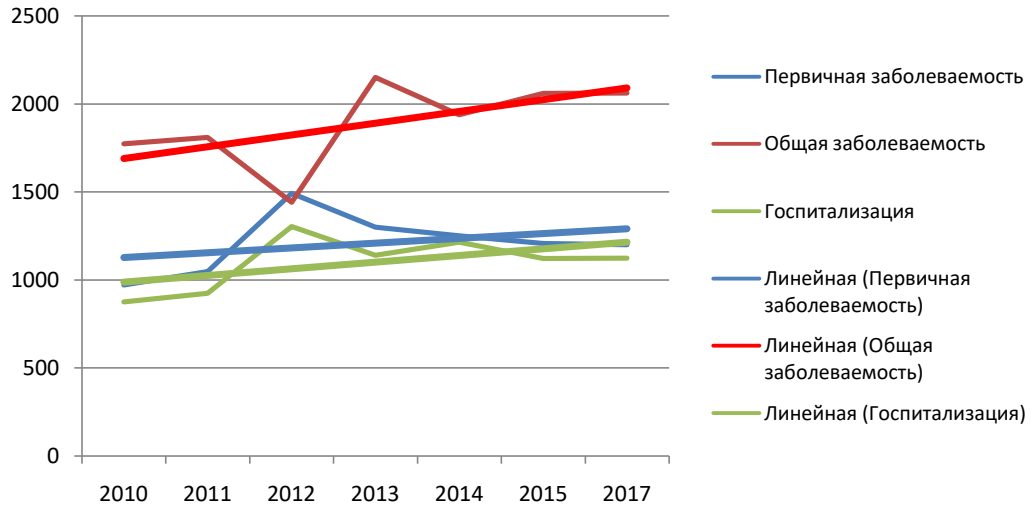


Рисунок 3.11 - Динамика общей и первичной заболеваемости, госпитализации военнослужащих по призыву в 2010-2017 годах, %

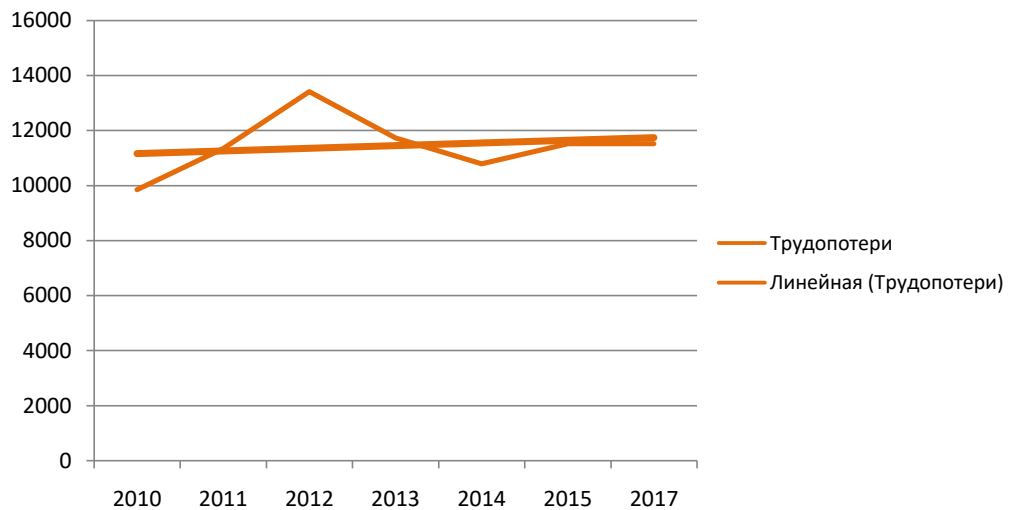


Рисунок 3.12 - Динамика трудопотерь военнослужащих по призыву в 2010-2017 годах, %

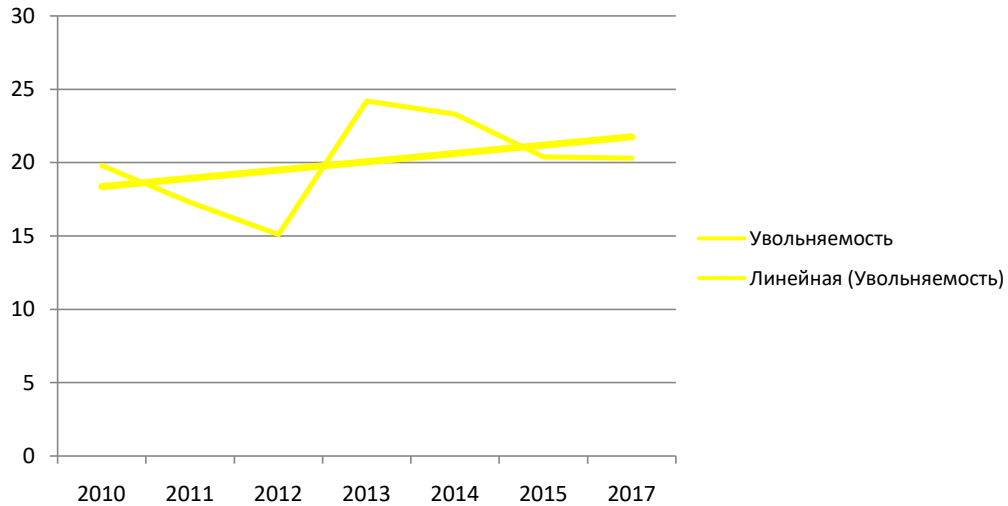


Рисунок 3.13 - Динамика увольняемости военнослужащих по призыву в 2010-2017 годах, %

Линии тренда данных показателей показывают, что они имеют отчётливую тенденцию к росту. Для оценки роста данных показателей в 2017 году было проведено сравнение со средними показателями в 2010-2017 годах. Так первичная заболеваемость военнослужащих по призыву составила в 2017 году 1206,1‰, что меньше на 0,4% усреднённого показателя ($1211,0 \pm 185,6‰$), общая заболеваемость составила 2058,7‰, что выше на 1,5% среднего показателя ($2027,8 \pm 248,0‰$), уровень госпитализации составил 1123,4‰, что выше на 1,3% среднего показателя ($1097,5 \pm 166,3‰$), трудопотери – 11515,2‰, рост на 0,7% по сравнению с базовым уровнем ($11439,4 \pm 1181,8‰$), увольняемость военнослужащих по призыву составляет 20,4‰, рост в 2017 году по сравнению с базовым уровнем ($20,0 \pm 3,5‰$) на 2,0%; смертность снизилась на 30,3% по сравнению с базовым уровнем ($0,3 \pm 0,1‰$) и составляет 0,2‰.

Структура первичной заболеваемости представлена на Рис. 3.14.

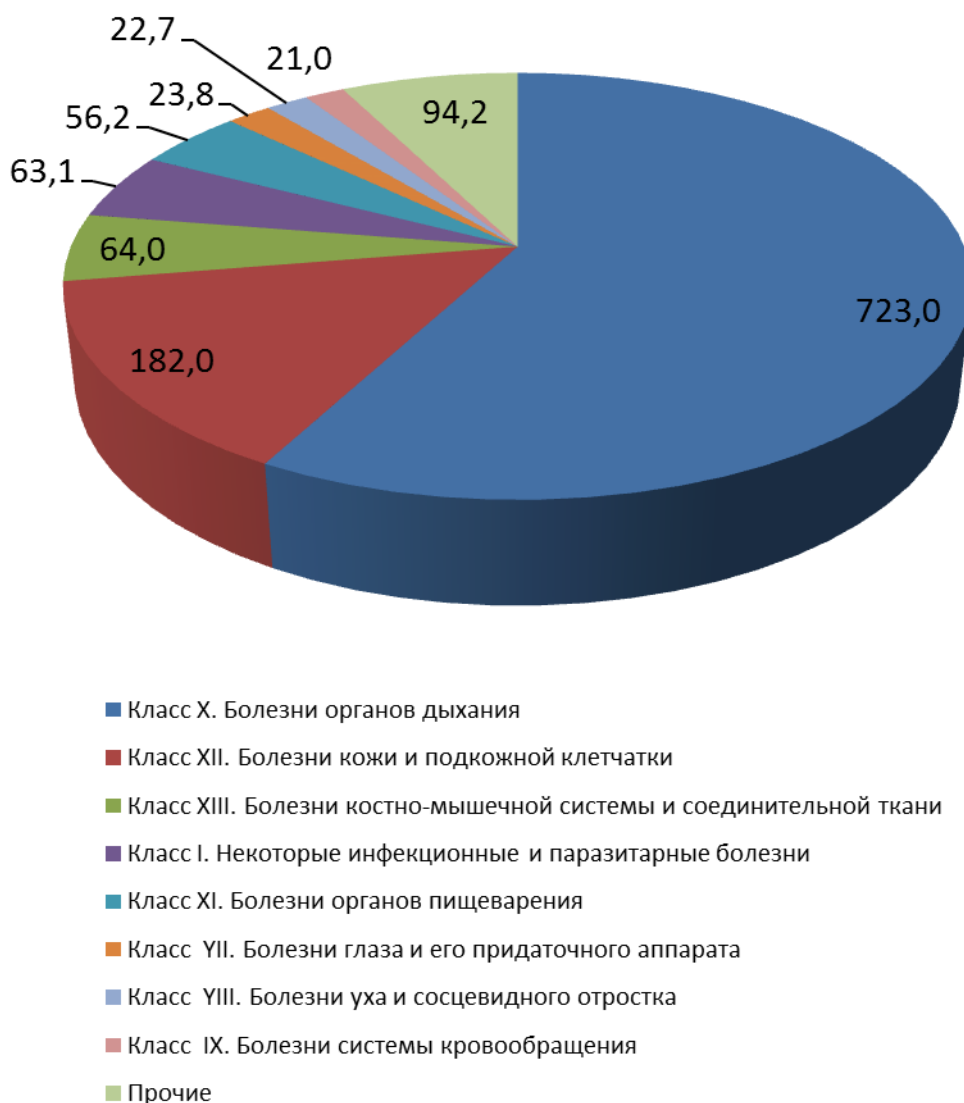


Рисунок 3.14 - Структура первичной заболеваемости военнослужащих по призыву, %

В структуре первичной заболеваемости военнослужащих по призыву первое ранговое место занимают болезни органов дыхания (57,8%), второе – болезни кожи и подкожной клетчатки (14,6%), третье – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,1%), четвертое – некоторые инфекционные и паразитарные болезни (5,0%), пятое – болезни органов пищеварения (4,5%), шестое и седьмое – болезни глаза и его придаточного аппарата (1,9%) и болезни уха и сосцевидного отростка (1,8%), восьмое – болезни системы кровообращения (1,7%).

Структура увольняемости военнослужащих по призыву представлена

на Рис. 3.15.



Рисунок 3.15 - Структура увольняемости военнослужащих по призыву, %.

В структуре увольняемости военнослужащих по призыву первое ранговое место занимают психические болезни и расстройства поведения (43,7%), второе – болезни органов пищеварения (14,2%), , третье – болезни системы кровообращения (6,9%), четвёртое – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (6,9%), пятое – травмы, отравления и другие последствия внешних причин (3,9%), шестое и седьмое – врождённые аномалии, деформации и хромосомные нарушения (3,4%) и болезни кожи и подкожной клетчатки (3,4%), восьмое – некоторые инфекционные и паразитарные болезни (2,9%).

Структура причин увольнения по состоянию здоровья военнослужащих по призыву Московской области представлена на Рис.

3.17.

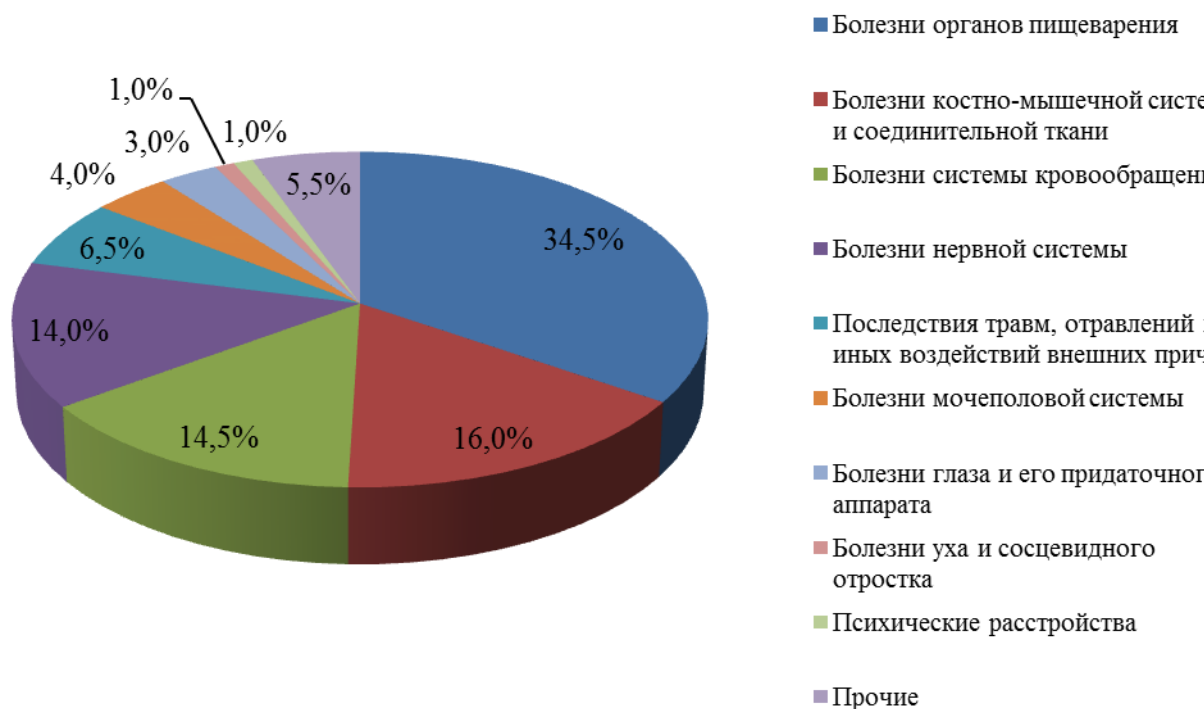


Рисунок 3.17 - Структура причин увольнения по состоянию здоровья военнослужащих по призыву Московской области, %

Анализ свидетельств о болезни военнослужащих по призыву войсковых частей Московской области (n=182) показывает, что на первом ранговом месте среди всех причин увольнения по состоянию здоровья находятся болезни органов пищеварения (ст. 54а, 56в, 57в, 58в, 59б, 62б - 34,5%), на втором – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (ст. 65в, 66в, 68в, 69в - 16,0%), на третьем – болезни системы кровообращения (ст. 42в, 43в, 46б, 47а, 45в - 14,5%), на четвёртом – болезни нервной системы (ст. 21б, 22б, 23в, 24в, 25в, 26в - 14,0%), на пятом – последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин (ст. 80в, 81а, 82в, 83в, 84б - 6,5%), на шестом и седьмом – болезни органов мочеполовой системы (ст. 72б - 4,0%) и болезни глаза и его

придаточного аппарата (ст. 29б, 30б, 34в, 35б - 3,0%).

Анализ свидетельств о болезни военнослужащих по призыву войсковой части Приморского края (n=57, нозологий - 68) показал, что психические расстройства явились причиной увольнения в 51,6% случаев. Из них у 47% выявлены умеренно выраженные расстройства личности с неустойчивой компенсацией (ст. 18б Расписания болезней (Утверждённых Постановлением Правительства РФ от 4 июля 2013 года №565 «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе»)), у 14% - невротические расстройства (ст.17б), у 39,0% иные психические расстройства и расстройства поведения. На втором, третьем и четвёртом ранговых местах стоят болезни системы кровообращения (статья 42в, 47б, 48 – 8,8%), болезни глаза и его придаточного аппарата (ст. 34г, 35 – 8,8%), болезни пищеварительной системы (ст. 53, 57г, 58б, 59в – 8,8%), на пятом – болезни мочеполовой системы (ст. 71в, 78 – 7,4%), на шестом – Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (ст. 65, 66в, 68г, 69г – 7,4%). Более подробно структура причин увольнения по состоянию здоровья военнослужащих по призыву в приморском крае представлена на Рис. 3.18.

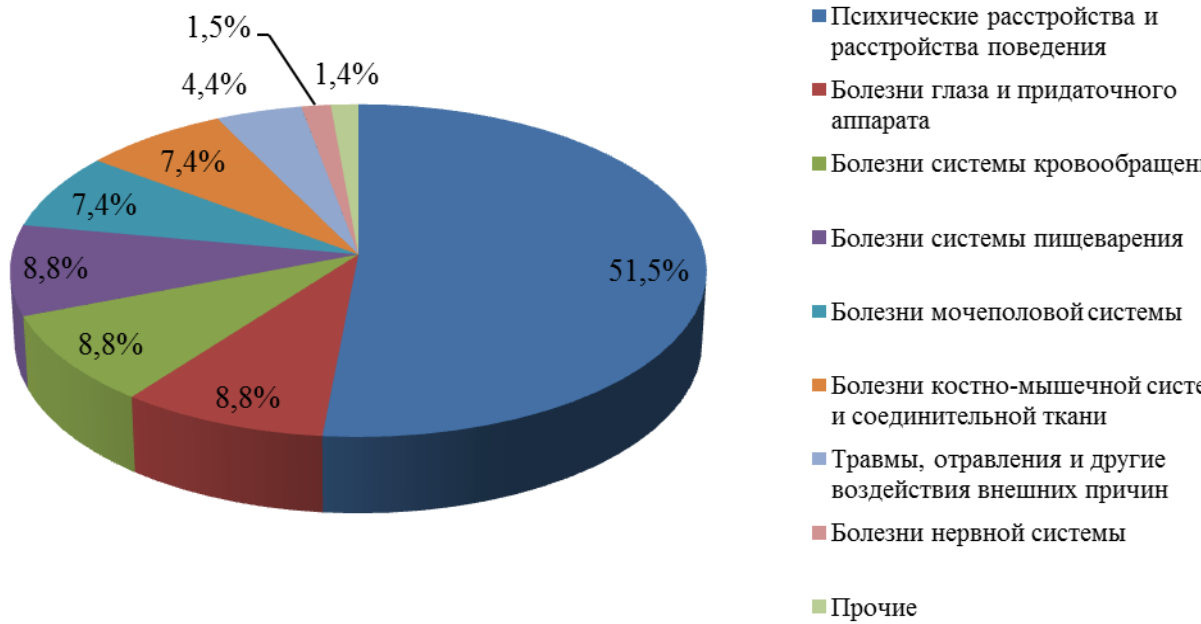


Рисунок 3.18 - Структура причин увольнения по состоянию здоровья военнослужащих по призыву Приморского края, %

Структура смертности военнослужащих по призыву представлена на Рис. 3.19.

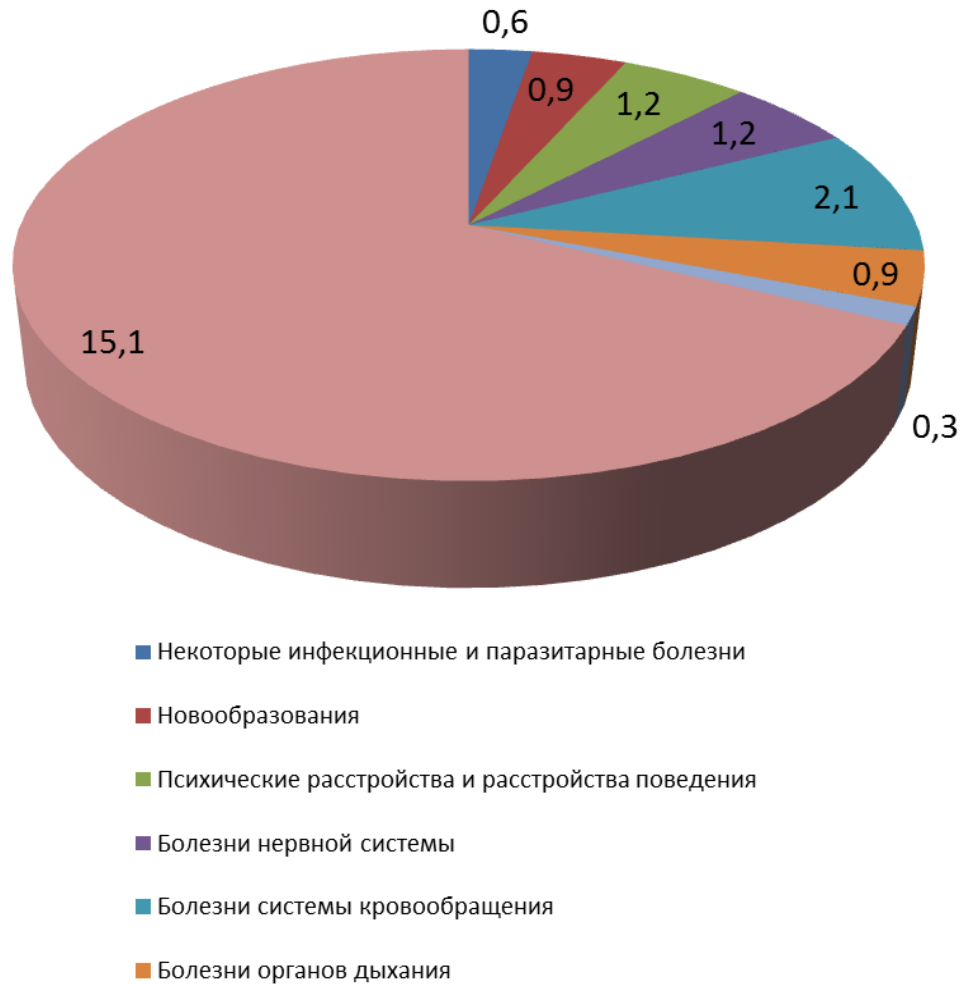


Рисунок 3.19 - Структура смертности военнослужащих по призыву, на 100 тыс. чел.

В структуре смертности данного контингента травмы, отравления и некоторые другие последствия внешних причин составляют 67,7%, смертность от болезней различных классов – 32,3%. Из них, на первом ранговом месте смертность от болезней системы кровообращения – 9,4% от всей смертности, на втором и третьем ранговых местах болезни нервной системы – 5,4% и психические расстройства и расстройства поведения – 5,4%, на четвертом и пятом – болезни органов дыхания и новообразования – по 4,0%, на шестом – некоторые инфекционные и паразитарные болезни – 2,7%, на седьмом - болезни мочеполовой системы 1,3%.

Следовательно, за время службы по призыву (1 год) каждый военнослужащий 2,1 раза обращается по поводу заболевания, из них 1,2 раза по поводу впервые выявленного, госпитализируется 1,1 раза, трудопотери составляют 11,5 дней. Помимо этого каждый пятидесятый увольняется из рядов ВС РФ по состоянию здоровья, один из пяти тысяч погибает. При изучении причин увольнения граждан призывного возраста ярко выражены территориальные особенности заболеваемости и последующего увольнения при схожих тенденциях в сокращении призывного контингента и снижении его качества.

Следовательно, представленные выше в динамике в региональном аспекте показатели здоровья военнослужащих по призыву (общая и первичная заболеваемость, распределение по группам здоровья, госпитализация, трудопотери, увольняемость и смертность) расцениваются нами как индикаторы качества мероприятий по подготовке граждан к военной службе, реализованных ранее, прежде всего, на уровне педиатрических медицинских организаций.

ГЛАВА 4. Нормативно-правовая и организационно-методическая база медицинского обеспечения контингента (аналитические материалы)

В настоящей главе рассматриваются вопросы организации медицинского обеспечения, профессионального психологического отбора и военно-врачебной экспертизы граждан призывного возраста с акцентом на анализ современного состояния нормативной базы.

4.1. Современная система межведомственного взаимодействия по обеспечению подготовки и призыва на военную службу, медицинскому обеспечению военнослужащих по призыву

Для гарантированного обеспечения своей военной безопасности, Российская Федерация должна постоянно иметь Вооружённые Силы численностью порядка одного миллиона человек. В соответствии с Указом Президента РФ № 329 от 8 июля 2016 года с 1 июля 2017 года численность ВС РФ составила 1,9 млн. человек, из них военнослужащих – 1,013 млн. Многие исследователи склоняются к мнению, что на данном этапе экономического развития России возможен перевод на контрактный способ формирования только части армии. Ведь в военное время перед Российской Федерацией неизбежно возникнет задача мобилизации значительных военно-обученных людских ресурсов, для подготовки которых необходимо сохранить воинскую обязанность (Гацко Н.Ф., 2008; Лютницкая О.В., 2013).

Сочетание контрактного и призывного способов формирования Вооружённых Сил в настоящее время не только соответствует геополитическим, экономическим, демографическим и иным реалиям современной России, но и отражает имеющиеся в обществе взгляды на

состояние данной проблемы.

По результатам опросов ВЦИОМ (2016 год) большинство допризывников (71%) декларативно заявляют о готовности служить в армии, но этот шаг скорее рассматривается как вынужденный (долг), а не самостоятельный осознанный выбор. Вовлеченность молодежи в мероприятия по подготовке к военной службе слабая: активно участвует в них только 19% опрошенных граждан призывного возраста, в военно-патриотической деятельности задействованы 37% респондентов. Таким образом, существуют определённые резервы для развития системы допризывной подготовки молодёжи.

В соответствии со ст. 59 Конституции: «защита Отечества является долгом и обязанностью гражданина Российской Федерации». Он несёт военную службу в соответствии с:

1. Федеральным законом от 31 мая 1996 года № 61-ФЗ «Об обороне». В котором определяются цели и порядок создания ВС, полномочия и функции Правительства, органов исполнительной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления.

2. Федеральным законом от 28 марта 1998 года № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе». Согласно этому нормативному документу осуществляется правовое регулирование в области воинской обязанности и военной службы в целях реализации гражданами конституционного долга и обязанности по защите Отечества.

Военная доктрина Российской Федерации – это система официально принятых взглядов на подготовку к вооруженной защите и непосредственно вооружённую защиту государства. Положения Военной доктрины конкретизируются в Посланиях Президента Российской Федерации и учитывают основные положения Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года, Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020

года.

Одними из основных задач развития военной организации являются:

1. Повышение престижа военной службы, всесторонняя подготовка к ней граждан РФ;
2. Совершенствование методов подготовки людских резервов и ресурсов.

Определено, что данные задачи должны быть достигнуты путём совершенствования системы допризывной подготовки и военно-патриотического воспитания граждан.

В Посланиях Президента РФ (2010-2016 годы) неоднократно делался акцент на заботе о будущих поколениях, как самых надёжных, умных и благородных инвестициях и констатировался факт удручающих показателей состояния здоровья детей и подростков. Обращалось особое внимание на важность перехода к страховым принципам финансирования здравоохранения с одновременным формированием централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских организаций в целях бережливости и максимальной отдачи при расходовании бюджетных средств, что позволит снизить издержки и неэффективные траты ресурсов. Механизмами для реализации этих задач предполагается широкая общественная дискуссия (с практическими результатами) и акцент на развитии системы профилактики с одновременным усилением роли профессионального сообщества в управлении системой здравоохранения. Главным критерием оценки эффективности власти и учреждений социальной сферы должно стать общественное мнение, публичный мониторинг качества медицины.

Одновременно с этим, Правительством утверждена Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года, которая предполагает достижение целей:

- создание условий для обеспечения ВС РФ физически и морально-психологически подготовленными гражданами, обладающими положительной мотивацией к прохождению военной службы, получившими подготовку по основам военной службы и военно-учётным специальностям;

- снижение количества граждан, не соответствующих по состоянию здоровья и уровня физического развития к требованиям военной службы, а также увеличение показателя годности к военной службе граждан, прибывших на призывные комиссии.

Многогранность проблемы подготовки граждан к военной службе (Рис.4.1), обуславливает необходимость комплексного межведомственного подхода.

Медицинские аспекты призыва на военную службу регламентируются в Российской Федерации основными нормативно-правовыми документами:

1. Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

2. Приказом Минобороны РФ и Минздрава РФ от 23 мая 2001 года № 240/168 "Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе".

3. Постановлением Правительства РФ от 4 июля 2013 года № 565 "Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе";

4. Приказом Министра обороны РФ от 20 октября 2014 года № 770 "О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы".

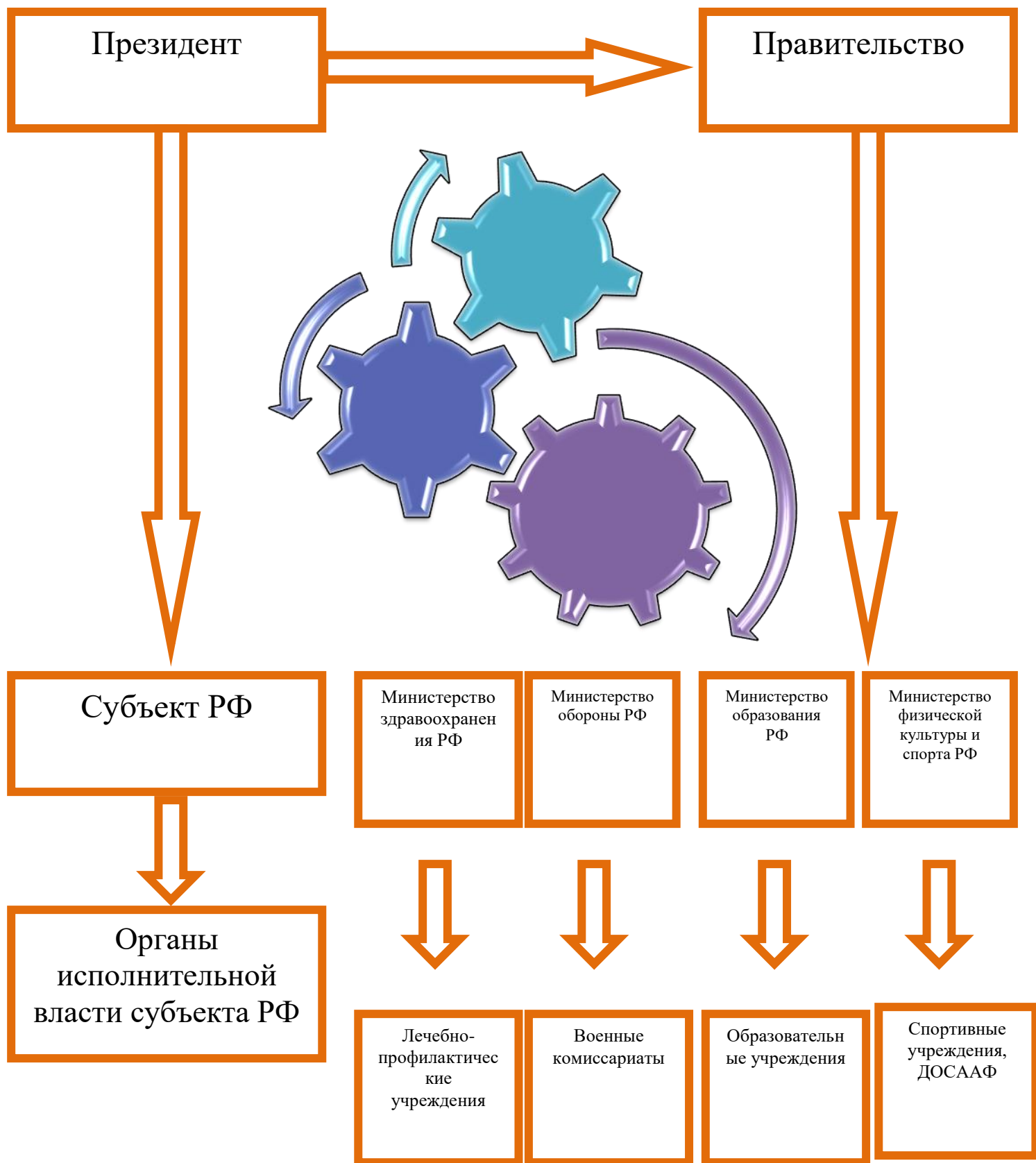


Рисунок 4.1 - Принципиальная схема межведомственного взаимодействия по вопросам подготовки граждан призывного возраста в Российской Федерации

Вопросы медицинского обеспечения военнослужащих в мирное время регламентируются:

1. Приказом Министра обороны Российской Федерации от 16 января 2006 года №20 "Об организации оказания медицинской помощи в военно-медицинских подразделениях, частях и учреждениях Министерства обороны Российской Федерации";

2. Приказом заместителя Министра обороны Российской Федерации от 8 декабря 2016 года №1035 «О совершенствовании диспансеризации военнослужащих в Вооружённых силах Российской Федерации»;

3. Приказ Министра обороны РФ от 15 февраля 2016 года № 55 "Об организации направления военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации, граждан, проходящих военные сборы по линии Вооруженных сил Российской Федерации, на медицинское освидетельствование" (утверждается «Инструкция об организации направления военнослужащих вооружённых сил Российской Федерации, граждан, проходящих военные сборы по линии Вооруженных сил Российской Федерации, на медицинское освидетельствование» и вводится форма направления на медицинское освидетельствование).

4. Приказом Министра обороны от 27 января 2017 года №60 «О медико-психологической реабилитации» и многими другими.

Принципиальная схема законодательного регулирования системы подготовки граждан к военной службе представлена на Рис. 4.2.



Рисунок 4.2 - Законодательное регулирование системы подготовки граждан к военной службе в Российской Федерации

Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Применительно к изучаемой проблеме, порядок финансирования мер подготовки к службе и самого призыва определяется Приказом Минобороны РФ и Минздрава РФ от 23 мая 2001 года № 240/168 "Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе" и постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 года № 704 «О порядке компенсации расходов, понесённых организациями и гражданами Российской Федерации в связи с реализацией Федерального закона «О воинской обязанности и военной службе». Они

определяют, что компенсация данных расходов осуществляется за счет средств федерального бюджета, предусмотренных на эти цели Минобороны РФ.

Помимо этого, в Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию. Так, указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года № 1351 утверждена Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, Постановлением Правительства РФ от 3 февраля 2010 года № 134-р - Концепция федеральной системы подготовки граждан к военной службе на период до 2020 года.

Следовательно, в настоящее время в Российской Федерации сложилась сложная многоуровневая система подготовки граждан к военной службе, которая требует отлаженного взаимодействия многих министерств и ведомств.

4.2 Военно-врачебная экспертиза, как вид медицинской деятельности, на современном этапе строительства Вооружённых сил

«Краеугольным камнем» военной службы является военно-врачебная экспертиза. Она не остаётся застывшей догмой, а постоянно развивается исходя из реалий времени. Она помогает гражданину реализовать своё право на труд в условиях, отвечающих требованиям безопасности и гигиены (ст. 37 Конституции...), путём определения индивидуальной годности к военной службе и годности к работе с профессиональными вредностями (источниками ионизирующих излучений, компонентами ракетных топлив, источниками электро-магнитных полей, лазерного излучения и др.).

В соответствии с руководящими документами и в целях проведения ВВЭ и медицинского освидетельствования в ВС РФ создаются призывные комиссии. Основными задачами их деятельности являются:

- определение категории годности граждан Российской Федерации по состоянию здоровья к военной службе;
- определение причинной связи полученных гражданами увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний с прохождением военной службы (военных сборов);
- методическое руководство военно-врачебной экспертизой и контроль в части, касающейся ВВЭ, за организацией, проведением и результатами обследований, лечебно-диагностических мероприятий в медицинских, военно-медицинских подразделениях, частях и учреждениях (организациях) Минобороны Российской Федерации;
- контроль проведения медицинского освидетельствования, медицинского обследования (лечения) граждан при первоначальной постановке на воинский учёт и призыве на военную службу, лечебно-оздоровительными мероприятиями среди граждан, которые состоят на воинском учёте или которым предоставлена отсрочка от призыва на военную службу по состоянию здоровья.

В настоящее время обязанность организации проведения медицинского обследования призывников возложена на призывные комиссии отделов военных комиссариатов субъектов Российской Федерации. Под требованиями к состоянию здоровья граждан понимаются медицинские показатели, которые характеризуют состояние здоровья и физического развития и на основании которых определяются категории годности к военной службе.

Принципиальная схема организации военно-врачебной экспертизы в Российской Федерации в настоящее время представлена на Рис. 4.3.

Таблица 4.1 - Принципиальная схема организации военно-врачебной экспертизы в Российской Федерации



Этапы современной системы медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе представлены на рис. 4.3.

В данной системе можно выделить пять основных этапов этой системы:

- на первом из них (15-16 лет), то есть **до первоначальной постановки на воинский учет** происходит распределение юношей по I-V группам здоровья (приказ Минздрава РФ от 21 декабря 2012 года № 1346н "О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них");

- на 2-м этапе (17 лет) проводится медицинское освидетельствование и обследование граждан России **при первоначальной постановке на воинский учет**, а также комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий среди граждан, поставленных на воинский учет, до призыва их на военную службу (в результате происходит распределение юношей по категориям годности к военной службе по призыву - А, Б, В, Г, Д и показателям предназначения 1-4, для категорий А и Б);

- на 3-ем этапе (18-26 лет) осуществляется **призыв на военную службу** и проводятся лечебно-оздоровительные мероприятия среди граждан Российской Федерации, получивших отсрочки от призыва на военную службу по состоянию здоровья (на данном этапе происходит распределение юношей по категориям годности к военной службе по призыву А, Б, В, Г, Д).

- на 4-ом этапе (18-26 лет, во время службы в Вооружённых силах) происходит медицинское обеспечение военнослужащих проведение лечебно-диагностических и профилактических мероприятий. В случае выявления заболевания, которое препятствует прохождению военной службы, данный военнослужащий подлежит увольнению с военной службы по состоянию здоровья. Медицинское обеспечение

военнослужащих по призыву проводится в соответствии с положениями Руководства по медицинскому обеспечению ВС РФ в мирное время (утверждено приказом заместителя Министра обороны РФ от 25 ноября 2016 года №999дсп), а так же Методическими рекомендациями по совершенствованию диспансеризации военнослужащих в ВС РФ (утверждены приказом заместителя Министра обороны РФ от 9 декабря 2016 года №1035).

- на 5-ом этапе (18-50 лет). Во время *пребывания в запасе* граждане проходят военные сборы и проводится военно-медицинская экспертиза. В случае признания гражданина не годным к военной службе по состоянию здоровья – он снимается с воинского учета.

Запас Вооружённых сил (мобилизационный людской резерв и мобилизационный людской ресурс) предназначен для формирования соединений, воинских частей в период мобилизации, приведения их в боевую готовность и в военное время.

Медицинское обеспечение юношей до их первоначальной постановки на воинский учет осуществляется лечебно-профилактическими учреждениями субъектов Российской Федерации во взаимодействии с военными комиссариатами на основании постановлений (решений) руководителей органов исполнительной власти субъектов России и органов местного самоуправления. В этот период осуществляются:

- раннее выявление функциональных нарушений, заболеваний, отклонений в физическом и психическом развитии юношей, а также факторов медико-социального риска возникновения заболеваний (условий учебы, труда, быта);

- разработку и осуществление профилактической работы с юношами в образовательных учреждениях и по месту жительства с динамическим врачебным наблюдением за юношами, имеющими отклонения в состоянии здоровья, проведение нуждающимся лечебно-оздоровительных

мероприятий;

- систематический анализ состояния здоровья и физического развития юношей, качества и эффективности медицинского наблюдения, разработку и осуществление мероприятий по совершенствованию медицинского обеспечения.

После достижения гражданами призывного возраста (18 лет) и при наличии отсрочки от призыва на военную службу по законным основаниям их медицинское обеспечение происходит в медицинских организациях по месту жительства. Диспансерное наблюдение и лечебно-профилактические мероприятия проводятся в соответствии с приказом Минздрава России от 3 февраля 2015 года № 36ан "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения".

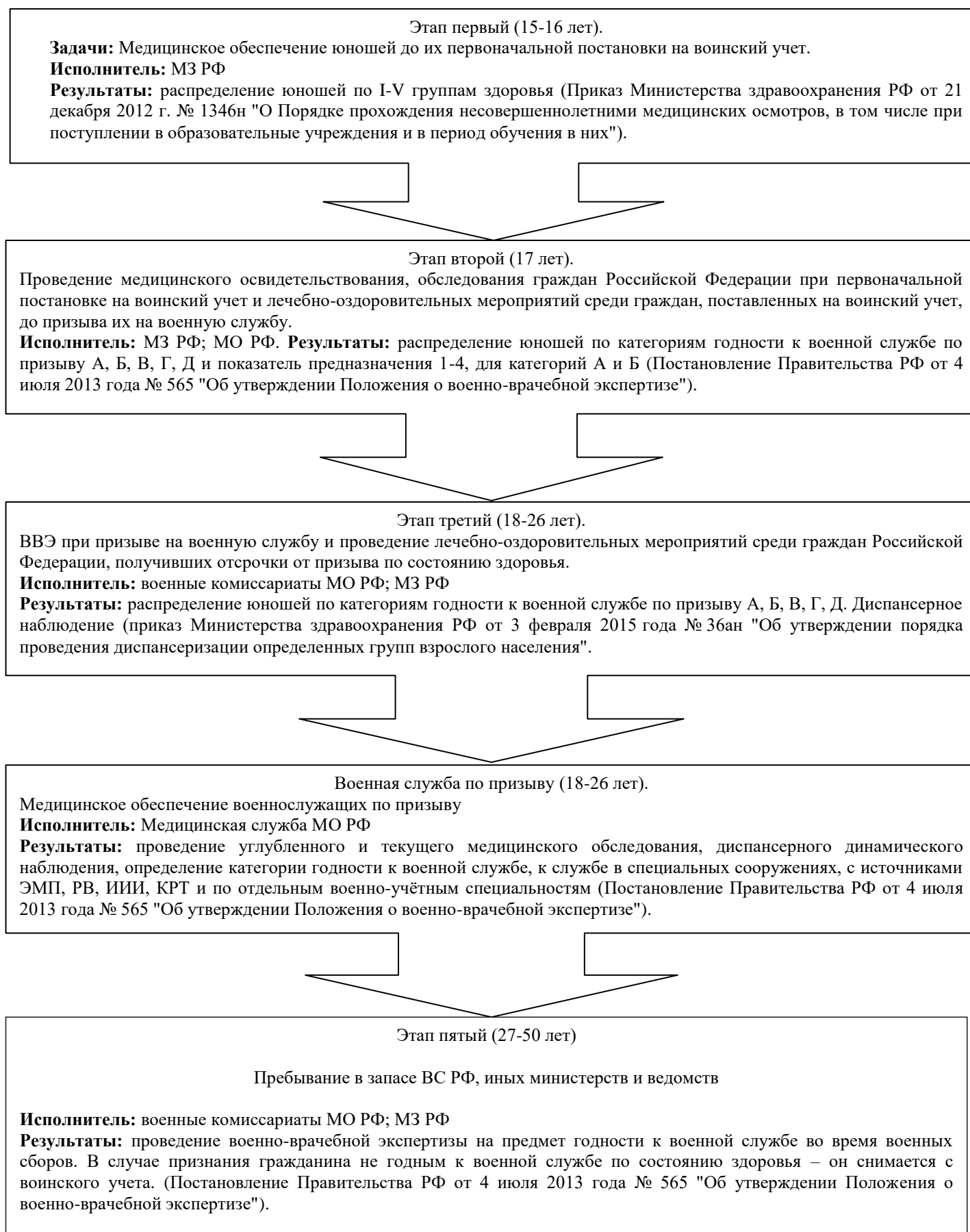


Рисунок 4.3 - Этапы современной системы медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе

Плановые профилактические медицинские осмотры юношей проводятся в год достижения ими 15- и 16-летнего возраста согласно графику, утвержденному руководителем амбулаторно-поликлинического учреждения и согласованному с руководителями образовательных учреждений, а не обучающихся в образовательных учреждениях - в поликлиниках по месту жительства юношей и включают в себя три основных этапа:

Первый этап - доврачебное обследование юношей по скрининг-тестам, лабораторное и физиометрическое обследование.

Скрининг-тесты и оценка их результатов проводятся медицинским персоналом образовательных учреждений, медико-санитарных частей, здравпунктов, территориальных поликлиник. Объём и перечень данных исследований законодательно не определён, что приводит к игнорированию данного положения большинством ЛПУ.

Второй этап - педиатрический. Его проведение осуществляется врачом-педиатром поликлиники по месту жительства юноши или врачом образовательного учреждения.

Третий этап плановых профилактических медицинских осмотров - специализированный. Юноши осматриваются специалистами с анализом ранее проведенных скрининг-тестов, физиометрического, лабораторного и инструментального обследования. При наличии оснований юноша направляется на осмотр врача-специалиста, отсутствующего в данном амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Объём диагностических исследований при подготовке к военной службе представлен в табл. 4.2. Стоит отметить, что данный перечень не менялся с 2001 года.

Таблица 4.2 - Объем проводимых диагностических исследований при подготовке к военной службе (совместный приказ МО РФ и МЗ РФ от 23 мая 2001 года № 240/168 "Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе")

Этапы медицинского обеспечения	Перечень исследований	Специалисты
Первый этап (15-16 лет)	Длина тела Масса тела Половая формула ЧСС за 1 мин. АД (трехкратно) Электрокардиография Анализ крови (определение СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов) Анализ кала Анализ мочи (удельный вес, белок) Флюорография	Педиатр, Эндокринолог, Хирург, Ортопед, Офтальмолог, Оториноларинголог, Невролог, Уролог, Стоматолог, Педагог, психолог.
Второй этап (17 лет)	флюорографическое (рентгенологическое) исследование органов грудной клетки в двух проекциях; анализ крови (определение СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов); анализ мочи (удельный вес, белок); измерение роста и массы тела.	хирург, терапевт, невролог, психиатр, офтальмолог, оториноларинголог, стоматолог.
Третий этап (18-27 лет)	флюорографическое (рентгенологическое) исследование органов грудной клетки в двух проекциях; анализ крови (определение СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов); анализ мочи (удельный вес, белок); измерение роста и массы тела.	хирург, терапевт, невролог, психиатр, офтальмолог, оториноларинголог, стоматолог.

По результатам профилактического осмотра врачом-педиатром дается комплексная оценка состояния здоровья юношей, оценивается уровень полового и физического развития, физическая подготовленность, нервно-психическое здоровье, определяется группа здоровья, медицинская группа для занятий физической культурой. Помимо этого, определяется биологический возраст и его соответствие паспортному возрасту, выносятся итоговый диагноз, составляются рекомендации по оздоровлению, лечению, режиму и питанию юношей, по их поступлению (переводу) в различные образовательные учреждения и анализируются данные об их подготовке к военной службе.

Юношам с отклонениями в состоянии здоровья и физическом развитии назначаются лечебно-оздоровительные мероприятия, которые проводятся в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства, а при наличии условий - в медицинских кабинетах образовательных учреждений. Юноши с хроническими заболеваниями наблюдаются у врачей-специалистов.

Контроль над своевременностью проведения лечебно-оздоровительных мероприятий возлагается на врача-педиатра поликлиники по месту жительства (учебы) юноши.

Перечень профилактических осмотров (в соответствии с приказом МЗ РФ от 21.12.2012 года №1346н) более подробно рассматривается в главе 4 настоящего исследования.

В состав комиссии по постановке граждан на воинский учет входят:

- военный комиссар соответствующей территории либо заместитель военного комиссара - председатель комиссии;
- представитель местной администрации;
- специалист по профессиональному психологическому отбору;
- секретарь комиссии;
- врачи-специалисты.

Задачами данной комиссии являются: организация медицинского освидетельствования граждан, определение степени годности к военной службе по состоянию здоровья, проведение мероприятий по профессиональному психологическому отбору граждан для определения их пригодности к подготовке по военно-учетным специальностям. По результатам её работы принимается решение о постановке гражданина на воинский учет либо вынесение на рассмотрение призывной комиссии вопрос о зачислении в запас гражданина, признанного ограниченно годным к военной службе, или вопрос об освобождении от исполнения воинской обязанности гражданина, признанного не годным к военной службе.

Резюме:

Таким образом, в настоящее время сложилась сложная, многоступенчатая, межведомственная система медицинского обеспечения граждан призывного возраста. Однако, она по многим параметрам нуждается в модернизации и оптимизации, так как не соответствует современным реалиям: отсутствует межведомственное взаимодействие по вопросам подготовки граждан к военной службе, нет критериев оценки деятельности должностных лиц, недостаточно разработана нормативная база по проблеме. Несмотря на большой объём психопрофилактической работы, которая проводится с рождения и до совершеннолетия гражданина, исследование показывает, что количество молодёжи с нервно-психической неустойчивостью поведением постоянно растёт. Это соотносится с полученными в данном исследовании результатами контрольных обследований (глава 5).

Глава 5. Отдельные вопросы качества мероприятий по медицинскому обеспечению подготовки граждан к военной службе

По данным Росстата (www.gks.ru), за последние 15 лет доля охвата профилактическими осмотрами детей 0-14 лет составляет 80,5-88,1%, а подростков 15-17 лет 85,4-96,5%. Несмотря на привлекаемые материальные и финансовые ресурсы уровень заболеваемости подростков 15-17 лет нарастает практически по всем классам заболеваний. Более подробно уровни заболеваемости рассматривались в разделе 4.1 данной главы.

Исследования ведущих учёных показывают, что профилактические осмотры, зачастую, проводятся формально, и при проведении дополнительного обследования выявляется значительное количество ранее не диагностированной патологии (Ильин А.Г., 2008; Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Байбарина Е.Н., 2016). По данным Петровой Н. Г. (2010) хронические заболевания до призыва были выявлены у 28,0% призывников, а при призыве на военную службу это число возросло до 74,6%. В исследовании, проведённом Научным центром здоровья детей РАМН (А.Г. Ильин, 2011) выявлено, что истинная частота нарушения здоровья и развития среди юношей была в 2,7 раза выше, чем данные первичной учётной документации, а до 34,2% расстройств было выявлено впервые.

В данной главе рассматриваются вопросы отдельные вопросы качества медицинских мероприятий по медицинскому обеспечению граждан призывного возраста по результаты контрольных осмотров военнослужащих по призыву, отдельные вопросы лицензирования военно-врачебной экспертизы, оценки финансовых потерь и правовых рисков при снижении качества медицинских услуг контингенту.

5.1 Отдельные вопросы качества мероприятий по подготовке граждан к военной службе на примере сердечно-сосудистой системы, психических расстройств и расстройств поведения, а также репродуктивного здоровья молодёжи

Выявленные ранее дефекты в медицинском обеспечении изучаемого контингента, рост первичной и общей заболеваемости приводят к позднему выявлению хронических заболеваний и необходимости дополнительного обследования и лечения или увольнения гражданина с военной службы.

В целях изучения данной проблемы и подтверждения гипотезы были спланированы и проведены контрольные обследование граждан призывного возраста на предмет первичного выявления нарушений в сердечно-сосудистой и репродуктивной системы, а так же психических расстройств и расстройств поведения.

Личный вклад автора: Эхокардиография, спермограмма и психологическое тестирование проводились соответствующими специалистами, а автор определял цель, методы, составлял программу исследования, обобщал и анализировал полученные данные.

Результаты контрольного обследования сердечно-сосудистой системы граждан призывного возраста

Частота выявления минимальных аномалий развития сердца (МАРС) среди подростков колеблется от 39% до 68,9% (Мутафьян О.А., 2005). Грозными осложнениями МАРС являются: внезапная смерть, парадоксальная тромбэмболия, расслаивающая аневризма аорты, нарушение сердечного ритма, лёгочная гипертензия, нарушения кардиогемодинамики, отрыв хорды и перфорация створки клапана, инфекционный эндокардит (Белозеров Ю.М., 2001). Сложность проблемы

усугубляется отсутствием ЭХО - КГ в перечне обязательных методов исследований при призыве в ВС РФ (Приказ МО РФ и МЗ РФ от 23.05.2001 года № 240/168).

На первом этапе, амбулаторно, с помощью проведения скрининговой эхокардиографии с цветным доплеровским картированием (ЭХО - КГ с ЦДК) у молодёжи до 30 лет оценивалась распространённость латентных пороков и минимальных аномалий развития сердца (МАРС) у молодёжи до 30 лет. Исследование проводилось на аппаратах AlokaSSD-3500 (Япония) и Medison Accuvix V10 (Южная Корея). Данное исследование было проведено у 73 человек, из которых первую группу составляли 24 пациента, у которых в анамнезе были жалобы на неприятные ощущения в области сердца или сниженная толерантность к физической нагрузке; а вторую группу - пациенты без субъективных жалоб в количестве 49 человек.

В результате обследования МАРС впервые были выявлены у 45 пациентов (61,6%) в т.ч. у 20 человек из 1 группы (83,3%), 25 чел из 2 группы (51%). Частота выявления различных МАРС составила:

- пролапс митрального клапана 1 степени выявлен у 39 человек (53,4%), - пролапс митрального клапана 2 ст. у 5 пациентов (6,9%); из них с митральной регургитацией 1 ст. – 20 человек (45,5%), митральной регургитацией 2 ст. – 4 человека (9%);
- ложные хорды левого желудочка у 10 человек (13,7%); дефект межжелудочковой перегородки у 9 человек (12,3%);
- пролапс трикуспитального клапана 1 ст. у 7 чел. (9,6%).

Изолированные МАРС наблюдались в 44,4% случаев, сочетанные в 55,6%.

Результаты данного обследования позволили скорректировать программу диспансерного наблюдения у 56,2% пациентов в возрасте до 30 лет, 4 пациента (5,5%) направлены на дополнительное обследование в условиях специализированного кардиологического стационара.

Вторым этапом, стационарно, было проведено сплошное

обследование сердца юношам 18-22 лет, проходившим военную службу по призыву (n=920) с помощью проведения ЭХО-КГ. Морфологическую структуру врождённого двустворчатого аортального клапана (ВДАК) оценивали с помощью Classification system for the bicuspid aortic valve (Sievers H.H., Schmidtke C.A., 2007).

В результате проведённого исследования ВДАК выявлен у 9 военнослужащих (0,98%). Все диагнозы были верифицированы в условиях кардиологического отделения ФГКУ «ГВКГ им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России с помощью транспищеводной эхокардиографии.

В 55,6% случаев был диагностирован истинно двустворчатый аортальный клапан с 1 швом, в 44,4% - истинно двустворчатый аортальный клапан без швов. У всех обследованных имелись гемодинамические нарушения: у 11,1% данный порок сопровождался аортальным стенозом 1 степени, у 88,9% аортальной недостаточностью 1-2 степени. В 33% случаев отмечались структурные изменения сердца и аорты (незначительная дилатация левого желудочка, дилатация восходящей аорты). Из данной категории военнослужащих по призыву ЭХО-КГ в допризывной период было выполнено только 1 юноше, но диагноз порока сердца не был установлен. По результатам обследования категория годности к военной службе данных граждан изменилась на: «В - ограниченно годен к военной службе». В дальнейшем они были уволены из рядов Вооружённых сил.

Результаты контрольного обследования репродуктивной системы граждан призывного возраста

Уровень заболеваемости болезнями мочеполовой системы составляет на сегодняшний день 3087,7‰ и 6494,3‰, соответственно, за период 2000-2017 гг. он вырос у детей на 49,7%, у подростков - на 32,8%.

Для оценки качества организации и эффективности профилактических осмотров граждан во время подготовки к военной службе с акцентом на

раннее выявление нарушений репродуктивного здоровья у молодых людей были проанализированы современные аспекты профилактических осмотров детей и подростков и проведено исследование репродуктивной способности молодёжи 18-30 лет (n=123), проживающих на территории Московской области с помощью изучения спермограммы по классической методике в камере Горяева. Молодые люди 18-20 лет составили 82,9% от общего количества обследованных (102 пациента), 20-25 лет – 8,2% (10 пациентов), 25-30 лет – 8,9% (11 пациентов). Поскольку в настоящее время в России не существует нормативных документов, устанавливающих нормы фертильного эякулята применялись нормы, предложенные Всемирной Организацией Здравоохранения (WHO laboratory manual for examination of human semen and sperm-cervical mucus interaction, 2001).

Система профилактических осмотров детей и подростков (Приказ МЗ РФ от 21 декабря 2012 года №1346н) включает в себя множество элементов:

- профилактические медицинские осмотры (консультации детского хирурга в 1, 6, 12 месяцев, консультации детского уролога-андролога в 3, 7, 12, 14, 15, 16, 17 лет, ультразвуковое исследование органов репродуктивной сферы в 7 и 14 лет, исследование уровня гормонов в крови (по показаниям) в 14 лет);

- предварительные медицинские осмотры (При поступлении в дошкольные образовательные учреждения - осмотр детского уролога-андролога, а при поступлении в общеобразовательные учреждения - осмотр детского уролога-андролога, ультразвуковое исследование органов репродуктивной сферы).

Помимо этого, в рамках межведомственной системы подготовки к военной службе юноши призывного возраста проходят медицинское освидетельствование при первоначальной постановке на воинский учёт и во время призыва на военную службу.

Несмотря на сложную и многокомпонентную систему профилактических мероприятий наше исследование показало, что у 97 (78,9%) человек были выявлены патологические изменения эякулята. В 50% случаев были выявлены различные сочетания патологических изменений. Чаще всего сочеталась олигоспермия с олигозооспермией и астенозооспермией. Так, диагноз олигоспермии был выставлен в 70% случаев, астенозооспермии в 42% случаев и олигозооспермии в 19%. За счёт воспалительного процесса происходит снижение подвижности спермиев более чем в 2 раза. В 2,4% от общего числа обследованных пациентов произошла агглютинация спермиев, что указывает на наличие иммунологического фактора бесплодия. Помимо этого, у 19% наблюдалось увеличение времени разжижения спермы, как следствие снижения количества протеолитических ферментов. Обращает на себя внимание наличие в 0,8% случаев тератозооспермии (дефекты морфологического строения головки, шейки, хвоста) и полное отсутствие спермиев в эякуляте (0,8% случаев).

Некоторые итоги психопрофилактической работы в ВС РФ

Одной из актуальных проблем Вооружённых сил является своевременное выявление лиц с девиантным поведением, а также проведение комплекса психопрофилактических мероприятий среди военнослужащих. Это обусловлено ухудшением здоровья призывных контингентов, сохраняющимся высоким уровнем психической заболеваемости военнослужащих, широким распространением среди подростков и молодых людей наркомании и алкоголизма, роста числа суицидов и суицидальных попыток (Гончаренко А.Ю., 2017).

С целью анализа современного состояния дел по психопрофилактической работе среди граждан призывного возраста в 2017 году нами был проведён анализ психопрофилактической работы (в свете Приказа Министра обороны РФ №50 от 26 января 2000 года «Об

утверждении Руководства по профессиональному психологическому отбору в Вооружённых силах Российской Федерации») в войсковых частях Московской области (n=1942) и Приморского края (n=1512) путём анкетного опроса военнослужащих по призыву, изучение свидетельств о болезни в Московской области (n=182) и Приморском крае (n=65), граждан уволенных из рядов ВС РФ по состоянию здоровья. Тестирование проводилось с помощью автоматизированного рабочего места военного психолога 83т79.

В результате тестирования военнослужащих Московской области у 21,4% выявлены различные психологические состояния, требующие наблюдения военных психологов и консультации у врача-психиатра. В структуре выявленных отклонений первое ранговое место занимает неудовлетворительный уровень адаптивных способностей у 31,7% респондентов, второе нервно-психическая неустойчивость (НПУ) в 25,4% случаев, на третьем - неудовлетворительный уровень коммуникативного потенциала (11,5%), на четвёртом - негативизм к военной службе (10,4%), на пятом и шестом – риск суицидального поведения (8,3%) и девиантное поведение (8,1%) соответственно. Военнослужащие с неудовлетворительным уровнем моральной нормативности, опытом приёма наркотических препаратов и признаками дезадаптации составляют 4,4% от фокусной группы.

Тестирование военнослужащих Приморского края показало, что у 27,5% контингента выявлены различные психологические состояния, требующие наблюдения военных психологов и консультации у врача-психиатра. В структуре выявленных отклонений первое ранговое место занимает нервно-психическая неустойчивость (НПУ) – 29,3%, второе – неудовлетворительный уровень адаптивных способностей (17,0%), на третьем - неудовлетворительный уровень коммуникативного потенциала (14,9%), на четвёртом - негативизм к военной службе (11,1%), на пятом и

шестом – риск суицидального поведения (9,7%) и девиантное поведение (8,9%) соответственно. Военнослужащие с неудовлетворительным уровнем моральной нормативности, опытом приёма наркотических препаратов и признаками дезадаптации составляют менее 8% от фокусной группы.

5.2 Отдельные вопросы лицензирования военно-врачебной экспертизы, как формы государственного контроля за качеством и безопасностью медицинской деятельности

В данном разделе было проведено исследование призывных комиссий, которые проводят военно-врачебную экспертизу, на предмет соблюдения лицензионных требований, а также правовых рисков, которые возникают при снижении качества проводимых экспертиз. Целью данного исследования явилось изучение современного состояния проблемы лицензирования ВВЭ в Российской Федерации и её субъектах, технологии проведения ВВЭ, основных причин снижения её качества, а также и обоснование мероприятий для оптимизации процесса экспертизы.

Обобщённые результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения (МЗ РФ, 2015; фонд «Общественное мнение», 2015) показывают позитивную динамику удовлетворённости населения медицинской помощью и здравоохранением в целом: доля респондентов, удовлетворённых данным видом помощи увеличилась с 26% (в 2006 году) до 45% в 2015.

Многие исследователи отмечают, что более половины призывников и их родителей остаются неудовлетворёнными качеством медицинского обеспечения мероприятий по подготовке и призыву на военную службу (Фесик А.Н., 2008; Гацко М.Ф., 2010; Андроненков И.А., 2011; Ефимова С.В., 2012; Давыдова Т.Е., 2016).

Обеспечение качества медицинской помощи является одним из ключевых вопросов деятельности системы здравоохранения (Хабриев Р.У.,

2013). Удовлетворённость населения медицинской помощью стала официально утверждённым статистическим показателем её качества и одним из критериев эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации (Решетников А.В., Ефименко С.А, Астафьев Л.М., 2007; Щепин В.О., Чичерин Л.П., 2013; Татарников М.А., 2013). Результаты исследования уровня удовлетворённость медицинской помощи гражданами во время подготовки и призыва на военную службу (по результатам социологического опроса) представлен в главе 5 настоящего исследования.

Анализ судебной практики так же показывает, что основными причинами обращения граждан в суды с целью обжалования вынесенных решений различных военно-врачебных комиссий (далее – ВВК) является проведение военно-врачебной экспертизы (далее – ВВЭ) с грубыми нарушениями предписанной законодательством процедуры и крайне низкое качество самой экспертизы, а именно: отсутствие надлежащего обследования; проведение экспертизы неполным составом комиссии; обследование в организации, у которой отсутствует лицензия на осуществлении медицинской деятельности; недостаточная квалификация врачей-специалистов (Общественная палата Российской Федерации, 2013; Трушин А.П., Лунин А.П., Арсентьев А.Г., 2013).

Статьей 58 закона № 323-ФЗ определено понятие *«медицинская экспертиза»*. Ею является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

В соответствии со статьей 2 (пункт 10) этого документа *медицинская деятельность* определяется как профессиональная

деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и пр. независимо от его организационно-правовой формы.

Статья 88 закона гласит, что государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем её лицензирования и проведения проверок соблюдения медицинскими организациями порядков проведения медицинских экспертиз и медицинских освидетельствований.

В соответствии с Федеральным законом от 4 мая 2011 года № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности» (ст. 12, п. 46) определено, что медицинская деятельность подлежит обязательному лицензированию.

Согласно Положению о *лицензировании медицинской деятельности* (Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291), под ней подразумеваются работы (услуги) по перечню, согласно приложению, которые выполняются при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований в рамках оказания медицинской помощи и др.

Приложением к указанному документу в Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность (в ред. Постановления Правительства РФ от 17.01.2013 г. № 9), включены и *работы (услуги) по военно-врачебной экспертизе*, также подлежащие обязательному лицензированию.

Военно-врачебная экспертиза включена статьей 58 закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в число видов медицинских экспертиз. В соответствии с Положением о военно-врачебной экспертизе, утвержденным Постановлением

Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 (в ред. от 19.07.2016 г.) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе» для её проведения создаются **призывные комиссии**.

Упомянутым Положением о лицензировании медицинской деятельности (Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291) определены исчерпывающие и обязательные требования для проведения ВВЭ, как вида медицинской услуги.

А именно:

- наличие зданий, строений, сооружений и (или) помещений, принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения ВВЭ;

- наличие принадлежащих соискателю лицензии на праве собственности или на ином законном основании медицинских изделий (оборудования, аппаратов, приборов, инструментов), необходимых для выполнения ВВЭ и зарегистрированных в установленном порядке;

- наличие у руководителя медицинской организации (заместителей руководителя медицинской организации, руководителя структурного подразделения) высшего медицинского образования, а также дополнительного профессионального образования и сертификата специалиста по специальности "Организация здравоохранения и общественное здоровье" и стажа работы по специальности не менее 5 лет;

- наличие заключивших трудовые договоры работников, имеющих необходимое для выполнения ВВЭ профессиональное образование и сертификат специалиста;

- наличие заключивших трудовые договоры работников, осуществляющих техническое обслуживание медицинского оборудования (аппаратов, приборов, инструментов) и имеющих необходимое профессиональное образование и (или) квалификацию, либо наличие договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление

соответствующей деятельности;

- соответствие структуры и штатного расписания соискателя лицензии - юридического лица, входящего в государственную или муниципальную систему здравоохранения, общим требованиям, установленным для соответствующих медицинских организаций;

- наличие внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Помимо вышеперечисленных требований, при проведении ВВЭ необходимо соблюдать установленные Минздравом России порядки (стандарты) оказания медицинской помощи. Однако, при наличии стандартов оказания медицинской помощи по отдельным элементам ВВЭ: офтальмологии, оториноларингологии, неврологии, терапии, хирургии и т.д., единого и всеобъемлющего стандарта (порядка) по проведению ВВЭ Минздравом РФ до сих пор не разработано.

В соответствии с правовыми нормами, регулирующими порядок лицензирования медицинской деятельности в рамках ВВЭ, лицо, получившее лицензию на проведение ВВЭ, вправе оказывать лишь тот перечень медицинских услуг, который отражен в приложении к выданной лицензии (п. 2 ст. 7 и п. 1 ст. 10 128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности», а также п. 8 Положения о лицензировании медицинской деятельности, утвержденного постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291). При этом лицензируемый вид деятельности, в частности медицинская деятельность, подлежит осуществлению только по тем адресам, которые указаны в полученной лицензии.

Поскольку основу ВВЭ составляет комплекс осмотров врачами специалистами и некоторых исследований, проводимых в соответствии с совместным приказом Минобороны РФ и Минздрава РФ от 23 мая 2001 года №240/168, необходимо иметь лицензию на проведение данных услуг

(работ) (письмо Минздрава России от 23 июля 2013 г. №12-3/10/2-5338) или заключить договор на проведение данных услуг с организацией, которая имеет такую лицензию.

Однако, как свидетельствуют размещённые на официальном сайте Росздравнадзора (<http://www.roszdravnadzor.ru/services/licenses>) сведения о наличии лицензий на осуществление медицинской деятельности, например, военный комиссариат Московской области (ОГРН 1047710000326) имеет лицензию ФС-99-01-008942 от 6 ноября 2014 года по оказанию первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по сестринскому делу и при проведении медицинских экспертиз по военно-врачебной и врачебно-лётной экспертизе. Особое внимание обращает на себя тот факт, что из 33 обособленных структурных подразделений (отделов военных комиссариатов в муниципальных образованиях Московской области) лицензия имеется только на один адрес фактического проведения ВВЭ – Московская область, город Железнодорожный, ул. Пионерская, д. 26.

В то же время военный комиссариат города Москвы (ОГРН 1037739388807) имеет лицензию № ФС 77-01-007148 от 12.03.2015 г. не только по ВВЭ, но и на осуществление доврачебной медицинской помощи по сестринскому делу, оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по неврологии, оториноларингологии, офтальмологии, стоматологии, терапии, хирургии, а также при осуществлении специализированной медицинской помощи по данным направлениям и дерматовенерологии. Но и в этом военном комиссариате существует серьёзный недостаток: из 30 территориально обособленных отделов лицензия оформлена только по одному адресу: город Москва, ул. Угрешская, д.3, стр. 1, а территориально обособленные отделы военного комиссариата лицензий не имеют вовсе.

В целом, согласно нашему анализу, ситуация с лицензированием

медицинской деятельности ряда военных комиссариатов в последние годы практически не меняется, несмотря на неоднократные обращения к руководителям данных организаций. При осуществлении ими ВВЭ в повседневной практике допускается оказание медицинской помощи без соответствующей лицензии, что не позволяет гарантировать высокое качество медицинской помощи и является административным правонарушением, которое влечёт за собой административное наказание.

5.3 Оценка финансовых затрат при снижении качества лечебно-профилактических мероприятий и военно-врачебной экспертизы

В период с 2011 по 2017 года расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на здравоохранение выросли на 31% и составили 2532, 7 млрд. руб. Медицинские платные услуги выросли за этот период на 65,8% и составляют в настоящее время 474, 3 млрд. руб.

На примере оценки экономической эффективности мероприятий по подготовке граждан к военной службе, представляется возможным оценить эффективность данных мероприятий и рассчитать величину экономических потерь при снижении качества этих мероприятий.

Основной целью при проведении профилактической работы является снижение заболеваемости и именно этот аспект является определяющим качеством данных мероприятий. Медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату при прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров (в соответствии с Приказом МЗ РФ от 21.12.2012 №1346н) в 2017 году представлены в Таб. 5.1.

**Таблица 5.1 - Тарифы на оплату при прохождении
несовершеннолетними медицинских осмотров**

Наименование услуги	Единица измерения услуги	Мужчины	
		Код услуги	Тариф, руб.
Профилактический медицинский осмотр (новорожденный) Д	законченный случай	1.09.614.0000	540
Профилактический медицинский осмотр (1 месяц) Д	законченный случай	1.09.614.0001	1 528
Профилактический медицинский осмотр (2 месяца) Д	законченный случай	1.09.614.0002	289
Профилактический медицинский осмотр (3 месяца) Д	законченный случай	1.09.614.0003	821
Профилактический медицинский осмотр (4 месяца) Д	законченный случай	1.09.614.0004	289
Профилактический медицинский осмотр (5 месяцев) Д	законченный случай	1.09.614.0005	289
Профилактический медицинский осмотр (6 месяцев) Д	законченный случай	1.09.614.0006	826
Профилактический медицинский осмотр (7 месяцев) Д	законченный случай	1.09.614.0007	289
Профилактический медицинский осмотр (8 месяцев) Д	законченный случай	1.09.614.0008	289
Профилактический медицинский осмотр (9 месяцев) Д	законченный случай	1.09.614.0009	485
Профилактический медицинский осмотр (10 месяцев) Д	законченный случай	1.09.614.0010	289
Профилактический медицинский осмотр (11 месяцев) Д	законченный случай	1.09.614.0011	289
Профилактический медицинский осмотр (12 месяцев) Д	законченный случай	1.09.614.0012	1 712
Профилактический медицинский осмотр (1 год 3 месяца) Д	законченный случай	1.09.614.0103	289
Профилактический медицинский осмотр (1 год 6 месяцев) Д	законченный случай	1.09.614.0106	485
Профилактический медицинский осмотр (1 год 9 месяцев) Д	законченный случай	1.09.614.0109	289
Профилактический медицинский осмотр (2 года) Д	законченный случай	1.09.614.0200	729
Профилактический медицинский осмотр (2 года 6 месяцев) Д	законченный случай	1.09.614.0206	289
Профилактический медицинский осмотр (3 года) Д	законченный случай	1.09.614.0300	1 616
Профилактический медицинский осмотр (4 года) Д	законченный случай	1.09.614.0400	643
Профилактический медицинский осмотр (5 лет) Д	законченный случай	1.09.614.0500	643
Профилактический медицинский осмотр (6 лет) Д	законченный случай	1.09.614.0600	1 127
Профилактический медицинский осмотр (7 лет) Д	законченный случай	1.09.614.0700	2 299

Продолжение Таблицы 5.1

Профилактический медицинский осмотр (8 лет) Д	законченный случай	1.09.614.0800	540
Профилактический медицинский осмотр (9 лет) Д	законченный случай	1.09.614.0900	540
Профилактический медицинский осмотр (10 лет) Д	законченный случай	1.09.614.1000	2 111
Профилактический медицинский осмотр (11 лет) Д	законченный случай	1.09.614.1100	859
Профилактический медицинский осмотр (12 лет) Д	законченный случай	1.09.614.1200	638
Профилактический медицинский осмотр (13 лет) Д	законченный случай	1.09.614.1300	540
Профилактический медицинский осмотр (14 лет) Д	законченный случай	1.09.614.1400	2 037
Профилактический медицинский осмотр (15 лет) Д	законченный случай	1.09.614.1500	2 255
Профилактический медицинский осмотр (16 лет) Д	законченный случай	1.09.614.1600	2 255
Профилактический медицинский осмотр (17 лет) Д	законченный случай	1.09.614.1700	2 255
Предварительный медицинский осмотр (1) Д *	законченный случай	1.09.616.01	1 674
Предварительный медицинский осмотр (2) Д **	законченный случай	1.09.616.02	2 357
Периодический медицинский осмотр (1) Д *	законченный случай	1.09.618.01	485
Периодический медицинский осмотр (2) Д **	законченный случай	1.09.618.02	552

* Дошкольные образовательные учреждения.

** Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) образовательные учреждения.

Ежегодно в России освидетельствуется более 1,3 млн. юношей призывного возраста. Как показывают исследования многих авторов и подтверждаются контрольными обследованиями, проведёнными в рамках настоящей работы 30-70% хронической патологии выявляется впервые при первоначальной постановке на воинский учёт. 16,5% юношей направляются на дополнительное обследование отделами военных комиссариатов, более 2,0% военнослужащих по призыву увольняются с военной службы по состоянию здоровья.

Следовательно, в 2017 году у 390 тыс. юношей выявили хронические заболевания впервые, соответственно вся проводимая до этого момента профилактическая работа среди этого контингента проводилась формально

без должного качества. Средняя стоимость профилактических осмотров на 1 юношу призывного возраста (0-17 лет, законченный случай) составляет 38.588 руб. Таким образом, ежегодно затраты на профилактические осмотры, проведённые с ненадлежащим качеством составляют: 15,1 млрд. руб. (390.000чел.*38.588 руб.).

В соответствии с разделом 7 постановления Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2016 года № 1403 «О программе государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» стоимость 1 случая госпитализации составляет 93.505,5 руб. При направлении на повторное стационарное обследование 214.500 чел. (16,5% от числа освидетельствованных) дополнительные затраты составят 20,1 млрд. руб. (214.500 чел.*93.505,5 руб.).

Помимо этих расходов, бюджет Министерства обороны понесёт дополнительные расходы при увольнении 6.000 граждан (2% от 300 тыс. военнослужащих по призыву) не годных к военной службе по состоянию здоровья.

Ориентировочные затраты на одного необоснованно призванного на военную службу были рассчитаны по формуле:

$$СР = \text{сумма прямых затрат} = С_0 + Т_р + С_п + Об + ДД,$$

где СР – сумма расходов, С₀ - стоимость обследования (1 случай стационарного лечения); Т_р – транспортные расходы; С_п – стоимость питания (дни службы*стоимость сутодачи); Об – стоимость обмундирования; ДД – денежное довольствие (месяцы службы*2000 руб.);

$$СР = 93.505,5 + 6000 + 435,2 * 180 + 10631,4 + 24000 = 212472,9 \text{ руб.}$$

Учитывая, что ежегодно необоснованно призываются около 6.000 человек, экономические потери составят 1,3 млрд. руб. в эту сумму не включены экономические потери от потери рабочих рук для экономики на этот период, личностные потери, необоснованно призванного на военную

службу.

Следовательно, общая сумма экономических потерь бюджета РФ от снижения качества мероприятий по подготовке граждан к военной службе и проведения военно-врачебной экспертизы составляет 36,5 млрд. руб. или 1,4% от всех расходов на здравоохранение в Российской Федерации.

5.4 Правовые риски медицинского обеспечения граждан призывного возраста

В соответствии со ст. 46 Конституции... *«каждому гарантируется судебная защита его прав и свобод. Решения и действия (или бездействие) органов государственной власти, органов местного самоуправления, общественных объединений и должностных лиц могут быть обжалованы в суд»*. Это относится и к решениям, принимаемым военно-врачебными и призывными комиссиями. Порядок обжалования определен Законом РФ от 27 апреля 1993 года № 4866-1 "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан". Решение призывной комиссии может быть обжаловано гражданином либо его законным представителем в призывную комиссию соответствующего субъекта Российской Федерации или же в суд.

Жалоба гражданина должна быть рассмотрена в пятидневный срок со дня ее поступления в призывную комиссию соответствующего субъекта Российской Федерации. В этом случае выполнение решения призывной комиссии приостанавливается до вынесения решения призывной комиссией соответствующего субъекта Российской Федерации или вступления в законную силу решения суда.

В случае несогласия с заключением военно-врачебной комиссии военнослужащие, граждане, подлежащие призыву на военную службу и поступающие на военную службу по контракту, также имеют право на производство независимой медицинской экспертизы соответствующего

вида.

Положение о независимой медицинской экспертизе утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 июля 2008 года № 574. Экспертиза признается независимой, если производящие ее эксперт либо члены комиссии не находятся в служебной или иной зависимости от учреждения или комиссии, производивших медицинскую экспертизу, а также от органов, учреждений, должностных лиц и граждан, заинтересованных в результатах независимой экспертизы.

Признать решение (действие) призывной комиссии военного комиссариата о призыве гражданина на военную службу незаконным можно только в порядке главы 25 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации (производство по делам об оспаривании решений, действий (бездействия) органов государственной власти, органов местного самоуправления, должностных лиц, государственных и муниципальных служащих).

В соответствии со ст. 256 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации решение призывной комиссии военного комиссариата можно обжаловать в течение трёх месяцев. При этом первым днем указанного срока будет являться день получения копии указанного решения (п. 7 ст. 28 Федерального закона «О воинской обязанности и военной службе»).

Однако суды исходят из того, что претензии по наличию или отсутствию документального подтверждения квалификации врачей, лицензированию медицинской деятельности, правового значения не имеет, и при вынесении решений принимают во внимание только нарушения непосредственно самой процедуры проведения военно-врачебной экспертизы (Решение Верховного Суда РФ от 10 июня 2009 г. № ГКПИ09-515).

Как показывает анализ судебной практики, основными категориями

дел в отношении медицинских организаций в настоящее время являются:

- административное производство;
- дела по искам о возмещении вреда здоровью вследствие оказания медицинских услуг ненадлежащего качества и причинения вреда здоровью.

В Законе РФ от 7 февраля 1992 года № 2300-1 "О защите прав потребителей" регулируются отношения, которые возникают между потребителями (пациентами) с одной стороны и исполнителями при оказании медицинских услуг. Устанавливаются права потребителей на приобретение медицинских услуг, которые безопасны для жизни, здоровья, имущества потребителей и окружающей среды, имеющих надлежащее качество, а так же право пациента на получение полной информации о данных услугах и их исполнителях. Законом гарантируется государственная защита интересов получателей медицинской услуги и определяется механизм реализации этих прав.

Статья 4 настоящего Закона гласит, что исполнитель обязан оказать услугу, качество которой соответствует договору. При оказании медицинских услуг необходимо соблюдать требования, которые предъявляются действующим законодательством (в рамках Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения от 15 июля 2016 года №520н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» и многих других). Более подробно вопросы качества медицинской помощи мы рассматривали ранее. Помимо административного наказания, за снижение качества медицинской помощи в медицинских организациях, фонд обязательного медицинского страхования Московской области по итогам проведения медико-

экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи, может применять финансовые санкции при условии оказания медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год (утв. постановлением Правительства РФ от 19 декабря 2015 года №1382) по системе ОМС. В статье 7 Закона РФ от 7 февраля 1992 года № 2300-1 "О защите прав потребителей" закрепляется право потребителя на безопасность медицинской услуги: данная услуга должна быть безопасна для жизни (здоровья) потребителя и окружающей среды. Требования, которые должны обеспечивать безопасность медицинской услуги, являются обязательными и устанавливаются законом или в установленном им порядке. Например: постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 мая 2010 года № 58 "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность", постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 9 декабря 2010 года № 163 "Об утверждении СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами", постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11 января 2011 года № 1 "Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции" и многих других. Соответствие медицинских услуг указанным требованиям подлежит обязательному подтверждению в порядке, предусмотренном законом и иными правовыми актами. Не допускается оказание услуги, без информации об обязательном подтверждении его соответствия требованиям, которые определяет законодатель (лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности, получение сертификатов на медицинские препараты и изделия медицинского назначения).

Как показывает анализ судебной практики, наиболее часто ЛПУ привлекаются к административной ответственности по статьям 8.2, 14.1,

14.8, 19.20 КоАП РФ, что является результатом либо полного незнания или игнорирования руководителями данных учреждений требований нормативных документов.

В соответствии со ст. 19.20 КоАП РФ осуществление деятельности без специального разрешения (лицензии), если такое разрешение (лицензия) обязательна (если оно не связано с извлечением прибыли) влечет за собой предупреждение или наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 30 тыс. до 50 тыс. руб. или дисквалификацию на срок от одного года до трех лет; на юридических лиц - от 170 тыс. до 250 тыс. рублей или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток. Если медицинская деятельность осуществляется с нарушением лицензионных требований, то это влечёт за собой предупреждение или наложение административного штрафа на должностных лиц - от 15 тыс. до 25 тыс. руб.; на юридических лиц - от 70 тыс. до 100 тыс. рублей. Осуществление медицинской деятельности с грубым нарушением лицензионных требований влечет наложение административного штрафа на должностных лиц в размере от 20 тыс. руб. до 30 тыс. руб.; на юридических лиц - от 100 тыс. руб. до 150 тыс. руб. или административное приостановление деятельности на срок до 90 суток.

Условия и порядок возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью, определяются положениями пунктов 1 и 2 гл. 59 ГК РФ. Возмещение вреда производится и в тех случаях, когда вред жизни (здоровью) гражданина был причинен при оказании платных медицинских услуг по договору (при исполнении договорных обязательств), если только договором не предусмотрен более высокий размер ответственности (ст.1084). Но при этом стоит учитывать, что в Постановлении Пленума Верховного Суда РФ №17 от 28 августа 2012 года закреплено: права и законные интересы граждан, имеющих право на государственную социальную помощь и использующих в ходе ее реализации услуги,

подлежат защите в порядке, предусмотренном законодательством о защите прав потребителей.

Отдельно стоит отметить, что проверки медицинских организаций проводятся уполномоченными органами: федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в плановом порядке в рамках установленных полномочий (по планам, которые согласованы с органами Прокуратуры). Анализ судебной практики привлечения медицинских организаций к административному наказанию показывает, что больше всего нарушений контролирующими органами выявляется во время внезапных проверок, проводимых при рассмотрении жалоб пациентов. Как показывает наша практика – правильно организованная работа по обращениям граждан, эффективное урегулирование жалоб в досудебном порядке позволяет свести к минимуму число судебных исков.

Как показывают результаты контрольных обследований, проведённых в рамках настоящей работы, 30-70% хронической патологии выявляется впервые при проведении военно-врачебных экспертиз.

Таким образом, нарушения при проведении комплекса профилактических мероприятий среди детей и подростков в сочетании с массовым нарушением лицензионных требований отделами военных комиссариатов при проведении военно-врачебных экспертиз резко снижают эффективность проводимой в отношении призывного контингента работы. Общая сумма экономических потерь бюджета РФ от снижения качества мероприятий по подготовке граждан к военной службе и проведения военно-врачебной экспертизы составляет 36,5 млрд. руб. или 1,4% консолидированного бюджета здравоохранения в Российской Федерации.

Глава 6. Результаты социально-гигиенического исследования граждан призывного возраста и врачей специалистов призывных комиссий. Результаты экспертной оценки состояния проблемы

В данной главе представлены результаты изучения социального портрета и профессиональных характеристик врачей специалистов в Российской Федерации, экспертная оценка проблем организации медицинского обеспечения граждан призывного возраста, а так же медико-социальный портрет и оценку качества жизни молодёжи 17-26 лет по результатам социологического исследования контингента на территории Московской области и Приморского края.

6.1 Результаты изучения социального портрета и профессиональных характеристик врачей специалистов военно-врачебных комиссий

Для выяснения причин, происходящих процессов, и социального портрета врачей, принимающих участие в проведении военно-врачебной экспертизы, а также систематизации мнений данных специалистов по вопросам совершенствования лечебно-диагностической помощи, улучшения системы медицинских мероприятий, была составлена анкета для проведения выборочного анонимного опроса в военных комиссариатах субъектов Российской Федерации.

Анкетирование проводилось в период с ноября 2016 года по июль 2017 года. Обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 10.

В исследование вошёл врачебный персонал военных комиссариатов 79 субъектов Российской Федерации (n=646), которым было предложено заполнить специально разработанную анонимную анкету, состоящую из 22 вопросов. Для проведения сравнительного анализа все анкеты были

разделены на 4 основных группы: филиал №1 (ЗВО, n=188), филиал №2 (ЮВО, n=125), филиал №3 (ЦВО, n=263), филиал №4 (ВВО, n=70). Доля опрошенных от числа действующих сотрудников данной категории составила 50,5% (в ЗВО – 47,6%, в ЦВО – 71,7%, ЮВО – 55,3%, ВВО – 54,3%), что позволяет считать объём выборки достаточным, а опрос репрезентативным.

Данная анкета позволяет составить представление о социальном портрете и профессиональных характеристиках специалистов, а также выяснить отдельные аспекты их профессиональной деятельности.

Структура распределения по возрасту врачей по результатам проведённого исследования выглядит следующим образом: $1,4 \pm 1,0$ % составили врачи до 30 лет, $9,0 \pm 4,9$ % составили врачи 30-39 лет, $16,5 \pm 3,7$ % - 40-49 лет, $38,3 \pm 6,2$ % - 50-59 лет, врачи в возрасте более 60 лет составили $34,8 \pm 9,6$ %. Большую часть врачей составили граждане старше 50 лет – 73,1%. При этом в ВВО доля специалистов старше 50 лет составила 81,4%, а в ЗВО врачей старше 60 лет 44,7%.

По занимаемой должности врачи распределились следующим образом: 89,0% составили врачи-специалисты, 11,0% - руководители военно-врачебных комиссий, врачей-педиатров в числе опрошенных не оказалось. Стаж работы в военно-врачебных комиссиях менее 3 лет составляет у $0,3 \pm 0,38$ % от всех опрошенных, от 3 до 5 лет у $1,5 \pm 1,4$ %, от 6 до 9 лет у $2,8 \pm 2,4$ %, от 10 до 14 лет у $7,2 \pm 2,3$ % и, наконец, 15 лет и более стаж у $88,2 \pm 5,0$ % специалистов, участвовавших в опросе (Рис. 5.5). В ЦВО и ВВО стаж работы более 15 лет составляет более чем в 91% случаев.

Возрастная структура специалистов по военно-врачебной экспертизе представлена на рис. 6.1.

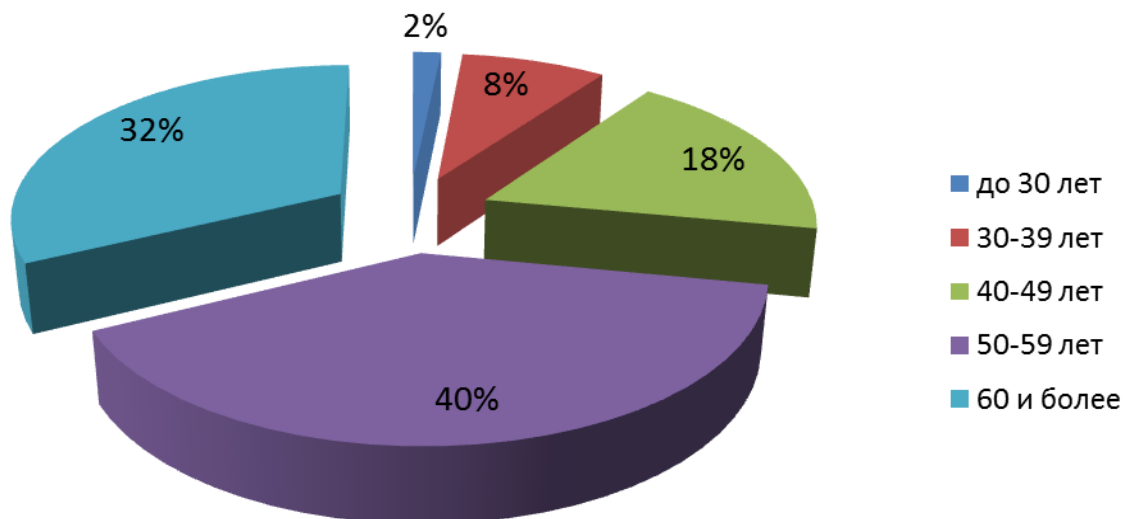


Рисунок 6.1 - Возрастная структура специалистов по военно-врачебной экспертизе (n=646)

Высшую медицинскую категорию имеют $49,0 \pm 4,0\%$ врачей, $15,8 \pm 0,7\%$ имеют первую квалификационную категорию, $3,6 \pm 3,3\%$ - вторую, а $31,5 \pm 3,6\%$ вообще не имеют никакой категории. Особое внимание на себя обращает тот факт, что в ЗВО врачей без категории ($35,6\%$) в 2,5 раза больше, чем в ВВО ($14,3\%$).

Вышеуказанное позволило учесть их профессиональное мнение при формировании предложений по совершенствованию организации медицинского обеспечения призывного контингента.

В тоже время обращает на себя внимание тот факт, что $47,8 \pm 11,5\%$ из числа этих специалистов ни разу не проходили тематическое усовершенствование по военно-врачебной экспертизе, а $23,4 \pm 8,9\%$ проходили данное усовершенствование более 5 лет назад, $28,4 \pm 6,3\%$ респондентов прослушали информацию по данному циклу до 5 лет назад. Соответственно в тематическом усовершенствовании по военно-врачебной экспертизе нуждаются $71,2\%$ медицинских сотрудников военно-врачебных комиссий.

В тоже время по своей «базовой» специальности не проходили подготовку только $1,5 \pm 0,6\%$ опрошенных врачей, $2,0 \pm 0,6\%$ прошли усовершенствование более 5 лет назад, а $96,5 \pm 5,6\%$ респондентов прошли тематическое усовершенствование менее 5 лет назад. Следовательно, около $3,5\%$ медицинского персонала военно-врачебных комиссий не имеют сертификата специалиста. В ВВО число этих специалистов достигает $4,3\%$, а в ЮВО 4% . Однако многолетний опыт работы с контингентом обеспечивает получение экспертной оценки по изучаемым аспектам.

Исследование степени удовлетворённости различными аспектами своей работы позволило получить нижеперечисленные результаты.

Размером своей заработной платы не удовлетворены $75,3 \pm 9,1\%$ респондентов, только $16,4 \pm 5,2\%$ отметили, что заработная плата их полностью устраивает, $8,4 \pm 4,7\%$ затруднились ответить на данный вопрос. В ЦВО доля медицинского персонала врачебных комиссий, не удовлетворённого размерами заработной платы, достигает $88,2\%$.

В то же время $96,5 \pm 3,6\%$ врачей удовлетворены отношениями с коллегами, $1,3 \pm 2,1\%$ - не удовлетворены отношениями, $2,2 \pm 1,8\%$ затруднились ответить на данный вопрос. $93,8 \pm 3,7\%$ специалистов удовлетворены отношениями с непосредственным руководителем на данный момент времени, $3,2 \pm 2,7\%$ - не удовлетворены отношением руководства, $3,0 \pm 1,1\%$ затруднились ответить.

$71,7 \pm 10,0\%$ врачей, участвующих в медицинском обеспечении призывников, удовлетворены санитарно-гигиеническими условиями своего места работы, $21,5 \pm 14,6\%$ не удовлетворены условиями работы, $6,8 \pm 5,3\%$ - затруднились ответить на данный вопрос. Санитарно-гигиенические условия своей работы не устраивают $37,1\%$ сотрудников в ВВО и $29,6\%$ в ЦВО, а в ЮВО всего $4,8\%$. Степень удовлетворённости своей работой (Рис. 6.2) составила по линейной шкале от 0 до 100% в

среднем $68,0 \pm 15,1$ балла, стандартная ошибка равна 3,4, минимальное значение составило 0 баллов, максимальное – 100,0 баллов.

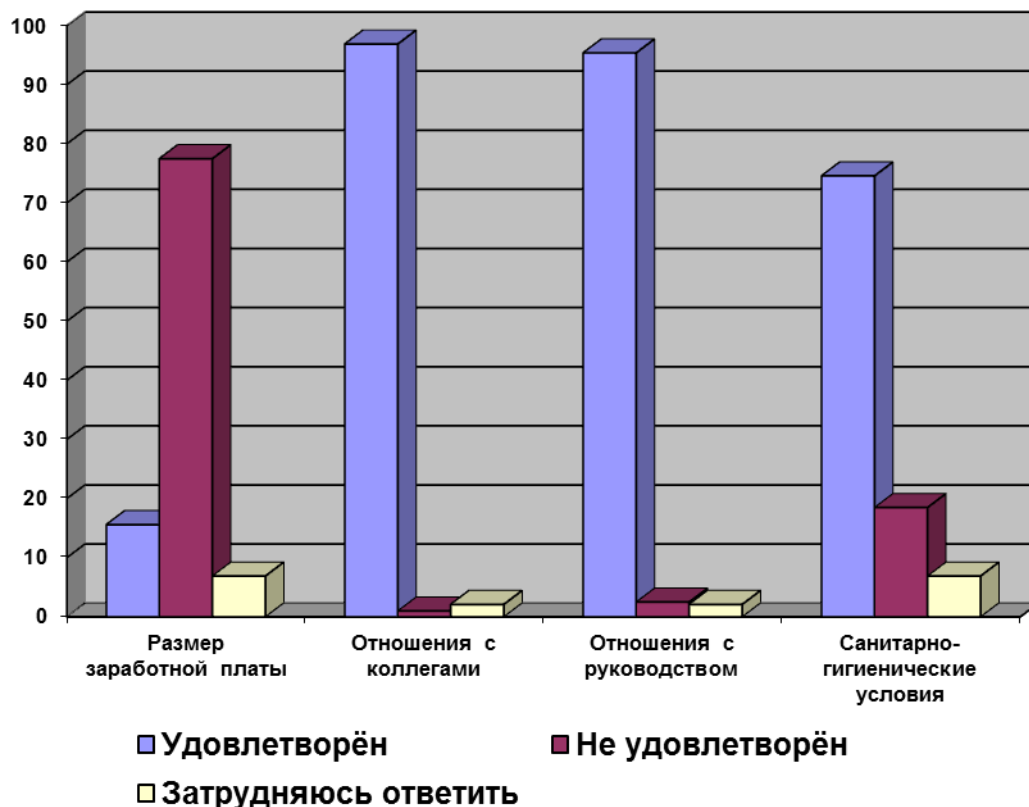


Рисунок 6.2 - Степень удовлетворённости врачей различными аспектами своей профессиональной деятельности (по данным анонимного анкетирования)

Основными причинами, которые вызывают неудовольствие, специалисты называют: низкий уровень заработной платы, увеличение продолжительности рабочего времени с 2015 года, сокращение отпуска на 12 дней с 2014 года, отсутствием медицинского стажа, отсутствием возможности усовершенствования по месту жительства, юридической незащищённостью, низким качеством обследования призывного контингента, несовершенством законодательства по ВВЭ и плохими материально-бытовыми условиями на рабочем месте.

6.2 Результаты изучения экспертного мнения по вопросам организации медицинского обеспечения юношей призывного возраста

Вторая часть анкеты для врачей призывных комиссий была посвящена изучению вопросов организации медицинского обеспечения лиц призывного возраста, лечебно-профилактических и диагностических мероприятий педиатрической службы, состоянию здоровья лиц до и призывного возраста в настоящее время с точки зрения врачей-специалистов, непосредственно участвующих в данных процессах.

Состояние здоровья современных молодых людей врачи оценили, как удовлетворительное в $84,3 \pm 3,2\%$ ответов, а в $4,1 \pm 3,3\%$ - как неудовлетворительное, в $2,0 \pm 1,5\%$ случаев – затруднились ответить. Интересно, что оценку «хорошее» в отношении состояния здоровья молодёжи поставили только $9,6 \pm 1,8\%$ от числа опрошенных. Интересно, что в ВВО неудовлетворительную оценку состояния здоровья призывников давали в 11 раз чаще ($8,6\%$ от опрошенных), чем в ЮВО ($0,8\%$ от числа опрошенных).

$14,8 \pm 3,4\%$ респондентов отметили отрицательную динамику в состоянии здоровья юношей призывного возраста за последние пять лет, $44,9 \pm 4,0\%$ считают, что не изменилось, $10,4 \pm 0,9\%$ затруднились ответить, позитивную динамику в состоянии здоровья данного контингента отметили $29,9 \pm 6,5\%$ врачей. Отмечают явное ухудшение здоровья в ЦВО до $19,4\%$ от опрошенных, в то же время в ЮВО негативную динамику отметили только $11,2\%$ специалистов. Максимальные позитивные сдвиги в состоянии здоровья граждан призывного возраста отмечены в ЗВО ($37,2\%$), а минимальные в ЦВО – только $22,4\%$ опрошенных медицинских работников. Основной причиной ухудшения здоровья у граждан призывного возраста основная масса отметила - недостаточный уровень физической подготовки в школе. Так же указывались следующие факторы:

отсутствие внятной государственной программы по улучшению здоровья населения, малоподвижный образ жизни из-за чрезмерной загруженности школьными предметами, плохую экологическую обстановку, нездоровый образ жизни, вредные привычки.

Уровень морально-психологической подготовки граждан призывного возраста к службе в ВС РФ за последние пять лет, по мнению $6,3 \pm 4,7\%$ специалистов снизился, $20,2 \pm 9,0\%$ затруднились дать ответ на данный вопрос, $26,8 \pm 5,7\%$ уверены, что не изменился. $46,8 \pm 10,3\%$ специалистов отметили положительную динамику уровня морально-психологической подготовки. Значительное улучшение морально-психологической подготовки граждан к военной службе отмечают в ЗВО ($55,8\%$ от опрошенных) и ВВО ($55,7\%$). В ЦВО и ЮВО количество врачей отметивших положительную динамику по этому показателю значительно меньше – $38,4\%$ и $37,3\%$ соответственно. Врачи специалисты ЦВО в $12,2\%$ случаев отмечают снижение морально-психологической подготовки призывников, в то же время в ЮВО только $0,8\%$ респондентов отметили это. Основными причинами этого послужили: недостаточный уровень военно-патриотического воспитания среди молодежи, негативная информация о вооружённых силах, инфантильность и безграмотность, отсутствия патриотизма, веры в своё будущее.

$76,0 \pm 5,6\%$ респондентов оценили уровень диагностических мероприятий среди юношей призывного возраста как «удовлетворительный», $9,0 \pm 5,6\%$ считают, что объём исследований недостаточен, $12,3 \pm 5,2\%$ считают его «хорошим», $2,7 \pm 2,1\%$ - затруднились ответить. Максимальная доля врачей, которые считают уровень диагностических мероприятий среди граждан призывного возраста неудовлетворительным, приходится на ВВО – $17,1\%$ от общего числа опрошенных. Хорошим его считают только 17% врачей в ЗВО, $5,6\%$ в ЮВО, 11% в ЦВО и $15,7\%$ в ВВО.

73,8±4,0% специалистов считают, что обязательный объём обследования призывников достаточен, 2,0±1,5% не знают, какой перечень исследований обязателен, а 19,1±4,9% от опрошенных считают необходимым расширить перечень обязательных методик. Максимальная доля врачей, которые не удовлетворены объёмом доступных диагностических методик, отмечается в ЗВО (23,4%) и в ВВО (22,9%), минимальный – в ЮОВО (13,6%). Врачи считают, что в обязательный объём обследования призывников необходимо добавить новые методы обследования, такие как эхокардиография, УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы, ЭЭГ, авторефрактометрии, КТ и МРТ, ортопантомография, более полно обследовать выявленные заболевания.

16,9±7,2% специалистов оценивают уровень лечебно-профилактических мероприятий среди лиц призывного возраста как «неудовлетворительный», 75,5±7,9% считают его «удовлетворительным», «хорошим» уровень профилактики посчитали всего 3,3±2,2%, а 4,3±2,0% - затруднились ответить.

Более четверти всех опрошенных (25,8%) в ВВО считает уровень лечебно-профилактических мероприятий во время подготовки к военной службе неудовлетворительным, в ЦВО так считают 19,4%, в ЗВО – 12,8%, в ЮОВО – 9,6%. Причинами неудовлетворительной организации профилактики специалисты считают: формализм при проведении мероприятий по профилактике заболеваний, недостаток специалистов в поликлиниках, особенно в сельской местности, ликвидацию подростковой службы.

Обобщённая оценка уровня диагностических и лечебно-профилактических мероприятий среди граждан призывного возраста приведена на Рис. 6.3.

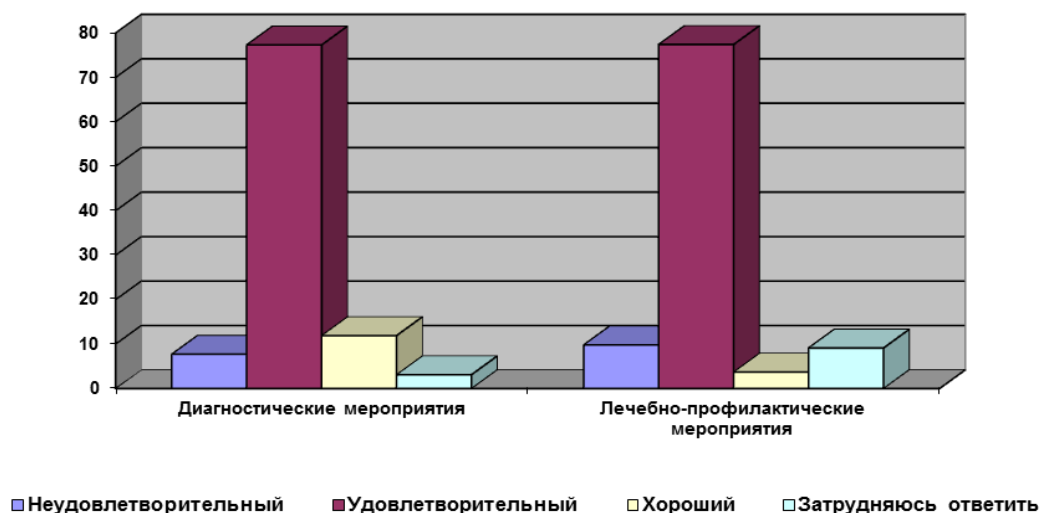


Рисунок 6.3 - Оценка специалистами уровня диагностических, профилактических, лечебных мероприятий в отношении граждан призывного возраста, (%)

В результате проведённого исследования выяснено, что указания руководства, официальные руководства, отсутствие необходимых методик или иные внешние причины ограничивают врачей в диагностическом поиске в $43,6 \pm 5,0\%$ случаев более чем наполовину (максимальное значение 100%, минимальное – 0%). В ЗВО этот показатель составляет 39,3%, в ЮВО – 41,6%, в ЦВО – 50,7%, в ВВО – 42,7%. Основными причинами ограничения в вынесении заключения о категории годности к военной службе явились: «размытые» формулировки в постановлении Правительства №565, слабая материальная база, отсутствие стандартов по военно-врачебной экспертизе.

Исследование конфликтных ситуаций возникающих по вопросам медицинского обеспечения призывников выяснено, что у $53,4 \pm 7,0\%$ опрошенных конфликтные ситуации не возникали совсем, в $18,7 \pm 5,5\%$ случаев – возникают с родителями призывников и с призывниками, $2,9 \pm 0,6\%$ - со всеми участниками мероприятий по медицинскому обеспечению подготовки и призыва в ряды ВС РФ, а в $0,4 \pm 0,3\%$ случаев с сотрудниками Минобороны России. Чаще всего конфликтные ситуации

наблюдаются у врачей в ЦВО (53,2%), затем в ЗВО – 49,5%, в ВВО – 47,1%, в ЮВО – 36,8%.

Подводя итог опроса данной категории специалистов, можно сделать вывод, что это врач-специалист (89,0%) старше 50 лет (73,1%), со стажем работы более 15 лет (88,2%). Имеют высшую категорию по специальности 49,0%. Однако тематическое усовершенствование по военно-врачебной экспертизе не проходили совсем 49,1% специалистов. На фоне удовлетворённости отношениями с руководителями и коллегами (95,4% и 96,9% соответственно) 77,5% специалистов не устраивает размер заработной платы и 18,4% не удовлетворены санитарно-гигиеническим состоянием своих рабочих мест.

Исходя из проведённого анализа, 4,1% врачей оценивают состояние здоровья граждан призывного возраста как неудовлетворительное, хорошим его считают 9,6%. 14,8% отметили выраженную отрицательную динамику в состоянии здоровья юношей призывного возраста. Основными причинами негативных тенденций в состоянии здоровья специалисты считают: неудовлетворительное качество профилактических мероприятий среди детей и подростков (16,9%), недостаточный объём диагностических мероприятий (19,1%), низкое качество обследования во время подготовки к военной службе (9,0%).

Состояние нормативно-правовой базы, регулирующей взаимоотношения сторон во время медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу в вооруженные силы РФ негативно влияет на работу 43,6% врачей.

6.3 Медико-социальный портрет граждан призывного возраста (результаты социологического исследования)

В целях составления медико-социального портрета юношей призывного возраста, нами была составлена анкета для проведения анонимного опроса. Данное социологическое исследование уточняло возрастной состав призывников, сведения об их образовании, семейном положении, социальном и материальном положении, жилищно-бытовых условиях, морально-психологическом климате в семье, качестве жизни и степени удовлетворённости медицинским обеспечением во время подготовки и призыва на военную службу в ВС РФ. Исследование проводилось в 2 этапа для Московской области (2012 и 2017 годы) и один этап для Приморского края (2017 год). В исследование включались молодые люди 18 до 27 лет $n=1364$ (Московская область: $n=423$ в 2012 году, $n=568$ в 2017 году; Приморский край: $n=373$ в 2017 году), которым было предложено заполнить специально разработанный анонимный опросник. При составлении и использовании опросника для изучения медико-социального портрета юношей призывного возраста и степени удовлетворённости качеством медицинской помощи во время мероприятий по подготовке и призыву в ВС РФ были учтены рекомендации А.В. Решетникова, С.А. Ефименко (2003, 2007); А.А. Баранова, В.Ю. Альбицкого (2011, 2018).

Показатели качества жизни лиц призывного возраста изучены с применением опросника MOSSF-36 (36-item Medical Outcome Study Short-Form Health Survey), который был адаптирован и апробирован «Институтом клинико-фармакологических исследований» (Санкт-Петербург). Выбор опросника MOSSF-36 обусловлен тем, что данный инструмент прост и удобен для заполнения, статистической обработки и интерпретации результатов.

Возрастная структура граждан призывного возраста, которые участвовали в опросе представлена на Рис. 6.4.

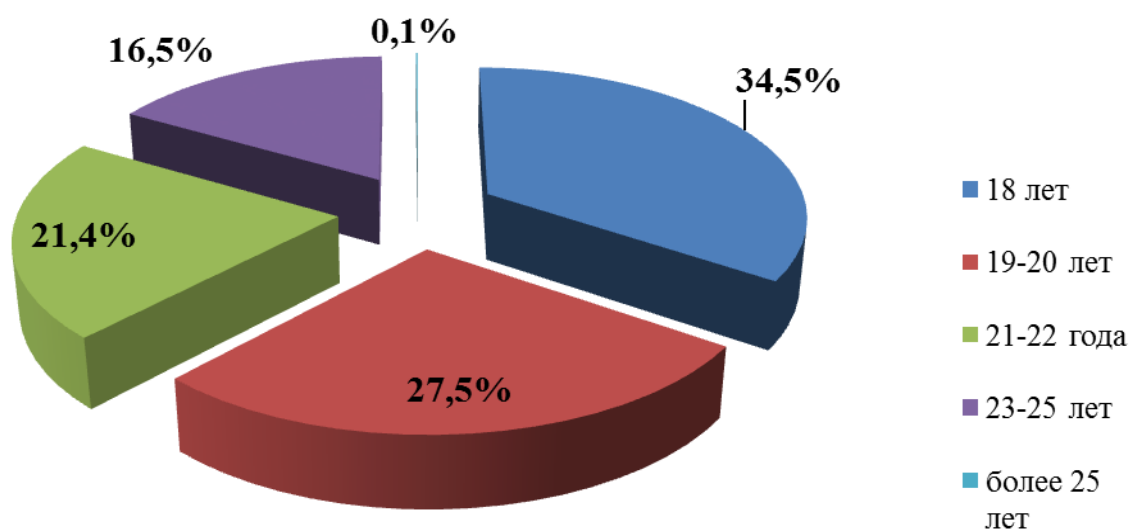


Рисунок 6.4 - Возрастная структура граждан призывного возраста, n=1364

В 2012 году преобладали лица 19-20 лет, доля которых составила 39,8%, лица 18 лет, составившие 30,7%, и лица 21-22 лет – 16,3%. Доля молодёжи 23-25 лет составляла 12,5%, а старше 25 лет - менее 1 %.

Результаты исследования показали изменившуюся возрастную структуру призывников: среди граждан призывного возраста в 2017 году стали преобладать лица 18 лет, которые составили 34,5% от всех опрошенных (рост на 3,8%), граждане 19-20 лет составляли только 27,5% (снижение на 12,3%), 21-22 лет – 21,4% (рост на 5,1%). Доля молодёжи 23-25 лет составляла 16,5% (рост на 4,0%), а старше 25 лет - 0,1 %. Значимых отличий по возрастной структуре между Московской областью и Приморским краем не выявлено.

Образовательный уровень граждан призывного возраста в Московской области и Приморском крае в 2017 году по сравнению с 2012

годом несколько увеличился. Высшее образование имеют 24,0% респондентов Московской области и 14,2% Приморского края (13,5% в 2012 году). По-прежнему основная часть имеет полное среднее 34,7% в МО и 45,4% в ПК (25,5% в 2012 году) и средне-специальное образование 22,5% в МО и 12,9% в ПК (36,4% в 2012 году), в совокупности они составляли 57,2% в МО 58,3% в ПК (61,9% в 2012 году) от числа всех респондентов. Неоконченное высшее у 13,0 в МО и 17,0 в ПК (11,6% в 2012 году). Особо стоит подчеркнуть снижение количества призывников, которые имеют неоконченное среднее образование – 5,8 в МО и 10,5 в ПК (13,0% в 2012 году).

В 2017 году из числа опрошенных юношей только 3,1% состоят в браке, а 96,9% - холостые. 2,5% из опрошенных отметили, что имеют детей, у 97,5% детей нет. В полных семьях воспитывались 59,4% призывников, 40,3% - в неполных, менее 1% являются сиротами. Морально-психологический климат в семье как отличный у 41,9% респондентов, 46,1% - как хороший, и только 2,0% - неудовлетворительный и 10,0% - удовлетворительный. Свое социальное положение в обществе, как «служащие» охарактеризовали 75,4% респондентов, 8,3% - «рабочие», не имеют постоянной работы 1,5% опрошенных, 14,8% - учащиеся. Существенной динамики за период с 2012 года и различий в МО и ПК не отмечается.

Количество граждан призывного возраста, имеющих навыки для службы в армии по специальности, составляет 15,7% (12,1% в 2012 году), остальные призывники подлежат длительной переподготовке.

Распределение призывников по уровню образования представлено на рис. 6.5.

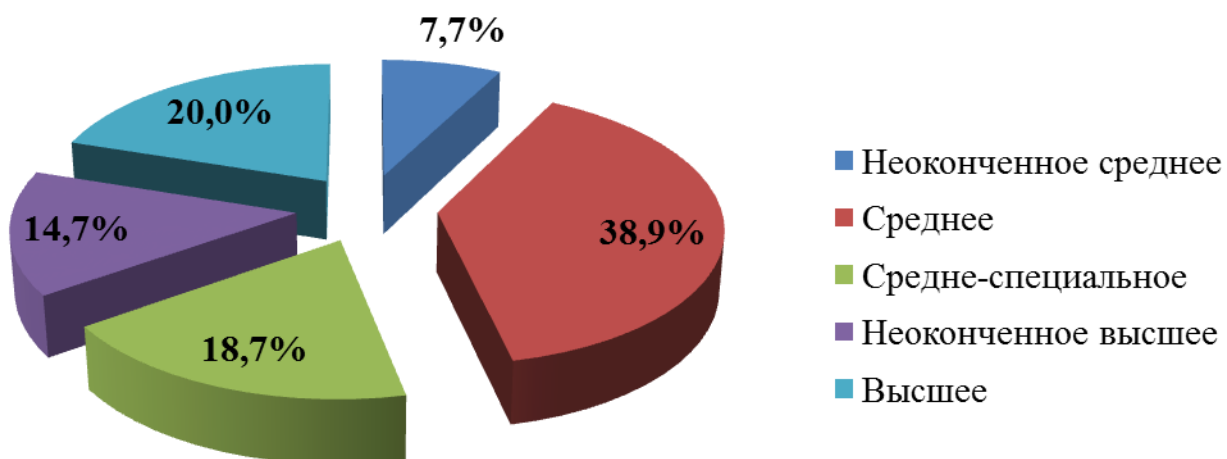


Рисунок 6.5 - Распределение призывников по уровню образования

За прошедшее время юноши стали значительно хуже оценивать материальное положение своих семей. Так, как «хорошее» в МО его расценивают 41,6%, а в ПК всего 26,9% (55,7% в 2012 году), 27,4% в МО и 34,7% в ПК (39,7% в 2012 году) как удовлетворительное, 1,1% в МО и 0,4% (4,4% в 2012 году) как очень хорошее и 29,9% в МО и 38,0% в ПК (2% - в 2012 году) расценили его как плохое (26,0% в МО и 32,1% в ПК (0,4% в 2012 году) и 3,9% в МО и 5,9% в ПК (1,6% в 2012 году) - очень плохое и плохое соответственно).

Свои жилищно-бытовые условия в 2016 году призывники оценили следующим образом: 81,5% в МО и 79,4 в ПК (79,4% в 2012 году) - как хорошие, 17,4% в МО и 20,1% в ПК (20,2% в 2012 году) - удовлетворительные и только 1,1% в МО и 0,5% в ПК (0,4% в 2012 году) как неудовлетворительные.

На рис.6.6 представлено распределение молодых людей по уровню оценки материального положения своей семьи.

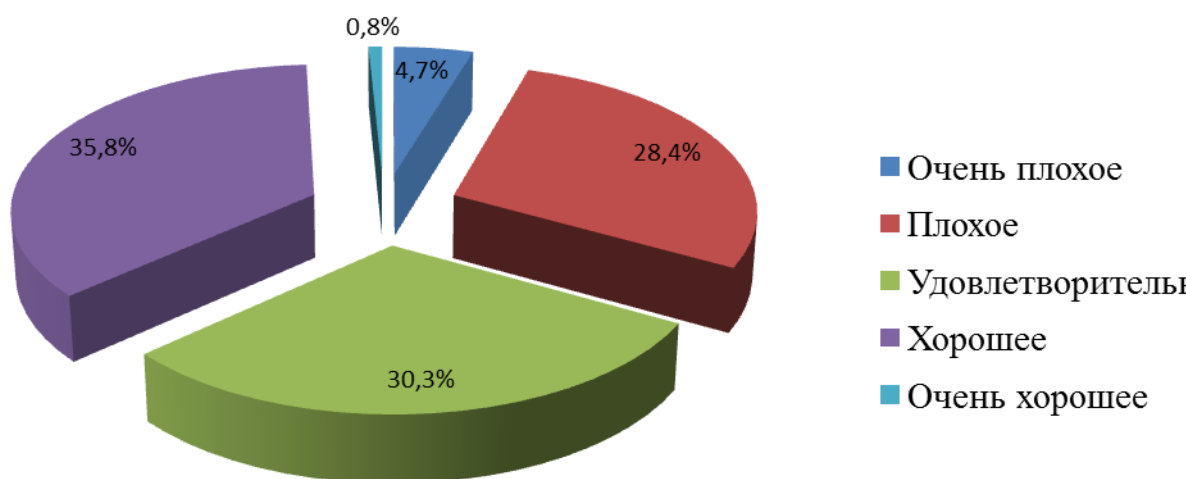


Рисунок 6.6 - Распределение молодых людей по уровню оценки материального положения своей семьи

Исследование уровня образования родителей (опекунов) молодых людей показало, что в 52,4% в МО и 38,6% в ПК (54,2% в 2012 году) мать призывника получила средне-специальное образование, в 30,9% случаев в МО и 34,6% в ПК (29,8% в 2012 году) - высшее, в 11,4% ответов в МО и 9,6% в ПК (10,1% в 2012 году) - среднее, 5,3% в МО и 17,1% в ПК (3,4% в 2012 году) - незаконченное высшее, не было таких ответов в МО и 0,1% в ПК (2,5% в 2012 году) - незаконченное среднее. Отец в 54,5% случаев в МО и 51,9% в ПК (46,2% в 2012 году) получил средне-специальное образование, в 28,2% в МО и 26,6% в ПК (22,2% в 2012 году) среднее, (20% в 2012 году) высшее, 6,2% в МО и 7,2% в ПК (7,2% в 2012 году) незаконченное среднее, в 11,1% в МО и 14,3% в ПК (4,4% в 2012 году) незаконченное высшее.

Как и в 2012 году в структуре профессиональной занятости родителей призывников первое место занимает промышленность % в МО и 20,6% в ПК

(21,1% в 2012 году), второе – сельское хозяйство 14,7% в МО и 23,8% в ПК (20,5% в 2012 году), на третьем – торговля 19,8% в МО и 19,7% в ПК (18,8% в 2012 году), на четвёртом и пятом местах – здравоохранение и силовые структуры соответственно.

Оценили состояние своего здоровья в целом, как «отличное» - 15,2% в МО и 9,6% в ПК (17,3% в 2012 году) респондентов, считают его очень хорошим – 7,5% в МО и 9,4% в ПК (11,1% в 2012 году), 53,1% в МО и 50,2% в ПК (46,1% в 2012 году) считают своё здоровье хорошим, а 18,4% и 5,8% в МО, 26,2% и 4,6 % в ПК (23,1% и 2,5% в 2012 году) - посредственным и плохим соответственно.

Положительную динамику в состоянии здоровья за последний год отметили 14,2% в МО и 21,6% в ПК (25,6% в 2012 году) опрошенных (значительно лучше, чем год назад – 5,3% в МО и 2,1 в ПК (8,1% в 2012 году) и несколько лучше, чем год назад – 8,9% в МО и 19,5% в ПК (17,5% в 2012 году)), 54,5% в МО и 46,5% в ПК (49,4% в 2012 году) оценили свое здоровье сейчас по сравнению с тем, что было год назад, как «примерно так же, как год назад». Отрицательную оценку состоянию своего здоровья дали 31,3% респондентов в МО и 31,0 % в ПК (25% в 2012 году). Из них, чувствуют себя «несколько хуже, чем год назад» 24,6% в МО и 21,9% в ПК и в 6,7% случаев в МО и 9,1% в ПК отметили, что состояние их здоровья «гораздо хуже, чем год назад» (по 19,8% и 5,2% в 2012 году соответственно).

Структура субъективного отношения к динамике состояния здоровья лиц призывного возраста в 2016 году на Рис. 6.7.

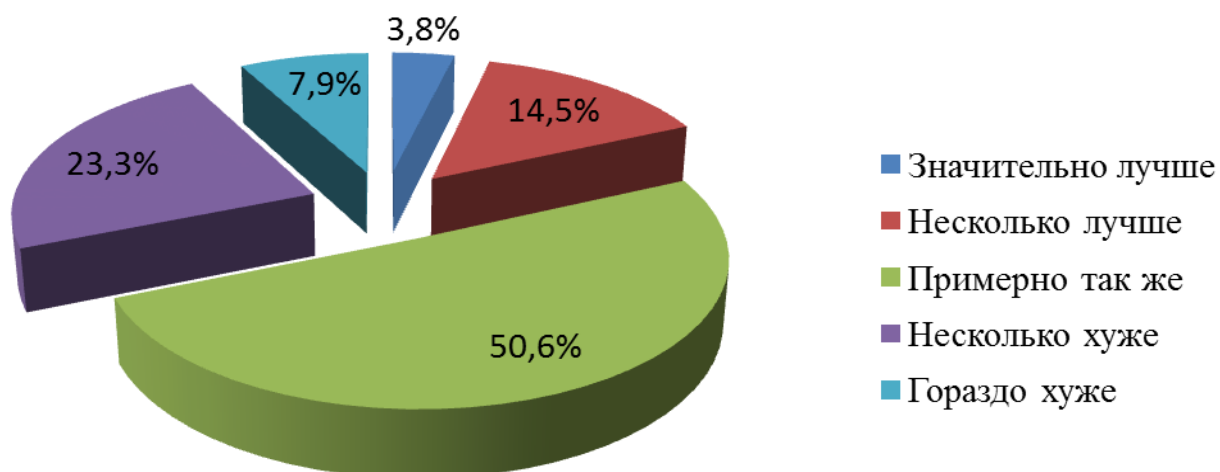


Рисунок 6.7 - Структура субъективного отношения к динамике состояния здоровья лиц призывного возраста в 2016 году (по данным анкетирования)

Физическое и эмоциональное состояние за последний месяц мешало молодому человеку проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе в 36,2% в МО и 39,7% в ПК (38,9% в 2012 году) случаев, из них «немного мешало» - в 21,7% в МО и 23,7% в ПК (22,3% в 2012 году), «умеренно мешало» - 7,5% в МО и 9,2% в ПК (12,6% в 2012 году), «сильно мешало» - 4,2% в МО и 3,2% в ПК (2% в 2012 году), «очень сильно мешало» - 2,8% в МО и 3,6% в ПК (2% в 2012 году). В 63,8% ответов в МО и 60,3% в ПК (61,1% в 2012 году) ответов на данный вопрос физическое и эмоциональное состояние на общение с друзьями, соседями, в коллективе не влияло. Тем не менее, 68,1% опрошенных в МО и 61,2% в ПК (63% в 2012 году) опрошенных за последний месяц испытывали физическую боль. По интенсивности её охарактеризовали в 30,4% случаев в МО и 25,3% в ПК (26,3% в 2012 году) от всего количества опрошенных юношей призывного возраста, как очень слабую, 12,9% в МО и 14,5% в ПК (13,6%

в 2012 году) как слабую, 21,6% в МО и 19,8% в ПК (17,3% в 2012 году) как умеренную, 3,2% в МО и 1,6% в ПК (5,8% в 2012 году) - сильную. В 61,8% в МО и 59,4% в ПК (54,7% в 2012 году) данная боль не влияла на выполнение повседневной работы, в 21,4% в МО и 24,1% в ПК (30,6% в 2012 году) случаев влияла «немного», «умеренно» влияла – в 14,3% в МО и 14,1% в ПК (11,4% в 2012 году), «сильно» влияла – в 2,0% в МО и 1,4% в ПК (2,5% в 2012 году) случаев и «очень сильно» - в 0,5% в МО и 1,0% в ПК (0,8% в 2012 году).

При ответе на вопрос о наличии хронических заболеваний в 54,2% случаев в МО и 64,2% в ПК юношей отвечали отрицательно (65,7% в 2012 году), 29,7% респондентов, проживающих на территории МО и 31,5% в ПК (17,6% в 2012 году) молодых людей - отметили у себя наличие каких-либо хронических заболеваний, 16,1% в МО и 4,3% в ПК (16,7% в 2012 году) затруднились ответить на данный вопрос. Беспокоит расхождение между реальным состоянием здоровья молодёжи, где по данным различных авторов у 56,2%-76,4% молодых людей во время первоначальной постановке на воинский учёт и призыве в ВС РФ выявляется хроническая патология различных органов и систем с одной стороны и наличием данной информации у молодёжи с другой. Вероятно, что это определяется низким качеством мероприятий при подготовке граждан к военной службе, так и отсутствием у контингента достоверной информации о своём здоровье и возможных осложнениях.

Формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) в последнее время придаётся большое значение во всём мире. В рамках данного исследования нами были опрошены граждане призывного возраста с целью оценки приверженности ЗОЖ и выявления способов наиболее эффективной информационно-просветительной работы среди контингента. Интересно, что 54,9% юношей МО и 62,1% в ПК (65% в 2012 году) предпочли вообще не давать ответ на вопрос: «Следует ли придерживаться здорового образа

жизни?». Из ответивших – 94,7% в МО и 97,8% в ПК ответили утвердительно (88,5% в 2012 году), а 1,2% в МО и 4,3% в ПК (8,8% в 2012 году) отмечают, что не знают и только 4,1% в МО и 2,1% в ПК (2,7% в 2012 году) ответили отрицательно. Доли и ранги основных способов получения информации о ЗОЖ гражданами призывного возраста представлены в таб. 6.2.

Классические способы получения информации: врачебный персонал, учебные заведения и печатная продукция продолжают терять свои позиции и занимают последние ранговые места. Особое внимание обращает на себя снижение в 2,5-3 раза доли информации о ЗОЖ, которая поступает от медицинских работников. На первое место юноши призывного возраста поставили сеть интернет в 54,8% случаев по МО и 53,1% по ПК (31,8% в 2012 году), на втором в МО – друзья, знакомые с 14,6% ответов (18,5% в 2012 году)), на третьем в МО – телевидение с 13,5% (17,4% в 2012 году). В Приморском крае на втором ранговом месте телевидение (18,6%), на третьем – друзья и знакомые (12,1%).

Таблица 6.2 - Доля основных способов получения информации гражданами призывного возраста о методах по сохранению и укреплению здоровья

Способ получения информации	Доля,%			Ранг			
	2012	2017 МО	2017 ПК	2012	2017 МО	2017 ПК	Сумм.
Интернет	31,8	54,8	53,1	1	1	1	3
Друзья, знакомые	18,5	14,6	12,1	2	2	3	7
Телевидение	17,4	13,5	18,6	3	3	2	8
Поликлиника, медицинские работники	13,6	5,5	4,3	4	6	5	15
Школа, колледж, Институт	12,2	5,6	7,7	5	5	4	14
Книги, газеты, журналы	6,5	6,0	4,2	6	4	6	16

Как видно из Рис. 6.8 – основную долю информации о ЗОЖ граждане призывного возраста черпают из интернета и телевизора (более 60%), а медицинские и педагогические работники предоставляют только 10% данной информации совместно. Таким образом, за последние 5 лет роль школы и поликлиники в формировании ЗОЖ упала более чем в 2 раза.

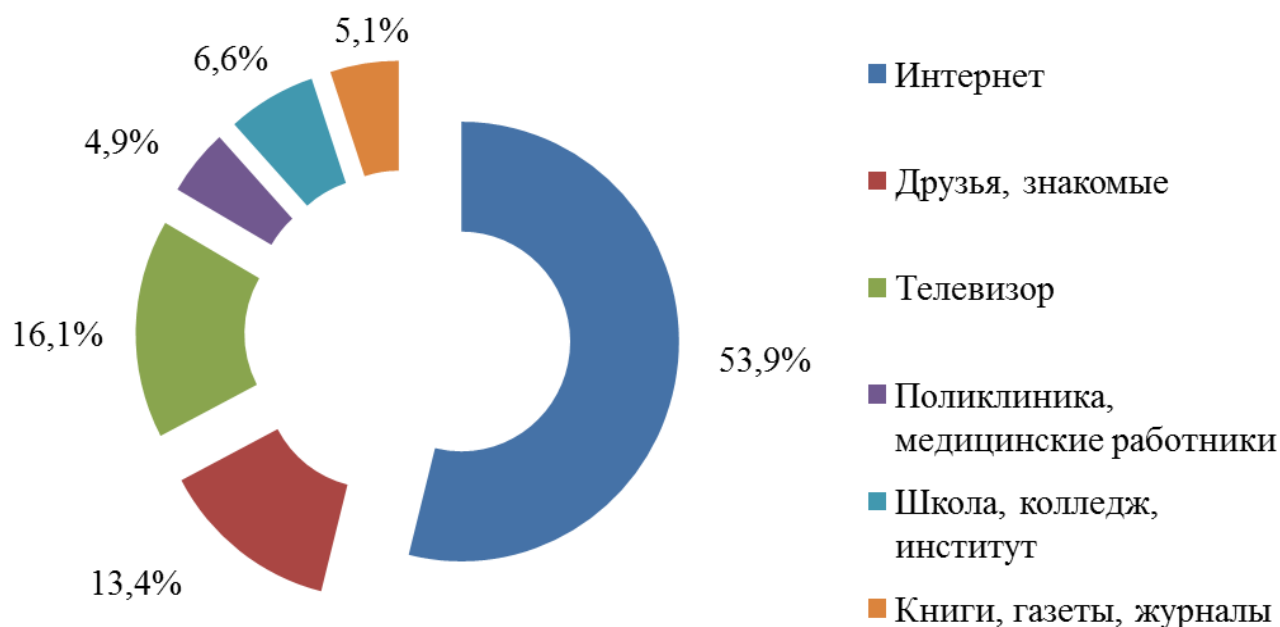


Рисунок 6.8 - Доля различных способов получения информации о методах по укреплению и сохранению здоровья (по данным анкетирования, 2016 год).

При изучении распространённости среди граждан призывного возраста вредных привычек выявлено, что таких лиц с 2012 года стало незначительно меньше - 53,1% в МО и 57,8% в ПК (57% в 2012 году) опрошенных граждан имеют ту или иную вредную привычку, 46,9% в МО и 42,1% в ПК (39,4% в 2012 году) таковых не имеют и 0,1% в ПК (3,6% в 2012 году) затруднились ответить на данный вопрос. Из лиц, которые ответили утвердительно 34,1% в МО и 55,9% в ПК (60,9% в 2012 году) имеют сочетание из 2 и более вредных привычек. Из них: курят 67,3% в МО и 61,2% в ПК (57% в 2012 году), часто употребляют крепкие спиртные

напитки 27,5% в МО и 37,7% в ПК (34,3% в 2012 году), употребляли наркотики 4,9% в МО и 1,1% в ПК (8% в 2012 году).

Сравнительная картина распространённости вредных привычек граждан призывного возраста в МО и ПК по сравнению с 2012 годом представлена на Рис. 6.9.

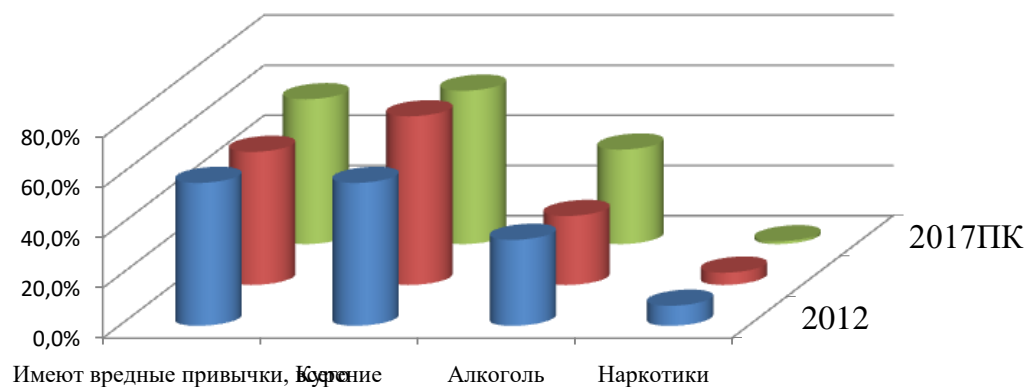


Рисунок 6.9 - Распространённость вредных привычек у граждан призывного возраста (по данным опроса)

Интересно, что проведённое сплошное обследование военнослужащих по призыву 18-27 лет Королёвского гарнизона (n=1198) в 2017 году набором полосок иммунохроматографических для одновременного выявления пяти наркотических соединений в моче (ООО «Фактор-мед», Россия) с целью выявления лиц, употребляющих наркотические вещества (морфин, марихуана, амфетамин, метамфетамин, бензодиазепин, кокаин) выявило только 3 случая употребления данными контингентами наркотических средств, что составило 0,3% от числа обследованных. Этот факт наглядно показывает, что настойчивая и системная работа по снижению количества наркозависимых, которая проводится в Российской Федерации, довольно эффективна.

Так же исследовалась оценка качества мероприятий медицинского

обеспечения во время подготовки и призыва в ВС РФ юношами призывного возраста.

28,7% молодых людей в Московской области и 31,9% в Приморском крае (36,7% в 2012 году) полностью не удовлетворены результатами медицинского обеспечения во время подготовки и призыва на военную службу, 21,7% в МО и 24,6% в ПК (15,7% в 2012 году) удовлетворены не в полной мере, а удовлетворены результатами медицинского обеспечения только 49,6% в МО и 43,5% в ПК (47,6% в 2012 году) от общего числа респондентов.

Структура контингента по степени удовлетворённости качеством медицинского обеспечения во время подготовки и призыва на военную службу представлена на Рис. 6.10.

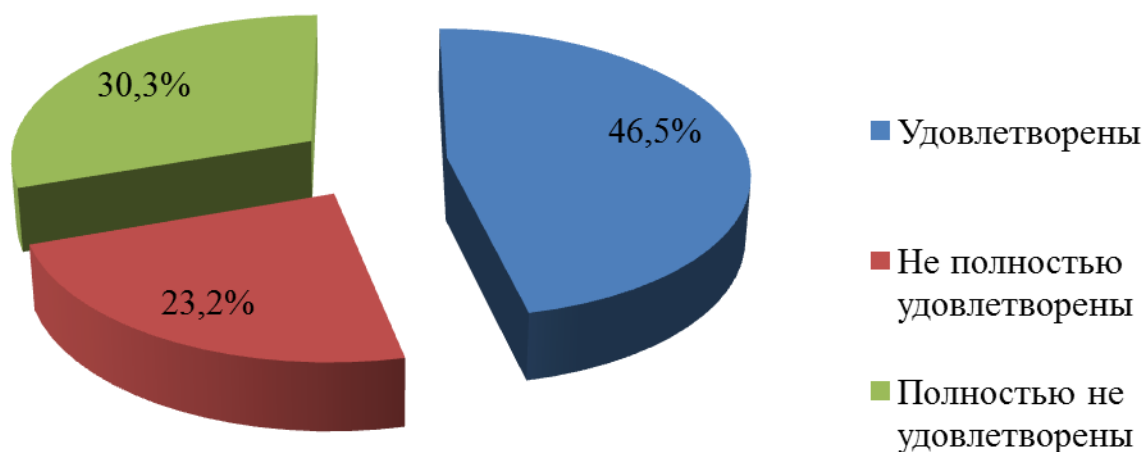


Рисунок 6.10 - Структура контингента, по степени удовлетворённости медицинским обеспечением подготовки к военной службе по призыву в 2017 году (по данным социологического исследования)

Во время призыва медицинское обеспечение устроило 68,3% граждан в МО и 54,1% в ПК (51,0% в 2012 году) опрошенных, не устроило полностью 24,1% в МО и 34,1% в ПК (33,9% в 2012 году), устроило не в полной мере – 7,6% по МО и 11,8% по ПК (15,1% в 2012 году). При опросе военнослужащих по призыву удалось выяснить, что 51,2% в МО и 37,1% в ПК (56,2% в 2012 году) были удовлетворены медицинским обеспечением во время службы в ВС РФ, 21,3% в МО и 25,1% в ПК (17,8% в 2012 году) удовлетворены не в полной мере, 27,1% в МО и 36,5% в ПК (16,1% в 2012 году) полностью не удовлетворены, 0,4% в МО и 1,2% в ПК (9,9% в 2012 году) затруднились ответить на поставленный вопрос.

Уровни удовлетворённости медицинской помощью юношей призывного возраста (в период подготовки, призыва в ВС РФ и военной службы по призыву) графически представлены на Рис. 6.11.

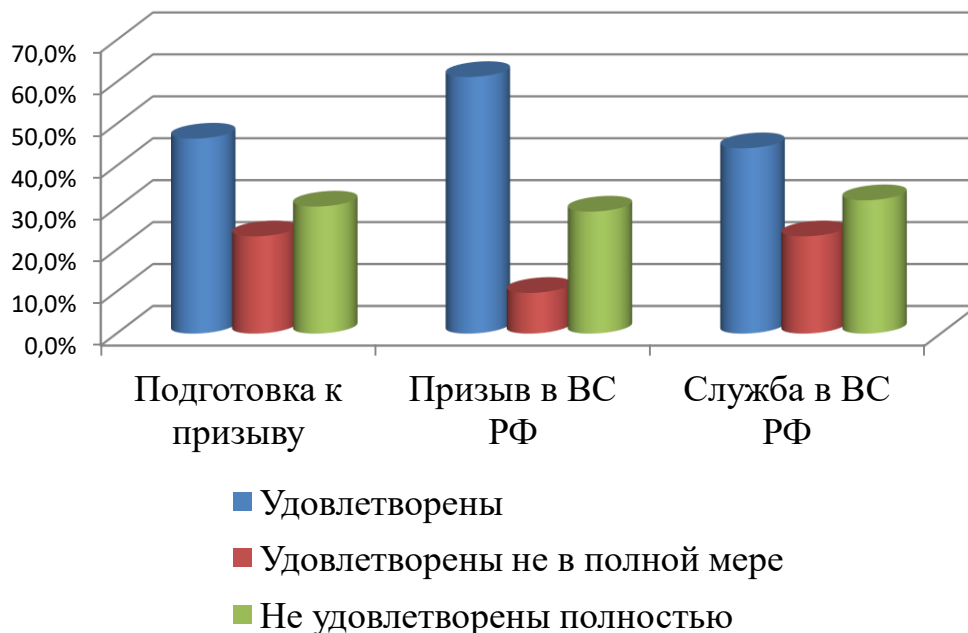


Рисунок 6.11 - Уровни удовлетворённости медицинской помощью юношей призывного возраста в период подготовки, призыва в ВС РФ и военной службы по призыву (2017 год, по данным анкетирования)

Обращает на себя внимание рост доли граждан призывного возраста,

которые не удовлетворены или удовлетворены не в полной мере медицинской помощью (что говорит о снижении её качества), которая оказывается во время службы в армии. По сравнению с 2012 годом (33,9%) этот показатель вырос в Московской области до 48,4%, а в Приморском крае достиг значения в 61,6%. Для сравнения: степень удовлетворённости медицинской помощью на этапе подготовки граждан к военной службе (52,4% в 2012 году) снизился в Московской области до 50,4%, но увеличился в Приморском крае до 56,5% от числа опрошенных. Для медицинского обеспечения во время призыва на военную службу эти значения составляли 49,0% в 2012 году, 29,0% в Московской области и 45,9% в Приморском крае соответственно.

При наличии показаний обратятся за медицинской помощью в лечебные учреждения, в которых проходили обследование до призыва в ВС РФ 53,2% в МО и 51,7% (40,4% в 2012 году), не обратятся – 32,7% в МО и 43,1% в ПК (43,3% в 2012 году), затрудняются ответить – 14,1% в МО и 5,2% в ПК (16,3% в 2012 году) юношей.

Менее чем в 1% случаев в МО и в ПК (2,9% в 2012 году) случаев медицинским персоналом допускались случаи вымогательства денежных средств за лечение, в 93,1% (89,3% в 2012 году) случаев вымогательства не было, а в 5,9% случаев (4,9% в 2012 году) призывники затруднились ответить на данный вопрос.

В 10,2% в МО и 5,6% в ПК (3,0% в 2012 году) случаев юношами или их родителями передавались денежные средства медперсоналу в качестве «благодарности» во время подготовки к военной службе, в 1,2% в МО и 4,3% в ПК (1,7% в 2012 году) - в не полной мере, в 10,2% в МО и 9,4% в ПК (1,7% в 2012 году) - затруднились с ответом.

6.4 Оценка качества жизни молодёжи призывного возраста 18-26 лет

Характер взаимоотношений личности и государства является ярким критерием состояния общества, показателем целей и вектора грядущего развития. За последние несколько десятилетий коренным образом поменялось отношение государства к личности: От того, как мы воспитаем молодёжь, зависит то, сможет ли Россия сберечь и приумножить саму себя. Сможет ли она быть современной, перспективной, эффективно развивающейся, но в то же время сможет ли не растерять себя как нацию, не утратить свою самобытность в очень непростой современной обстановке (Путин В.В., 2012). Таким образом, на первое место вышли психологические, физиологические, духовные и социальные аспекты каждого молодого человека.

Согласно определению ВОЗ: «Здоровье - полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания». Поэтому исследование качества жизни молодёжи позволяет с максимальной точностью понять состояние здоровья граждан призывного возраста и выявить основные проблемы медицинского обеспечения мероприятий по подготовке их к военной службе. Для выявления региональных особенностей и динамики данных показателей был проведён сравнительный анализ качества жизни граждан призывного возраста в сравнении между Приморским краем (n=373) и Московской областью (n=568). Помимо этого сравнивались показатели качества жизни у данного контингента, проживающего на территории Московской области, в динамике за 2012 (n=423) и 2016 (n=568) годы.

Для целей данного исследования все вопросы были разделены на пять групп (шкал) согласно методики: физическое функционирование, ролевая деятельность, общее состояние здоровья, жизненная активность, психическое здоровье. Все шкалы определяют два обобщённых

показателя: душевное и физическое благополучие.

Итоги опроса представляются в количестве баллов по каждой из шкал. Максимальное значение составляет 100, что означает полное здоровье.

Виды групп показателей опросника:

1. PF – Physical Functioning (Физическое функционирование) - отражает степень ограничения физических нагрузок (ежедневная физическая нагрузка, занятия спортом, перемещение тяжестей и т. п.) в зависимости от физического состояния призывника. Чем ниже показатели по этой шкале, тем сильнее ограничение физической активности и хуже состояние здоровья опрашиваемого.

Показатель рассчитывался по формуле:

$$PF = ((PF_{\text{сум}} - 10) / 20) * 100,$$

$$\text{где } PF_{\text{сум}} = PF14a + PF14б + PF14в + PF14г + PF14д + PF14е + PF14ж + \\ + PF14з + PF14и + PF14к$$

У граждан Московской области в 2012 году эта шкала составила 91,1±16,1 балл, в 2017 году - 85,0±21,4 балл, в Приморском крае в 2017 году – 86,4±24,6.

2. RP - Role-Physical Functioning (Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием) - отражает влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (учёбу, работу, подготовку домашних заданий, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели оценок по этой шкале позволяют сделать вывод о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента.

Показатель рассчитывался по формуле:

$$RP = ((RP_{\text{сум}} - 4) / 4) * 100,$$

$$\text{где } RP_{\text{сум}} = RP15a + RP15б + RP15в + RP15г$$

У граждан Московской области в 2012 году эта шкала составила 75,6±31,1 балл, в 2017 году - 77,6±18,2 балл, в Приморском крае в 2017

году $-73,3 \pm 17,4$.

3. BP – Bodily pain (Интенсивность боли) – показывает выраженность болевых ощущений и их влияние на повседневную деятельность, включая различные виды работ, как по дому, так и вне дома. Низкие показатели по данной шкале означают, что боль в большой мере ограничивает повседневную активность молодого человека.

Показатель рассчитывался по формуле:

$$BP = (((BP18^* + BP19^*) - 2) / 10) * 100,$$

где $BP18^*$ и $BP19^*$ - пересчитанные баллы вопросов 18 и 19 соответственно.

У граждан Московской области в 2012 году эта шкала составила $73,5 \pm 18,9$ балл, в 2017 году - $74,6 \pm 16,2$ балл, в Приморском крае в 2017 году $-90,4 \pm 19,7$.

4.GH – General Health (Общее состояние здоровья) - оценка призывником своего состояния здоровья в настоящий момент и своих дальнейших перспектив. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

Показатель рассчитывался по формуле:

$$GH = ((GH_{\text{сум}} - 5) / 20) * 100,$$

где $GH_{\text{сум}} = GH12^* + GH22a + GH22б^* + GH22в + GH22г^*$,

а $GH12^*$, $GH22б^*$ и $GH22г^*$ - пересчитанные баллы вопросов 12, 22б, 22г соответственно.

У граждан Московской области в 2012 году эта шкала составила $73,7 \pm 19,2$ балл, в 2017 году - $94,6 \pm 24,5$ балл, в Приморском крае в 2017 году $-81,8 \pm 24,7$.

5.VT - Vitality (Жизненная активность) - выражает ощущение респондента себя полным сил и энергии или, наоборот, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении

жизненной активности.

Показатель рассчитывался по формуле:

$$VT = ((VT_{\text{сум}} - 4) / 20) * 100,$$

$$\text{где } VT_{\text{сум}} = VT_{20a^*} + VT_{20\delta^*} + VT_{20\text{ж}} + VT_{20\text{и}},$$

a VT_{20a} и VT_{20δ*} - пересчитанные баллы вопросов 20a и 20δ соответственно.*

У граждан Московской области в 2012 году эта шкала составила 66,4±19,6 балл, в 2017 году - 77,4±21,2 балл, в Приморском крае в 2017 году - 66,1±12,7.

6. SF – Social functioning (Социальное функционирование). Этот показатель определяет степень влияния физического и эмоционального состояния на социальную активность (общение) молодого человека. Чем ниже баллы данной шкалы, тем более выражено ограничиваются социальные контакты и уровень общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Показатель рассчитывался по формуле:

$$SF = ((SF_{\text{сум}} - 2) / 8) * 100,$$

$$\text{где } SF_{\text{сум}} = SF_{17^*} + SF_{10}, \text{ а } SF_{17^*} - \text{ пересчитанные баллы вопроса 17.}$$

У граждан Московской области в 2012 году эта шкала составила 82,2±20,9 балл, в 2017 году - 69,1±18,4 балл, в Приморском крае в 2017 году - 91,4±24,7.

7.RE - Role-Emotional (Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) - определяет степень влияния эмоционального состояния респондента на выполнение повседневной работы (увеличение затраченного времени, снижение продуктивности, качества и т. д.). Чем ниже показатели по этой шкале, тем сильнее снижение уровня эмоционального состояния повлияло на ограничении работоспособности.

Показатель рассчитывался по формуле:

$$RE = ((RE_{\text{сум}} - 3) / 3) * 100, \text{ где } RE_{\text{сум}} = RE16a + RE16б + RE16в$$

У граждан Московской области в 2012 году эта шкала составила $82,1 \pm 30,8$ балл, в 2017 году - $83,9 \pm 21,2$ балл, в Приморском крае в 2017 году - $82,7 \pm 14,6$.

8.МН – Mental Health (Психическое здоровье) - выражает эмоциональное состояние призывника, а именно: наличие депрессии, тревожности, общий показатель положительных эмоций. Психическое неблагополучие, депрессивно-тревожные переживания определяют снижение показателей по данной шкале.

Показатель рассчитывался по формуле:

$$МН = ((МН_{\text{сум}} - 5) / 25) * 100,$$

$$\text{где } МН_{\text{сум}} = МН20б + МН20в + МН20г^* + МН9е + МН9з^*,$$

а $МН20г^*$ и $МН20з^*$ - пересчитанные баллы вопросов 20г и 20з соответственно.

У граждан Московской области в 2012 году эта шкала составила $71,5 \pm 17,5$ балл, в 2017 году - $82,1 \pm 18,5$ балл, в Приморском крае в 2017 году - $78,1 \pm 19,5$.

На основе Microsoft Excel 2015 была создана база данных и с использованием макросов переведены первичные анкетные данные из обычных баллов в баллы качества жизни; для статистической обработки полученных результатов применялся пакет статистических программ SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences).

Результаты изучения качества жизни контингента представлены в Таб. 6.3.

Таблица 6.3 - Значение шкал опросника SF-36 для юношей 17-27 лет, проживающих в Московской области (2012 год, n=373; 2017 годы, n=568), Приморском крае (2017 год, n=423)

Шкала	Московская область, 2012 год		Московская область, 2017 год		Приморский край, 2017 год	
	М	σ	М	σ	М	σ
PF	91,1	16,1	85,0	21,4	86,4	24,6
RP	75,6	31,1	77,6	18,2	73,3	17,4
BP	73,5	18,9	74,6	16,2	90,4	19,7
GH	73,7	19,2	94,6	24,5	81,8	24,7
VT	66,4	19,6	77,4	21,2	66,1	12,7
SF	82,2	20,9	69,1	18,4	91,4	24,7
RE	82,1	30,8	83,9	21,2	82,7	14,6
MH	71,5	17,5	82,1	18,5	78,1	19,5
Средний балл	77,0	-	80,5	-	81,3	-

Среди юношей призывного возраста на территории Московской области в 2012 году на первом ранговом месте по набранным баллам среди юношей 17-27 лет находится шкала PF – физическое функционирование (91,1±16,1 балл), на втором: SF – социальное функционирование (82,2±20,9 баллов), на третьем: RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (82,1±30,8 балла). На седьмом и восьмом ранговых местах находятся шкалы: MH – психическое здоровье (71,5±17,5 балла) и VT – жизненная активность (66,4±19,6 балла), что указывает на наличии среди всей группы призывников депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии, ощущении себя обессиленным, снижении жизненной

активности. Общий балл качества жизни по всем шкалам составил 77,0 балла. Профиль качества жизни граждан призывного возраста 18-27 лет на территории Московской области в 2012 году представлен на Рис.6.12.

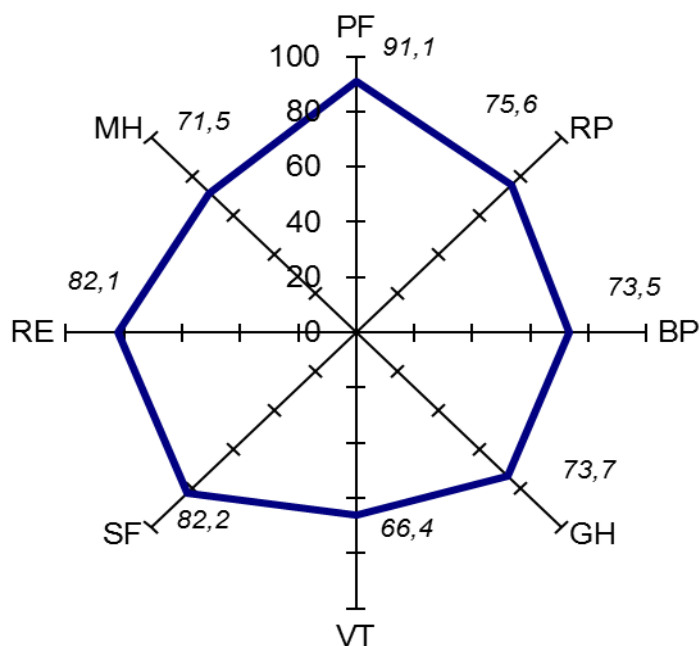


Рисунок 6.12 - Обобщённый профиль качества жизни граждан призывного возраста 18-27 лет на территории Московской области, 2012 год

В 2016 году при опросе граждан призывного возраста Московской области получены следующие данные: на первом ранговом месте по набранным баллам среди граждан призывного возраста этой возрастной категории находится шкала GH – общее состояние здоровья ($94,6 \pm 24,5$ баллов), на втором PF – физическое функционирование ($85,0 \pm 21,4$ баллов), на третьем RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($83,9 \pm 21,9$ баллов). На седьмом и восьмом ранговых местах находятся шкалы: BP – интенсивность боли ($74,6 \pm 16,2$ балл) и SF – социальное функционирование ($69,1 \pm 18,4$ баллов), что указывает на улучшение субъективного состояния своего здоровья и, как следствие, снижение болевых ощущений, а так же на повышении

ограничения при социализации и общения данного контингента из-за ухудшения эмоционального состояния. Общий балл качества жизни по всем шкалам составил 80,5 балла для данной фокусной группы.

Профиль качества жизни граждан призывного возраста, проживающих в Московской области, в 2017 году представлен на Рис. 6.13.

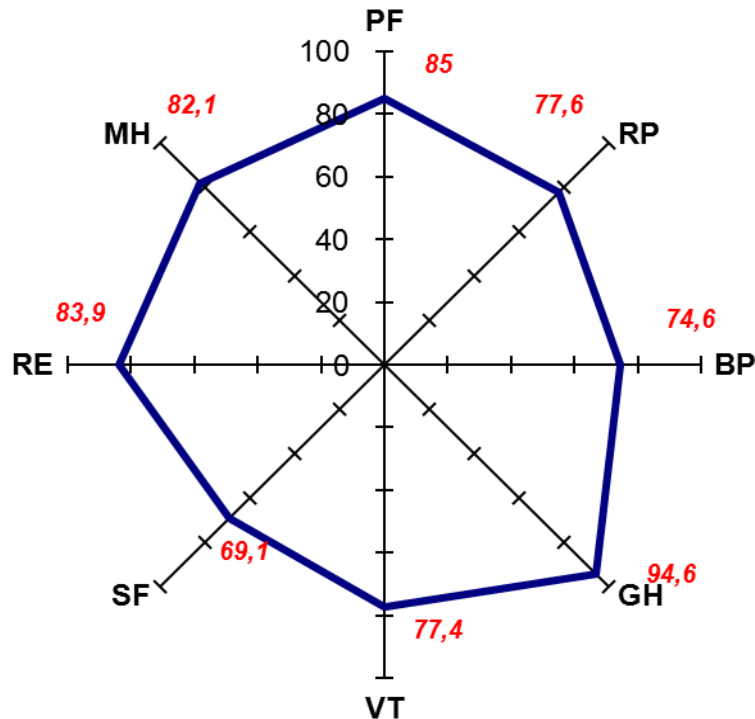


Рисунок 6.13 Профиль качества жизни граждан призывного возраста, проживающих в Московской области (2017 год, n=568).

Для выявления динамики в показателях качества жизни контингента в пределах одного субъекта Российской Федерации был проведён анализ данных показателей среди молодёжи, проживающей на территории Московской области в 2012 и 2017 годах. Графически показатели представлены на Рис. 6.14.

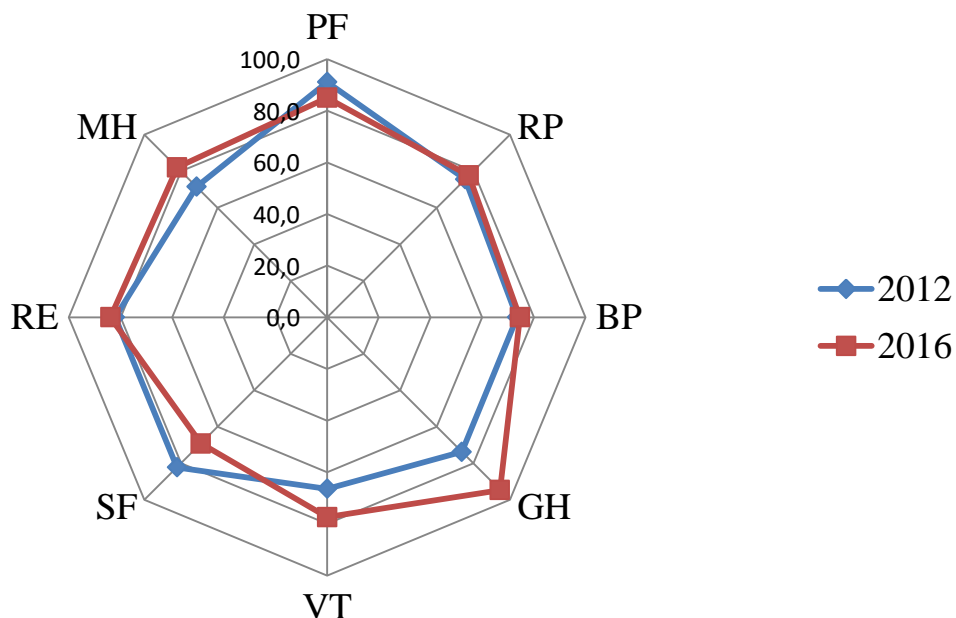


Рисунок 6.14 - Показатели качества жизни граждан призывного возраста в 2012 и 2017 годах на территории Московской области

При сравнении показателей качества жизни среди юношей в Московской области в динамике за 2012 и 2017 годы обращает на себя внимание повышение среднего балла качества жизни (+4,5%) и изменение структуры ранговых мест. Так, максимальные изменения произошли с показателем SF (социальное функционирование) он снизился со 2 рангового места в 2012 году ($82,2 \pm 20,9$) на 8 ранговое место в 2016 году ($69,1 \pm 18,4$), что составило -15,9% от исходных значений. PF (физическое функционирование) опустилось с первого рангового места на второе, снижение составило -6,7%. Остальные показатели выросли: RP на 2,6%, BP на 1,5%, GH на 28,4%, VT на 16,6%, RE на 2,2%, MH на 14,8%.

В 2017 году при опросе граждан призывного возраста в Приморском крае получены следующие данные: на первом ранговом месте по набранным баллам среди граждан призывного возраста этой возрастной категории находится шкала SF – социальное функционирование ($91,4 \pm 24,7$ баллов), на втором BP – интенсивность боли ($90,4 \pm 19,7$ балл), на

третьем PF – физическое функционирование ($86,4 \pm 24,6$ баллов. На седьмом и восьмом ранговых местах находятся шкалы: и RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($73,3 \pm 17,4$ балла) и VT – жизненная активность ($66,1 \pm 12,7$ баллов), что указывает на снижение жизненной активности призывников Приморского края, серьёзном ограничении повседневной деятельности из-за физического состояния. Общий балл качества жизни по всем шкалам составил 81,3 балла для данной фокусной группы.

Профиль качества жизни граждан призывного возраста, проживающих в Приморском крае в 2017 году, представлен на Рис. 6.15.

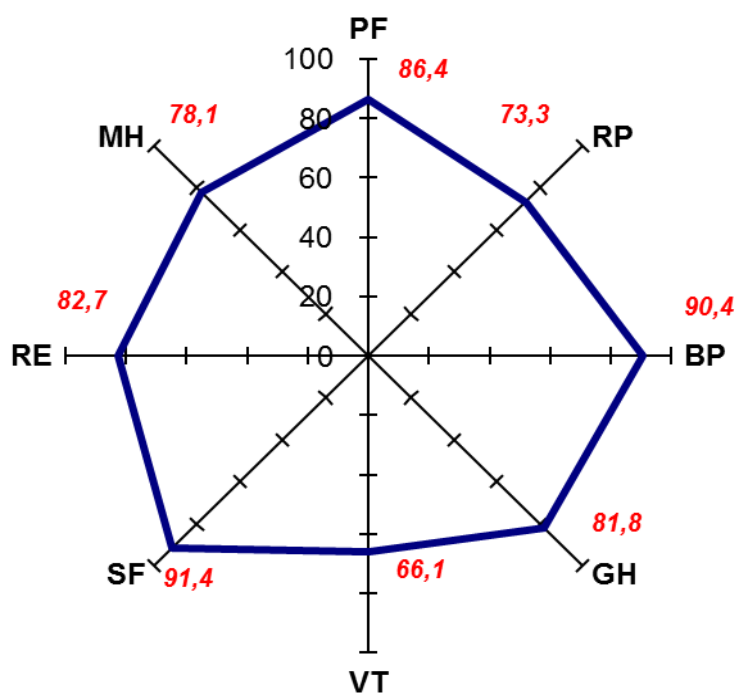


Рисунок 6.15 - Профиль качества жизни граждан призывного возраста, проживающих в Приморском крае (2017 год, n=423)

Для выявления различий в показателях качества жизни контингента в различных субъектах Российской Федерации в данное время нами был проведён анализ данных показателей среди молодёжи, проживающей на территории Московской области и в Приморском крае в 2017 году.

Графически показатели представлены на Рис. 6.16.

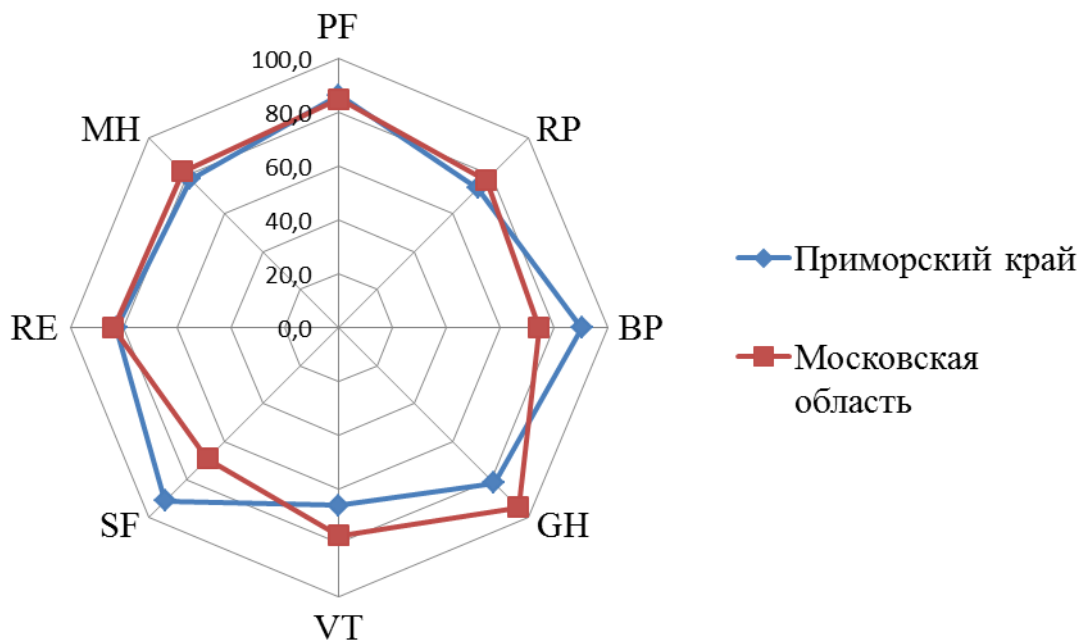


Рисунок 6.16 - Показатели качества жизни граждан призывного возраста в 2017 году на территориях Московской области и Приморского края

При сравнении показателей качества жизни среди юношей в Московской области и Приморском крае обращают на себя внимание схожие значения по ряду показателей: RE, MH, PF, RP. Однако по ряду показателей имеются существенные различия: BP (интенсивность боли) и SF (социальное функционирование) значительно выше у юношей Приморского края (на 21,2% и 32,3% соответственно), а показатели GH (общее состояние здоровья) и VT (жизненная активность) значительно ниже, чем в Московской области (на 13,5% и 14,6% соответственно).

Распределение основных показателей опросника по различным фокусным группам граждан призывного возраста представлено на Рис. 6.17.

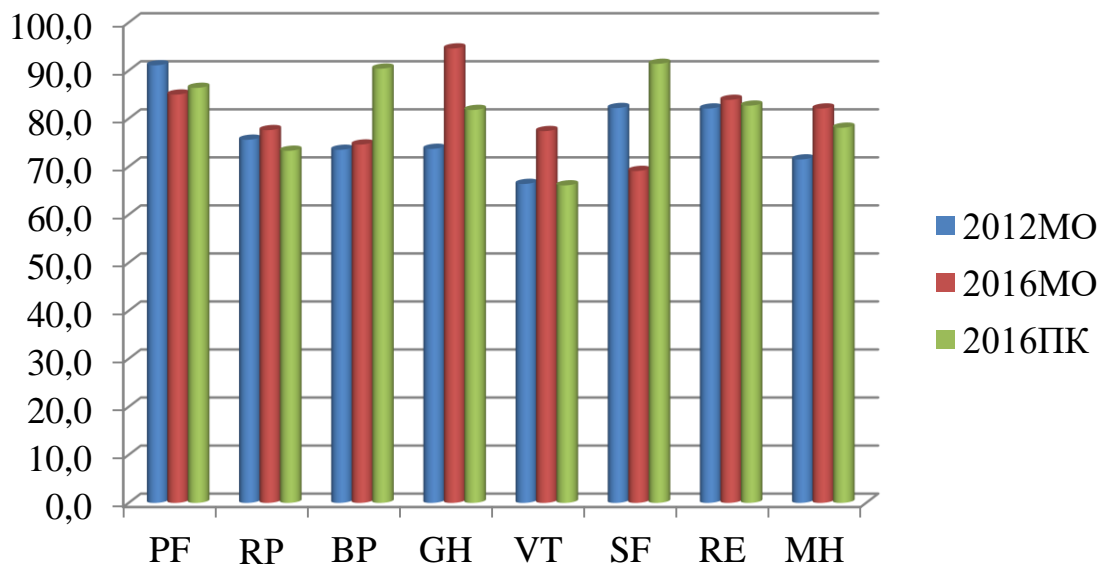


Рисунок 6.17 Распределение основных показателей опросника по различным фокусным группам граждан призывного возраста

В результате проведенного исследования удалось выяснить, что юноши призывного возраста за последние пять лет и в различных субъектах Российской Федерации (Московской области и Приморском крае) показывают довольно высокие баллы качества жизни 77,0-81,3 из 100 возможных баллов с тенденцией к росту.

В 2017 году при опросе граждан призывного возраста Московской области на первом ранговом месте находится шкала GH – общее состояние здоровья ($94,6 \pm 24,5$ баллов), на втором PF – физическое функционирование ($85,0 \pm 21,4$ баллов), на третьем RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($83,9 \pm 21,9$ баллов). На седьмом и восьмом ранговых местах находятся шкалы: BP – интенсивность боли ($74,6 \pm 16,2$ балл) и SF – социальное функционирование ($69,1 \pm 18,4$ баллов), что указывает на улучшение субъективного состояния своего здоровья и, как следствие, снижение болевых ощущений, а так же на повышении ограничения при социализации и общения данного контингента из-за ухудшения эмоционального состояния.

При сравнении показателей качества жизни среди юношей в Московской области в динамике за 2012 и 2017 годы обращают на себя внимание максимальные изменения показателей SF (социальное функционирование) на 15,9% от исходных значений и PF(физическое функционирование), где снижение составило 6,7%.

В Приморском крае получены несколько иные результаты: на первом ранговом месте по набранным баллам среди граждан призывного возраста этой возрастной категории находится шкала SF – социальное функционирование (91,4±24,7 баллов), на втором ВР – интенсивность боли (90,4±19,7 балл), на третьем PF – физическое функционирование (86,4±24,6 баллов. На седьмом и восьмом ранговых местах находятся шкалы: и RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (73,3±17,4 балла) и VT – жизненная активность (66,1±12,7 баллов), что указывает на снижение жизненной активности призывников Приморского края, серьёзном ограничении повседневной деятельности из-за физического состояния.

Таким образом, нами выявлено, что у специалистов, участвовавших в опросе, в 88,2% случаев стаж работы составляет более 15 лет. Квалификационную категорию имеют 64,8% врачей. В тоже время обращает на себя внимание тот факт, что 47,8% из числа этих специалистов ни разу не проходили тематическое усовершенствование по военно-врачебной экспертизе, а 23,4% проходили данное усовершенствование более 5 лет назад.

Проведённая экспертная оценка организации медицинского наблюдения призывников показала, что оценку «хорошее» в отношении состояния здоровья молодёжи поставили только 9,6% от числа опрошенных. В восточном военном округе неудовлетворительную оценку состояния здоровья призывников давали в 11 раз чаще (8,6% от опрошенных), чем в южном военном округе (0,8% от числа опрошенных).

14,8% отметили выраженную отрицательную динамику в состоянии здоровья юношей. Основными факторами, определившими негативные тенденции в состоянии здоровья, специалисты считают: неудовлетворительное качество профилактических мероприятий среди детей и подростков (25,8%), недостаточный объём диагностических мероприятий (19,1%), низкое качество обследования во время подготовки к военной службе (9,0%).

Состояние нормативно-правовой базы, регулирующей взаимоотношения сторон во время медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу в Вооруженные силы РФ негативно влияет на работу 43,6% врачей.

Региональные особенности так же влияют на качество жизни контингента: по ряду показателей имеются существенные различия: ВР (интенсивность боли) и SF (социальное функционирование) значительно выше у юношей Приморского края (на 21,2% и 32,3% соответственно), а показатели GH (общее состояние здоровья) и VT (жизненная активность) значительно ниже, чем в Московской области (на 13,5% и 14,6% соответственно).

Данные результаты указывают на необходимость комплексного подхода к оценке призывного контингента с учётом региональных особенностей и многофакторного характера формирования психического и физического здоровья. Так же недопустимо выносить экспертные заключения, анализируя только антропометрические данные и уровень физической подготовленности молодёжи.

Глава 7. Научное обоснование основных направлений по совершенствованию организации медицинского обеспечения граждан призывного возраста на территории Российской Федерации

Как показывает наше исследование – в настоящее время существующая система медицинского обеспечения не позволяет достигать необходимых результатов и имеет ряд существенных недостатков.

В данной главе рассматриваются вопросы научного обоснования основных мероприятий по оптимизации медицинского обеспечения граждан призывного возраста, межведомственного взаимодействия, проведён PEST-анализ для выявления аспектов макросреды, которые влияют на процесс подготовки и SWOT-анализ для выявления ключевых факторов микросреды, изучено состояние дел по выполнению федеральной Концепции на региональном уровне, разработаны и научно обоснованы: проект «Программы подготовки граждан Московской области к военной службе», показатели (индикаторы) по реализации данной программы, оптимальная схема межведомственного взаимодействия при подготовке граждан к военной службе.

7.1 PEST- анализ внешних аспектов, влияющих на подготовку граждан к военной службе

PEST-анализ это универсальный инструмент для выявления факторов внешней среды (макросреды), которые оказывают влияние на изучаемый процесс. Все аспекты мы разделим на четыре основных группы: политические (Political), экономические (Economic), социальные (Social) и технологические (Technological). Политические аспекты определяют среду в которой осуществляется медицинское обеспечение подготовки граждан, а также получение ключевых ресурсов для её организации. Экономические

аспекты являются ключевыми в распределении ресурсов на уровне государства. Они являются важнейшим условием функционирования всей системы здравоохранения. Социальный компонент PEST-анализа формируется из предпочтений граждан призывного возраста, которые являются потребителями услуг рассматриваемой системы. Технологический компонент характеризует новейшие технологии диагностики и лечения, позволяющие минимизировать процессные потери и кардинально повысить качество услуг.

Данный анализ будет проведён по схеме «фактор - система оказания медицинской помощи». Из результатов анализа будет сформирована матрица, где подлежащим являются факторы макросреды, а сказуемым - сила их влияния на процесс, оцениваемая в баллах, рангах и других единицах измерения. Результаты PEST-анализа позволят выявить и оценить факторы, которые оказывают максимальное влияние на процессы подготовки граждан к военной службе.

Для получения реалистичной картины об изменениях факторов в современных реалиях, помимо собственного опыта работы по данному направлению в течении 18 лет, нами был проведён выборочный опрос экспертов ВВЭ на территории РФ (n=646), фокусный опрос граждан призывного возраста (n=1364). Данные опросы позволили дать оценку системы медицинского обеспечения с разных углов зрения. Были изучены вся открытая информация относительно этой проблемы в законодательных актах, материалах научных работ за последние 10 лет, сети Интернет, а также печатных СМИ. Дополнительно проанализирована ситуация по проблеме в государствах с самыми большими армиями (США и Китай). Всё вышперечисленное позволило получить максимально возможную информацию и достичь понимания текущей ситуации. Внешние факторы, влияющие на медицинское обеспечение подготовки граждан к военной службе представлены в Таб. 7.1-7.4.

Таблица 7.1 - PEST-анализ политических факторов внешней среды, влияющих на подготовку граждан к военной службе

Фактор	Вероятность	Влияние	Ответная реакция	Ранг
Наращение внешних угроз. Повышение роли Вооружённых сил.	Высокая, 5 лет	Высокий спрос на призывной ресурс	Система мероприятий по подготовке	1
Государственное регулирование мероприятий подготовки к военной службе.	Высокая, 5 лет	Отсутствие конкуренции и мотивации	Формальное выполнение, снижение качества	2
Увеличение бюрократизации процесса и повышение коррупционных рисков.	Высокая, 5 лет	Усложнение процедур, повышение коррупционной составляющей	Повышение уровня платных услуг	4
Совершенствование нормативно-правовой документации	Средняя, 2-3 года	Появление стандартов (порядков) подготовки граждан к военной службе и ВВЭ	Появление единообразных подходов	7
Пересмотр требований к состоянию здоровья граждан призывного возраста.	Высокая, 1-2 года	Снижение требований к состоянию здоровья	Массовое поступление в ВС РФ граждан с хронической патологией	6
Проведение реформы ОМС.	Средняя, 2-3 года	Изменение порядка финансирования мероприятий по подготовке к военной службе	Изменение подходов к профилактическим осмотрам детей и подростков	8
Дальнейшее развитие института независимой ВВЭ.	Низкая, 5 лет	Появление альтернативы для государственной ВВЭ в т.ч. для судебной практики	Повышение качества военно-врачебных экспертиз	9
Унификация требований по лицензированию медицинской деятельности в т.ч. ВВК	Низкая, 2 года	Приведение всех ВВК к единым стандартам	Повышение качества медицинской помощи при ВВЭ	5
Разработка Программы по подготовке граждан к военной службе во всех регионах РФ	Низкая, 2-3 года	Выполнение мероприятий с учётом региональных особенностей в подготовке граждан	Повышение качества призывного контингента	3

Таблица 7.2 - PEST-анализ экономических факторов внешней среды влияющих на подготовку граждан к военной службе

Фактор	Вероятность	Влияние	Ответная реакция	Ранг
Снижение уровня заработной платы медицинского персонала.	Средняя, 1-2 года	Снижение уровня укомплектованности и ВВК и педиатрической службы	Увеличение нагрузки на персонал, снижение доступности ВВЭ	2
Снижение реальных доходов населения.	Средняя, 2 года	Снижение уровня жизни.	Рост заболеваемости, в т.ч. социально-значимыми болезнями	1
Рост платных услуг в здравоохранении.	Средняя, 5 лет	Снижение доступности медицинской помощи	«Выдавливание» контингента в платный сектор здравоохранения	3
Повышение темпов роста экономики Российской Федерации.	Средняя, 5 лет	Увеличение финансирования здравоохранения РФ	Расширение диагностических и лечебно-профилактических возможностей ЛПУ	6
Стабильная инфляция в РФ на уровне 3-5% в год	Высокая, 3 года	Стабилизация цен на платные медицинские услуги, с незначительным ростом 3-5%	Возможность стратегического планирования на среднесрочный период	7
Рост расходов на здравоохранение (рост тарифов ОМС, выполнение «майских» указов, дополнительная диспансеризация и т.д.)	Высокая, 1-2 года	Увеличение стоимости комплекса мероприятий по подготовке граждан к военной службе	Разработка мер по экономии бюджетных средств	4
Повышение требований ФОМС к качеству проводимых профилактических мероприятий	Высокая, 1-2 года	Уменьшение выплат ФОМС за проведённые профилактические осмотры	Разработка мер по минимизации затрат ЛПУ на проведение профилактических осмотров контингента	5

Таблица 7.3 - PEST-анализ социо-культурных факторов внешней среды влияющих на подготовку граждан к военной службе

Фактор	Вероятность	Влияние	Ответная реакция	Ранг
Снижение количества граждан призывного возраста	Высокая, 5 лет	Уменьшение количества граждан годных к военной службе.	Снижение требований к состоянию здоровья призывников.	1
Снижение качества призывного ресурса	Высокая, 5 лет	Уменьшение количества граждан годных к военной службе.	Снижение требований к состоянию здоровья призывников.	2
Повышение у граждан призывного возраста и их родителей требований к качеству оказания медицинских услуг.	Высокая, 2-3 года	Повышение количества жалоб и претензий со стороны контингента	Стандартизация методик и экспертиз, применяемых в отношении граждан призывного возраста	5
Рост количества судебных исков по обжалованию решений призывных комиссий	Высокая, 1-2 года	Отмена решений ВВК, повторное освидетельствование	Возрастание роли юридической службы, проведения комплекса мероприятий по нивелированию правовых рисков	6
Повышение престижа военной службы среди молодёжи	Высокая, 3-5 лет	Увеличение количества граждан, желающих пройти военную службу	Усиление роли ВВК при отборе в ВС РФ	3
Увеличение числа юношей, имеющих высшее образование и спортивный разряд	Высокая, 2-3 года	Увеличение количества призывников, скрывающих свои заболевания	Усиление работы ВВК при выявлении патологии	4

Таблица 7.4 - PEST-анализ технологических факторов внешней среды влияющих на подготовку граждан к военной службе

Фактор	Вероятность	Влияние	Ответная реакция	Ранг
Разработка инновационных методов диагностики и лечения заболеваний	Высокая, 1-3 года	Улучшение диагностики заболеваний у граждан призывного возраста	Внесение изменений в нормативно-правовые документы по порядку выявления и профилактики хронических заболеваний	1
Повышение эффективности реабилитационных мероприятий при врождённой и хронической патологии (искусственные органы, клеточные технологии, успехи трансплантации, генные технологии).	Высокая, 5 лет	Более успешное и полное восстановление функций органов и систем	Расширение уровня граждан с врождённой и хронической патологией годных для службы в ВС РФ	4
Повышение требований к технологическому оснащению при оказании медицинских услуг	Высокая, 3-5 лет	Расширение стандартов оснащения медицинских подразделений при оказании услуг гражданам призывного возраста	Необходимость выделения дополнительных средств для приведения помещений к требованиям руководящих документов	5
Проникновение Интернета и электронных гаджетов в сферу оказания медицинских услуг	Высокая, 1-2 года	Появляется потребность у ВВК, медицинской службы МО РФ в обмене данными с ЛПУ, диспансерами иными базами данных МЗ РФ	Интеграция системы учёта граждан призывного возраста, ВВК, военно-медицинских организаций в единую систему.	3
Широкое внедрение новейших технологий во все сферы деятельности (облачные технологии, блокчейн и др.)	Высокая, 5 лет	Переход граждан на удостоверения личности нового образца, возможность хранения медицинской документации в электронном виде (паспорт призывника)	Создание системы дистанционного освидетельствования граждан призывного возраста	2

Степень влияния фактора в данной матрице на систему подготовки граждан к военной службе определялась по ранговому месту значимости данного фактора на основе субъективной экспертной оценки. Среди политических факторов имеют максимальное влияние и, соответственно, заняли ведущие ранговые места: повышение роли Вооружённых сил на фоне нарастание внешних угроз, государственное регулирование мероприятий подготовки к военной службе и разработка Программ по подготовке граждан к военной службе во всех регионах РФ. Среди экономических факторов на первом месте стоит снижение реальных доходов населения, на втором - снижение уровня заработной платы медицинского персонала, на третьем - рост платных услуг в здравоохранении. Наиболее значимыми социо-культурными факторами стали: снижение количества и качества призывного ресурса, повышение престижа военной службы среди молодёжи. Разработка инновационных методов диагностики и лечения заболеваний, широкое внедрение новейших технологий во все сферы деятельности (облачные технологии, блокчейн и др.), проникновение Интернета и электронных гаджетов в сферу оказания медицинских услуг оказывают максимальное влияние на систему медицинского обеспечения граждан призывного возраста среди технологических факторов внешней среды.

Факторы, которые имеют минимальное влияние на процесс или не имеют его вовсе, не включались в таблицу.

Таким образом, проведённый нами PEST- анализ внешних аспектов, влияющих на подготовку граждан к военной службе позволил выявить нижеперечисленные факторы, которые окажут максимальное воздействие на процесс подготовки граждан к военной службе:

1. политические факторы (нарастание внешних угроз, повышение роли Вооружённых сил);
2. экономические факторы (снижение реальных доходов

- населения);
3. социо-культурные факторы (снижение количества и качества граждан призывного возраста);
 4. технологические факторы (разработка инновационных методов диагностики и лечения заболеваний).

Проведённое ранжирование значимости данных факторов с учётом силы воздействия, реальной значимости на процесс медицинского обеспечения граждан к военной службе позволяет научно обосновать мероприятия по межведомственному обеспечению подготовки и призыва на военную службу граждан Российской Федерации.

7.2 SWOT-анализ современного состояния системы по медицинскому обеспечению мероприятий по подготовке к военной службе

SWOT анализ – это метод первичной оценки текущей ситуации основанный на рассмотрении её с четырёх сторон: Strengths – сильные стороны; Weaknesses — слабые стороны; Opportunities – возможности; Threats – угрозы. Сильные и слабые стороны – это внутренняя среда процесса, которая имеется на текущий момент времени. Возможности и угрозы – это факторы внешней среды, их значение переменное и зависит от принимаемых действий и решений. Впервые аббревиатура SWOT прозвучала в Гарварде в 1963 году на конференции по проблемам бизнес-политики профессором Кеннетом Эндрюсом (Kenneth Andrews). SWOT анализ помогает составить структурированное описание конкретной ситуации, на основании этого описания можно сделать выводы, которые приводят к правильным и взвешенным решениям.

В настоящее время система подготовки граждан к военной службе основана на комплексном межведомственном подходе с использованием всех возможностей исполнительной власти Российской Федерации

(Минздрава, Минобра, Минобороны, Минспорта и др.). Федеральной концепцией по подготовке граждан к военной службе установлены критерии эффективности этой работы (снижение количества граждан, не соответствующих по состоянию здоровья и уровню физического развития требованиям военной службы, к 2016 году - до 20%, к 2020 году - до 10%, а также увеличение показателя годности к военной службе граждан, прибывших на призывные комиссии, к 2016 году - на 15%, а к 2020 году - на 28 %). Однако, учитывая снижение количества призывного ресурса и рост заболеваемости среди юношей призывного возраста практически по всем классам болезней, требуется решение не только лечебно-диагностических, профилактических, но и медико-социальных, психологических проблем контингента. Основная нагрузка при решении поставленных задач возложена на педиатрическую службу и образовательные учреждения при активном участии военно-врачебных комиссий муниципальных образований. В то же время федеральная и региональная нормативно-правовая база, посвящённая данной проблематике, либо отсутствует, либо устарела и не соответствует современным реалиям: отсутствуют стандарты (порядки) проведения военно-врачебной экспертизы, в ряде субъектов отсутствуют региональные Программы по подготовке граждан к военной службе, устарел базовый документ, регламентирующий порядок медицинского обеспечения граждан призывного возраста (совместный приказ Минобороны и Минздрава от 23 мая 2001 года № 240/168 «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе»). Помимо проблем правового регулирования процессов имеются существенные организационные проблемы в оказании медицинских услуг во время подготовки и проведения военно-врачебной экспертизы контингенту. Так, отсутствуют лицензии на медицинскую деятельность у отделов военных комиссариатов, ряда военно-лечебных учреждений и др.

Выборочный опрос врачей по военно-врачебной экспертизе (2016-2017 годы) на территории России показал, что неудовлетворительное качество профилактических осмотров в сочетании с недостаточным объёмом диагностических мероприятий и низким качеством нормативно-правовой базы оказывают существенное влияние на качество мероприятий по подготовке граждан к военной службе. Этот аспект более подробно рассматривался в 5 главе настоящего исследования.

На основе SWOT-анализа нами изучена система медицинского обеспечения граждан Российской Федерации к военной службе. В базовой матрице располагались наиболее значимые факторы влияющие на функционирование данной системы (таб. 7.5). Внешние факторы, определяющие тенденции развития системы были рассмотрены во время проведения PEST-анализа (раздел 7.1 главы 7).

Таблица 7.5 - Исходная матрица SWOT-анализа особенностей системы медицинского обеспечения мероприятий по подготовке граждан к военной службе

Сильные стороны	Слабые стороны	Благоприятные возможности	Угрозы
1	2	3	4
Руководством РФ поставлены чёткие задачи в сфере подготовки граждан к военной службе (постановление Правительства РФ от 3 февраля 2010 года №134-р «Об утверждении Концепции федеральной системы подготовки граждан к военной службе на период до 2020 года).	Достижение показателей осуществляется фактически за счёт снижения требований к состоянию здоровья будущих воинов (пост. Правительства РФ от 01 октября 2014 года № 1005 "О внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ", приказ Минобороны от 31 июля 2017 года №475 «О внесении изменений в приказ Министра обороны РФ от 20 октября 2014 года №770 «О мерах по реализации в ВС РФ правовых актов по вопросам проведения ВВЭ»).	Бюджетом различных уровней выделяются значительные денежные средства на мероприятия по подготовке граждан к военной службе.	Количество граждан призывного возраста к 2021 году уменьшится на 43,5% по сравнению с 2010 годом (данные Росстата - www.gks.ru). Растёт общая и первичная заболеваемость среди юношей призывного возраста (рост до 27% за 10 лет).

1	2	3	4
<p>В РФ создана система профилактических осмотров детей и подростков (Приказ Минздрава РФ от 21 декабря 2012 года №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»).</p>	<p>Профилактические мероприятия среди детей и подростков проводятся формально с низким качеством (при контрольных обследованиях выявляется впервые до 61,6% патологии ССС, 78,9% нарушений репродуктивной сферы, до 27,7% требуют наблюдения психиатра)</p>	<p>По данным Минздрава за последние 15 лет охват профилактическими осмотрами подростков 15-17 лет составил 85,4% - 96,5%.</p>	<p>Бюджетные средства расходуются неэффективно. Так, потери бюджета от снижения качества профилактических осмотров и военно-врачебной экспертизы составляют 36,5 млрд. руб. ежегодно, или 1,4% от всех расходов на здравоохранение в 2016 году.</p>
<p>Призывные комиссии созданы во всех субъектах РФ (ВК субъектов – 84, ВК отделов ВВК субъектов – 2824, 2962 чел. штатных медицинских работников, 25416 – внештатных, коэффициент доступности ВВЭ – 3,67)</p>	<p>Качество контингента призванного в ВС РФ остаётся на крайне низком уровне: увольняемость – 20,0%, первичная заболеваемость – 1206,1%, общая заболеваемость – 2058,7%, госпитализация – 1123,4%, трудопотери – 11515,2%.</p>	<p>100% граждан призывного возраста проходят военно-врачебную экспертизу в 17 и 18-27 лет.</p>	<p>Снижение численности сотрудников ВВК - на 6,0% с 2009 года, среди категории «врачи ВК» некомплект по отдельным военным округам достигает 21,8%. Большая доля медицинских сотрудников, которые не удовлетворены уровнем заработной платы (75,3%).</p>

Продолжение Таблицы 7.5

1	2	3	4
<p>Высокая степень охвата ВВЭ граждан призывного возраста (1 штатный медицинский сотрудник ВВК на 3,67 тыс. призывного контингента).</p>	<p>Низкий уровень подготовки специалистов по ВВЭ: 71,2% не проходили подготовку по данной специальности, из них 47,8% не обучались ни разу.</p> <p>Подготовка по военно-врачебной экспертизе проводится только в ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России (г. Ст.-Петербург) и её филиале в г. Москве.</p>	<p>Разветвлённая сеть образовательных организаций, которые осуществляют подготовку медицинских специалистов по программам последипломной подготовки, на всей территории Российской Федерации.</p>	<p>Отсутствие в подготовке врачей педиатрической службы элементов знаний по военно-врачебной экспертизе.</p> <p>Отсутствие в критериях эффективности деятельности врача-педиатра участкового показателя, который определяет годность юношей, проживающих на участке, к военной службе (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 апреля 2007 года. № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового»).</p>

Продолжение Таблицы 7.5

<p>Организация и проведение широкомасштабных мероприятий по формированию здорового образа жизни, профилактики наркоманий и табакокурения среди граждан призывного возраста.</p>	<p>и Низкая медицинская активность призывников и их родителей (до 76,4% хронической патологии выявляется только во время ППВУ). Положительную динамику в состоянии своего здоровья отмечают только 14,2% опрошенных юношей. 14,8% опрошенных экспертов отмечают отрицательную динамику в состоянии здоровья данного контингента за последние 5 лет.</p>	<p>Приоритетный характер профилактических мероприятий: создание «Центров здоровья», которые функционируют в рамках государственной программы, <u>«Развитие здравоохранения»</u> которая включает в себя подпрограмму «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни».</p>	<p>Роль школы и детской поликлиники в формировании ЗОЖ среди подростков призывного возраста упала за последние 5 лет в 2 раза и составляет только 10% от получаемой ими информации.</p>
---	---	--	---

Продолжение Таблицы 7.5

<p>В Российской Федерации декларируется приоритет интересов пациентов при получении ими медицинской помощи. Качество медпомощи является одним из основных принципов охраны здоровья граждан Российской Федерации. Государством взят курс на модернизацию системы здравоохранения РФ, включающую в себя: внедрение удобных информационных систем; закупку современного медицинского оборудования; введение новых стандартов.</p>	<p>Низкая удовлетворённость качеством медицинской помощи среди контингента: 51,4% граждан призывного возраста не удовлетворены качеством медицинской помощи, которая оказывалась во время подготовки и призыва на военную службу. 19,1% экспертов считают необходимым расширить перечень обязательных методик при обследовании граждан призывного возраста.</p>	<p>В рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» в 2015 году выделено на подпрограмму «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины» - 14 трлн. руб., на подпрограмму «Управление развитием отрасли» - 2,9 трлн. руб., подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» - 106,2 трлн. руб.</p>	<p>Отсутствует интеграция ВВК и ВМО в базы данных МЗ РФ. Введение «паспорта призывника» откладывается на неопределённое время. Военные комиссариаты по муниципальным образованиям не имеют лицензий на медицинскую деятельность — отсутствует государственный контроль за качеством медицинских услуг. Перечень обязательных диагностических методик остаётся на уровне 2001 года.</p>
---	---	---	--

Таблица 7.5.1 Схема реализации возможностей с помощью сильных сторон

Сильные стороны	Благоприятные возможности	Мероприятия
<p>Руководством РФ поставлены чёткие задачи в сфере подготовки граждан к военной службе (постановление Правительства РФ от 3 февраля 2010 года №134-р «Об утверждении Концепции федеральной системы подготовки граждан к военной службе на период до 2020 года»).</p>	<p>Бюджетом различных уровней выделяются значительные денежные средства на мероприятия по подготовке граждан к военной службе.</p>	<p>Разработка единой нормативно-правовой базы по вопросам медицинского обеспечения граждан призывного возраста на основе трёхуровневого распределения полномочий.</p>
<p>В РФ создана система профилактических осмотров детей и подростков (Приказ Минздрава РФ от 21 декабря 2012 года №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»).</p>	<p>По данным Минздрава за последние 15 лет охват профилактическими осмотрами подростков 15-17 лет составил 85,4% - 96,5%.</p>	<p>Реализация в Российской Федерации полного комплекса мероприятий для достижения целей, предусмотренных федеральной Концепцией подготовки граждан к военной службе.</p>

Продолжение Таблицы 7.5.1

<p>Призывные комиссии созданы во всех субъектах РФ (ВК субъектов – 84, ВК отделов ВВК субъектов – 2824, 2962 чел. штатных медицинских работников, 25416 – внештатных, коэффициент доступности ВВЭ – 3,67).</p>	<p>100% граждан призывного возраста проходят военно-врачебную экспертизу в 17 и 18-27 лет.</p>	<p>Формирование на базе результатов военно-врачебной экспертизы контингента критериев эффективности работы региональных властей по подготовке граждан к военной службе.</p>
<p>Высокая степень охвата ВВЭ граждан призывного возраста (1 штатный медицинский сотрудник ВВК на 3,67 тыс. призывного контингента).</p>	<p>Разветвлённая сеть образовательных организаций, которые осуществляют подготовку медицинских специалистов по программам последиplomной подготовки, на всей территории Российской Федерации.</p>	<p>Включение вопросов медицинского обеспечения граждан при подготовке к военной службе в программы подготовки врачей-специалистов.</p>
<p>Организация и проведение широкомасштабных мероприятий по формированию здорового образа жизни, профилактики наркоманий и табакокурения среди граждан призывного возраста.</p>	<p>Приоритетный характер профилактических мероприятий: создание «Центров здоровья», которые функционируют в рамках государственной программы, <u>«Развитие здравоохранения»</u> которая включает в себя подпрограмму «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни».</p>	<p>Создание условий проведения постоянного мониторинга качества жизни контингента. В обязательном порядке учитывать динамику и региональные особенности эмоционального и психосоматического компонента.</p>

Продолжение Таблицы 7.5.1

<p>В Российской Федерации декларируется приоритет интересов пациентов при получении ими медицинской помощи. Качество медпомощи является одним из основных принципов охраны здоровья граждан Российской Федерации. Государством взят курс на модернизацию системы здравоохранения РФ, включающую в себя: внедрение удобных информационных систем; закупку современного медицинского оборудования; введение новых стандартов.</p>	<p>В рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» в 2015 году выделено на подпрограмму «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины» - 14 трлн. руб., на подпрограмму «Управление развитием отрасли» - 2,9 трлн. руб., подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» - 106,2 трлн. руб.</p>	<p>Формирование единой информационной системы («паспорта призывника»), которая будет включать результаты медицинского наблюдения в подготовительный период (0-17), во время призыва (18-27 лет) и пребывания в запасе (после 27 лет). Создание нового перечня обязательных диагностических методик при проведении военно-врачебных экспертиз.</p>
---	---	---

Таблица 7.5.2 Схема нейтрализации угроз с помощью сильных сторон

Сильные стороны	Угрозы	Мероприятия
<p>Руководством РФ поставлены чёткие задачи в сфере подготовки граждан к военной службе (постановление Правительства РФ от 3 февраля 2010 года №134-р «Об утверждении Концепции федеральной системы подготовки граждан к военной службе на период до 2020 года»).</p>	<p>Количество граждан призывного возраста к 2021 году уменьшится на 43,5% по сравнению с 2010 годом (данные Росстата - www.gks.ru). Растёт общая и первичная заболеваемость среди юношей призывного возраста (рост до 27% за 10 лет).</p>	<p>Разработка региональных программ по подготовке граждан к военной службе. Выделение данного контингента, как отдельной фокусной группы, имеющей свои специфические особенности.</p>
<p>В РФ создана система профилактических осмотров детей и подростков (Приказ Минздрава РФ от 21 декабря 2012 года №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»).</p>	<p>Бюджетные средства расходуются неэффективно. Так, потери бюджета от снижения качества профилактических осмотров и военно-врачебной экспертизы составляют 36,5 млрд. руб. ежегодно, или 1,4% от всех расходов на здравоохранение в 2016 году.</p>	<p>Создание эффективных механизмов контроля качества профилактических осмотров детей и подростков на основе страховых принципов с формированием зависимости оплаты оказанных медицинских услуг в зависимости от итогового результата.</p>

Продолжение Таблицы 7.5.2

<p>Призывные комиссии созданы во всех субъектах РФ (ВК субъектов – 84, ВК отделов ВВК субъектов – 2824, 2962 чел. штатных медицинских работников, 25416 – внештатных, коэффициент доступности ВВЭ – 3,67).</p>	<p>Снижение численности сотрудников ВВК - на 6,0% с 2009 года, среди категории «врачи ВК» некомплект по отдельным военным округам достигает 21,8%. Большая доля медицинских сотрудников, которые не удовлетворены уровнем заработной платы (75,3%).</p>	<p>Создание «дорожной карты» по повышению престижа работы в системе военно-врачебных комиссий, которая будет включать меры по повышению заработной платы, санитарно-гигиенических условий и формированию дополнительных социальных гарантий для специалистов.</p>
<p>Высокая степень охвата ВВЭ граждан призывного возраста (1 штатный медицинский сотрудник ВВК на 3,67 тыс. призывного контингента).</p>	<p>Отсутствие в подготовке врачей педиатрической службы элементов знаний по военно-врачебной экспертизе. Отсутствие в критериях эффективности деятельности врача-педиатра участкового показателя, который определяет годность юношей, проживающих на участке, к военной службе (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 апреля 2007 года. № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового»).</p>	<p>Включение вопросов военно-врачебной экспертизы в перечень вопросов подготовки врачей-специалистов. Разработка критериев эффективности деятельности участкового врача педиатра по вопросам подготовки граждан к военной службе.</p>

Продолжение Таблицы 7.5

<p>Организация и проведение широкомасштабных мероприятий по формированию здорового образа жизни, профилактики наркоманий и табакокурения среди граждан призывного возраста.</p>	<p>Роль школы и детской поликлиники в формировании ЗОЖ среди подростков призывного возраста упала за последние 5 лет в 2 раза и составляет только 10% от получаемой ими информации.</p>	<p>Разработка и внедрение новых подходов формирования приверженности к ЗОЖ у контингента с учётом современных реалий: социальные сети, мессенджеры и пр.</p>
<p>В Российской Федерации декларируется приоритет интересов пациентов при получении ими медицинской помощи. Качество медпомощи является одним из основных принципов охраны здоровья граждан Российской Федерации. Государством взят курс на модернизацию системы здравоохранения РФ, включающую в себя: внедрение удобных информационных систем; закупку современного медицинского оборудования; введение новых стандартов.</p>	<p>Отсутствует интеграция ВВК и ВМО в базы данных МЗ РФ. Введение «паспорта призывника» откладывается на неопределённое время. Военные комиссариаты по муниципальным образованиям не имеют лицензий на медицинскую деятельность — отсутствует государственный контроль за качеством медицинских услуг.</p>	<p>Создание единой интегрированной системы на базе типовой автоматизированной системы управления (ТАСУ) медицинских организаций и программного изделия «Учёт личного состава» (ОКР «Алушта») Минобороны России с внедрением индивидуального «Паспорта призывника» для обеспечения преемственности проводимых мероприятий. Проведение комплекса мероприятий по приведению отделов военных комиссариатов в соответствие с существующими лицензионными требованиями. Получение санитарно-эпидемиологического заключения и лицензии на медицинскую деятельность.</p>

Таблица 7.5.3 Схема использования благоприятных возможностей для преодоления слабых сторон

Слабые стороны	Благоприятные возможности	Мероприятия
<p>Достижение показателей осуществляется фактически за счёт снижения требований к состоянию здоровья будущих воинов (пост. Правительства РФ от 01 октября 2014 года № 1005 "О внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ", приказ Минобороны от 31 июля 2017 года №475 «О внесении изменений в приказ Министра обороны РФ от 20 октября 2014 года №770 «О мерах по реализации в ВС РФ правовых актов по вопросам проведения ВВЭ»).</p>	<p>Бюджетом различных уровней выделяются значительные денежные средства на мероприятия по подготовке граждан к военной службе.</p>	<p>Разработка комплекса профилактических и реабилитационных мероприятий для реализации во время прохождения военной службы по призыву. Подготовка сил и средств медицинской службы к массовому поступлению военнослужащих с хронической патологией, разработка дополнительных критериев допуска к службе по отдельным специальностям.</p>
<p>Профилактические мероприятия среди детей и подростков проводятся формально с низким качеством (при контрольных обследованиях выявляется впервые до 61,6% патологии ССС, 78,9% нарушений репродуктивной сферы, до 27,7% требуют наблюдения психиатра)</p>	<p>По данным Минздрава за последние 15 лет охват профилактическими осмотрами подростков 15-17 лет составил 85,4% - 96,5%.</p>	<p>Формирование системы оплаты профилактических осмотров детей и подростков по достигнутому результату (категории годности к военной службы) в целях повышения качества медицинской помощи.</p>

Продолжение Таблицы 7.5.3

<p>Качество контингента призванного в ВС РФ остаётся на крайне низком уровне: увольняемость – 20,0%, первичная заболеваемость – 1206,1%, общая заболеваемость – 2058,7%, госпитализация – 1123,4%, трудопотери – 11515,2%.</p>	<p>100% граждан призывного возраста проходят военно-врачебную экспертизу в 17 и 18-27 лет.</p>	<p>Разработка основных направлений оптимизации деятельности военно-врачебных комиссий, переход от количественных критериев оценки к качественным.</p>
<p>Низкий уровень подготовки специалистов по ВВЭ: 71,2% не прошли подготовку по данной специальности, из них 47,8% не обучались ни разу. Подготовка по военно-врачебной экспертизе проводится только в ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России (г. Ст.-Петербург) и её филиале в г. Москве.</p>	<p>Разветвлённая сеть образовательных организаций, которые осуществляют подготовку медицинских специалистов по программам последиplomной подготовки, на всей территории Российской Федерации.</p>	<p>Широкое внедрение циклов по военно-врачебной экспертизе в региональных центрах подготовки медицинских специалистов. Разработка методик дистанционных форм обучения.</p>

Продолжение Таблицы 7.5.3

<p>Низкая медицинская активность призывников и их родителей (до 76,4% хронической патологии выявляется только во время ППВУ). Положительную динамику в состоянии своего здоровья отмечают только 14,2% опрошенных юношей. 14,8% опрошенных экспертов отмечают отрицательную динамику в состоянии здоровья данного контингента за последние 5 лет.</p>	<p>Приоритетный характер профилактических мероприятий: создание «Центров здоровья», которые функционируют в рамках государственной программы, <u>«Развитие здравоохранения»</u> которая включает в себя подпрограмму «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни».</p>	<p>Разработка и внедрение межведомственных подходов к вопросам подготовки граждан к военной службе на базе объединённых региональных центров здоровья и отделов военных комиссариатов.</p>
<p>Низкая удовлетворённость качеством медицинской помощи среди контингента: 51,4% граждан призывного возраста не удовлетворены качеством медицинской помощи, которая оказывалась во время подготовки и призыва на военную службу. 19,1% экспертов считают необходимым расширить перечень обязательных методик при обследовании граждан призывного возраста.</p>	<p>В рамках государственной программы «Развитие здравоохранения» в 2015 году выделено на подпрограмму «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины» - 14 трлн. руб., на подпрограмму «Управление развитием отрасли» - 2,9 трлн. руб., подпрограммы «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни» - 106,2.</p>	<p>Разработка нового регламента медицинского обеспечения граждан призывного возраста на базе персонифицированной медицины и инновационных методик профилактики и диагностики с обязательным учётом физических и психических показателей качества жизни контингента.</p>

Таблица 7.5.4 Схема снижения неблагоприятного воздействия сочетания слабых сторон и угроз

Слабые стороны	Угрозы	Мероприятия
<p>Достижение показателей осуществляется фактически за счёт снижения требований к состоянию здоровья будущих воинов (пост. Правительства РФ от 01 октября 2014 года № 1005 "О внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ", приказ Минобороны от 31 июля 2017 года №475 «О внесении изменений в приказ Министра обороны РФ от 20 октября 2014 года №770 «О мерах по реализации в ВС РФ правовых актов по вопросам проведения ВВЭ»).</p>	<p>Количество призывного контингента к 2028 году уменьшится на 43,5% по сравнению с 2010 годом. Растёт общая и первичная заболеваемость среди юношей призывного возраста (рост до 27% за 10 лет).</p>	<p>Развитие системы межведомственного обеспечения граждан призывного возраста. Создание межведомственных центров здоровья и военно-врачебной экспертизы.</p>
<p>Профилактические мероприятия среди детей и подростков проводятся формально с низким качеством (при контрольных обследованиях выявляется впервые до 61,6% патологии ССС, 78,9% нарушений репродуктивной сферы, до 27,7% требуют наблюдения психиатра)</p>	<p>Бюджетные средства расходуются неэффективно. Так, потери бюджета от снижения качества профилактических осмотров и военно-врачебной экспертизы составляют 36,5 млрд. руб. ежегодно, или 1,4% от всех расходов на здравоохранение в 2016 году.</p>	<p>Широкое внедрение страховых принципов при оплате услуг при проведении профилактических осмотров детей и подростков (по итоговому результату - категории годности к военной службе).</p>

Продолжение Таблицы 7.5.4

<p>Качество контингента, призванного в ВС РФ остаётся на крайне низком уровне: увольняемость – 20,0%, первичная заболеваемость – 1206,1%, общая заболеваемость – 2058,7%, госпитализация – 1123,4%, трудопотери – 11515,2%.</p>	<p>Снижение численности сотрудников ВВК - на 6,0% с 2009 года, среди категории «врачи ВК» некомплект по отдельным военным округам достигает 21,8%. Большая доля медицинских сотрудников, которые не удовлетворены уровнем заработной платы (75,3%).</p>	<p>Разработка «дорожной карты» по повышению заработной платы медицинским сотрудникам военных комиссариатов.</p>
<p>Низкий уровень подготовки специалистов по ВВЭ: 71,2% не проходили подготовку по данной специальности, из них 47,8% не обучались ни разу. Подготовка по военно-врачебной экспертизе проводится только в ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России (г. Ст.-Петербург) и её филиале в г. Москве.</p>	<p>Отсутствие в подготовке врачей педиатрической службы элементов знаний по военно-врачебной экспертизе. Отсутствие в критериях эффективности деятельности врача-педиатра участкового показателя, который определяет годность юношей, проживающих на участке, к военной службе (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 апреля 2007 года. № 283 «Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового»).</p>	<p>Развитие и внедрение программ обучения медицинских сотрудников основам военно-врачебной экспертизы в т. ч. дистанционных. Разработка и внедрение критериев эффективности деятельности врачей-педиатров и региональной власти по вопросам подготовки граждан к военной службе.</p>

Продолжение Таблицы 7.5.4

<p>Низкая медицинская активность призывников и их родителей (до 76,4% хронической патологии выявляется только во время ППВУ). Положительную динамику в состоянии своего здоровья отмечают только 14,2% опрошенных юношей. 14,8% опрошенных экспертов отмечают отрицательную динамику в состоянии здоровья данного контингента за последние 5 лет.</p>	<p>Роль школы и детской поликлиники в формировании ЗОЖ среди подростков призывного возраста упала за последние 5 лет в 2 раза и составляет только 10% от получаемой ими информации.</p>	<p>Активное развитие межведомственного взаимодействия по вопросам подготовки граждан к военной службе и формированию приверженности к ЗОЖ среди детей и подростков. Создание региональных центров подготовки граждан на базе региональных центров здоровья и отделов военно-врачебных комиссариатов.</p>
<p>Низкая удовлетворённость качеством медицинской помощи среди контингента: 51,4% граждан призывного возраста не удовлетворены качеством медицинской помощи, которая оказывалась во время подготовки и призыва на военную службу. 19,1% экспертов считают необходимым расширить перечень обязательных методик при обследовании граждан призывного возраста.</p>	<p>Отсутствует интеграция ВВК и ВМО в базы данных МЗ РФ. Введение «паспорта призывника» откладывается на неопределённое время. Военные комиссариаты по муниципальным образованиям не имеют лицензий на медицинскую деятельность — отсутствует государственный контроль за качеством медицинских услуг.</p>	<p>Усиление конкуренции среди медицинских организаций путём расширения базы для оказания медицинской помощи контингенту на основе государственно-частного партнёрства. Обеспечение преемственности профилактических и лечебно-диагностических мероприятий на основе электронного «паспорта призывника». Разработка порядка</p>

		оказания медицинской услуги – военно-врачебной экспертизы. Обеспечение условий для лицензирования медицинской деятельности отделов военных комиссариатов.
--	--	---

Резюме:

Таким образом, на основании исходной матрицы (таблица 7.5) нами были разработаны и научно обоснованы:

1. схема реализации возможностей с помощью сильных сторон (таблица 7.5.1);
2. схема нейтрализации угроз с помощью сильных сторон (таблица 7.5.2);
3. схема использования благоприятных возможностей для преодоления слабых сторон (таблица 7.5.3);
4. схема снижения неблагоприятного воздействия сочетания слабых сторон и угроз (таблица 7.5.4).

Первоочередными мероприятиями в настоящее время следует считать:

- разработку региональных программ по подготовке граждан к военной службе;
- выделение данного контингента, как отдельной фокусной группы, имеющей свои специфические особенности;
- создание единой интегрированной системы на базе типовой автоматизированной системы управления (ТАСУ) медицинских организаций с внедрением индивидуального «Паспорта призывника» для обеспечения преемственности проводимых мероприятий;

- проведение комплекса мероприятий по приведению отделов военных комиссариатов в соответствие с существующими лицензионными требованиями и получение санитарно-эпидемиологического заключения;
- разработка комплекса профилактических и реабилитационных мероприятий для реализации во время прохождения военной службы по призыву;
- подготовка сил и средств медицинской службы к массовому поступлению военнотружущих с хронической патологией, разработка дополнительных критериев допуска к службе по отдельным специальностям;
- разработка нового регламента медицинского обеспечения граждан призывного возраста на базе персонифицированной медицины и инновационных методик профилактики и диагностики с обязательным учётом физических и психических показателей качества жизни контингента;
- широкое внедрение страховых принципов при оплате услуг при проведении профилактических осмотров детей и подростков (по итоговому результату - категории годности к военной службе);
- усиление конкуренции среди медицинских организаций путём расширения базы для оказания медицинской помощи контингенту на основе государственно-частного партнёрства и др.

7.3 Состояние дел по выполнению «Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе до 2020 года» на региональном уровне

Согласно статье 11 Федерального закона "О воинской обязанности и военной службе" и статье 2 Положения о подготовке граждан Российской Федерации к военной службе *обязательная* подготовка к военной службе

для несовершеннолетних мужского пола включает в себя медицинское освидетельствование и медицинское обследование, а так же проведение лечебно-оздоровительных мероприятий. Дальнейшее развитие данные нормы получили в Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2010 года №134-р (далее - Концепция). Сохранение и укрепление здоровья военнослужащих является одним из приоритетных направлений деятельности Минобороны и в настоящее время, особенно принимая во внимание сложные внешнеполитические условия. По данным Министерства обороны от 32,3% (в 2012 году) до 27,1% (в 2014 году) молодых людей не подлежат призыву в Вооружённые силы по состоянию здоровья. Рост удельного веса годных к военной службе призывников (в том числе с незначительными ограничениями) за последний год на 3,0%, связан со смягчением требований к состоянию здоровья военнослужащих по призыву в Постановлении Правительства № 565 от 4 июля 2013 года, которое вступило в силу с 1 января 2014 года. Учитывая вышесказанное, а также значительное количество жалоб и обращений граждан (Ядчук В.Н., Андроненков И.А., 2011), множество проблем, которые возникают при осуществлении лицензирования военно-врачебной экспертизы, возникла настоятельная потребность провести анализ современного состояния проблемы по реализации положений федеральной Концепции на региональном уровне (на примере Москвы и Московской области).

Рассматриваемая Концепция предусматривает обязательное принятие субъектами Российской Федерации долгосрочных региональных программ по военно-патриотическому воспитанию и подготовке граждан к военной службе. Помимо этого предлагается дополнить перечень индикаторов эффективности работы органов государственной власти субъекта РФ показателями военно-патриотического воспитания и

подготовки граждан к военной службе. Основная цель данных мероприятий - охват методической работой всех направлений обязательной подготовки граждан к военной службе, включая получение начальных знаний в области обороны, подготовку по основам военной службы, военно-патриотическое воспитание, подготовку по военно-учетным специальностям и медицинское освидетельствование.

По итогам реализации второго этапа Концепции к 2013 году предполагалось принять в каждом из субъектов Российской Федерации региональные программы по военно-патриотическому воспитанию и подготовке граждан к военной службе. Они должны быть направлены на улучшение подготовки граждан к службе в Вооружённых силах и учитывать единые требования к регионам по вопросам организации данной подготовки, а так же специфику каждого региона. Помимо этого региональные программы необходимо согласовать с реализуемыми на федеральном уровне мероприятиями приоритетных национальных проектов в сфере образования, здравоохранения, физической культуры и спорта.

В течение третьего этапа (в 2013 - 2015 годах) предусматривалось продолжать осуществление мероприятий по совершенствованию федеральной системы подготовки граждан к военной службе, а именно: провести мероприятия по упреждающему реагированию на возможные негативные тенденции на основе оценки влияния реализуемых региональных программ на уровень подготовленности граждан к военной службе.

По итогам реализации третьего этапа предполагалось к 2016 году создать электронный паспорт призывника (единую систему учета подготовки призывных ресурсов), снизить до 25 процентов количество юношей, не соответствующих требованиям военной службы по состоянию здоровья и уровню физического развития, а также увеличить на

10 процентов показатель годности к военной службе молодых мужчин, прибывающих на призывные комиссии различного уровня.

И, соответственно, на четвертом этапе данной Концепции (в 2016 - 2020 годах) предусматривается дальнейшее реформирование существующей системы определения годности к военной службе и создание эффективной системы лечебно-оздоровительных мероприятий.

По итогам реализации всех этапов предполагается к 2020 году:

снизить до 10 процентов количество граждан, которые не соответствуют по состоянию здоровья и уровню физического развития требованиям военной службы;

увеличить на 28 процентов показатель годности к военной службе юношей, прибывших на призывные комиссии.

То есть, количество призывников, которым будет присвоена категория годности к военной службе В, Г, Д (ограниченно годен, временно не годен, не годен к военной службе соответственно), должно составлять не более 10% (по состоянию на 2010 год это количество составило 30%), а количество граждан, признанных военно-врачебной комиссией «годным к военной службе» и «годным к военной службе с незначительными ограничениями», должно составить не менее 90% (70% по состоянию на 2010 год). Для реализации задач, поставленных федеральной Концепцией Постановлением Правительства от 30 марта 2010 года (с изменениями, внесёнными Постановлением Правительства от 2 июля 2014 года №605), была создана межведомственная комиссия по подготовке граждан Российской Федерации к военной службе и военно-патриотическому воспитанию (далее Комиссия). Она формируется в составе председателя Комиссии, его двух заместителей и членов Комиссии. Причём, председатель данной Комиссии утверждается Правительством Российской Федерации и ему подотчетен. Организационно-техническое, методическое и иное обеспечение

деятельности Комиссии осуществляет Министерство обороны Российской Федерации. Информационно-аналитическое обеспечение деятельности Комиссии осуществляется органами государственной власти, представители которых входят в состав Комиссии, а также другими федеральными органами исполнительной власти, участвующими в пределах своих полномочий в реализации Концепции и региональных программ по подготовке граждан Российской Федерации к военной службе и военно-патриотическому воспитанию.

В компетенцию Комиссии входит:

- координация (обеспечение согласованных действий) деятельности органов исполнительной власти, органов местного самоуправления и организаций по совершенствованию подготовки граждан Российской Федерации к военной службе и военно-патриотического воспитания;
- рассмотрение проектов нормативных правовых актов, необходимых для реализации Концепции, а также региональных программ по подготовке граждан Российской Федерации к военной службе и военно-патриотическому воспитанию;
- контроль за подготовкой и осуществлением органами исполнительной власти, органами местного самоуправления и организациями мероприятий по реализации Концепции и региональных программ по подготовке граждан Российской Федерации к военной службе и военно-патриотическому воспитанию, а также анализ результатов этой деятельности и выработка соответствующих рекомендаций;
- подготовка ежегодного доклада о ходе реализации Концепции и региональных программ по подготовке граждан Российской Федерации к военной службе и военно-патриотическому воспитанию;
- оценка эффективности мероприятий по подготовке граждан Российской Федерации к военной службе и военно-патриотическому воспитанию с

учетом складывающейся социально-экономической и демографической ситуации;

- организация взаимодействия органов исполнительной власти, органов местного самоуправления и организаций при решении задач, связанных с реализацией Концепции и региональных программ по подготовке граждан Российской Федерации к военной службе и военно-патриотическому воспитанию;

- обобщение опыта работы по реализации Концепции и региональных программ по подготовке граждан Российской Федерации к военной службе и военно-патриотическому воспитанию и утверждение рекомендаций для органов исполнительной власти, органов местного самоуправления и организаций по повышению эффективности этой работы.

Однако, к сожалению, в открытых источниках докладов о ходе реализации федеральной Концепции не представлено. Тем не менее, для оценки состояния работы по реализации региональных программ подготовки граждан к военной службе в соответствии с федеральной Концепцией, нами была предпринята попытка анализа нормативной базы Москвы и Московской области, которая посвящена данной проблематике.

Постановлением Правительства Москвы от 16 февраля 2010 года №136-ПП "О Концепции допризывной подготовки молодежи в городе Москве до 2020 года и Плана мероприятий по совершенствованию допризывной подготовки молодежи в городе Москве на 2010-2011 годы" была дана общая характеристика проблем, возникающих при подготовке юношей, проживающих в городе Москве, к военной службе и всесторонняя оценка ситуации, которая сложилась в настоящее время. Определена основная цель, первоочередные задачи, принципы, основные направления и механизмы совершенствования допризывной подготовки молодежи города Москвы, сформированы основные этапы и ожидаемые результаты реализации Концепции, порядок финансирования для

мероприятий, которые включены в городскую Концепцию допризывной подготовки молодежи до 2020 года.

За основу механизма реализации Концепции в городе Москве приняты мероприятия по совершенствованию законодательства города в области здравоохранения, методическом обеспечении деятельности исполнительной власти, постоянном мониторинге и анализе уровня подготовки призывников к военной службе и выработке мер, направленных на совершенствование данной подготовки, изучение внедрения лучшего опыта реализации данной подготовки, создание и экспериментальная апробация новых подходов к системе допризывной подготовки.

Во время анализа нормативно-правовой базы, посвящённой данной тематике, в Московской области не удалось обнаружить действующей Программы подготовки к военной службе, что идёт вразрез с требованиями федеральной Концепции. Так, пунктом 2.13 Плана основных мероприятий распоряжения Губернатора Московской области от 28 декабря 2010 года №479-РГ предусматривалась разработка программы Московской области по военно-патриотическому воспитанию и подготовке граждан к военной службе на 2012-2015 годы со сроком исполнения данного документа в 2011 году.

В результате проведённой работы Постановлением Правительства Московской области от 31 августа 2011 года № 924/35 была утверждена долгосрочная целевая программа "Патриотическое воспитание и подготовка молодежи к военной службе на 2012-2015 годы". Стоит отметить, что в этой программе пути достижения целей, обозначенных в федеральной Концепции, описываются крайне скудно и не базируются на анализе состояния дел в области. Так, предлагается провести на базе лечебно-профилактических учреждений Московской области профилактические осмотры юношей допризывного возраста с целью

выявления заболеваний и функциональных отклонений в состоянии здоровья, обследование и лечение юношей допризывного и призывного возраста, с выявленными по результатам профосмотров заболеваниями, с использованием возможностей всех уровней оказания медицинской помощи (которые, впрочем, и так проводятся в соответствии с совместным приказом Министерства здравоохранения и Министерства обороны от 23 мая 2001 года №240/168), а также предполагалось проведение мероприятий по раннему выявлению алкогольной и наркотической зависимости у допризывников. Но, как выяснилось, что и данная программа была отменена постановлением Правительства Московской области от 29 августа 2012 года № 1071/32 "Об утверждении долгосрочной целевой программы Московской области "Развитие образования в Московской области на 2013 - 2015 годы", где были предусмотрены разработка и внедрение современных моделей сохранения и укрепления здоровья, формирования здорового и безопасного образа жизни воспитанников и обучающихся, мониторинг состояния военно-патриотического воспитания и допризывной подготовки молодежи, проведение мероприятий по раннему выявлению алкогольной и наркотической зависимости у допризывников.

Постановление Правительства Московской области от 23 августа 2013 года № 657/36 "Об утверждении государственной программы Московской области "Образование Подмосковья" на 2014 - 2018 годы" отменило все предыдущие программы, но не несло в себе ни одного мероприятия по подготовке граждан Московской области к военной службе в части повышения категории годности к военной службе. Таким образом, в области остался единственный действующий в настоящее время нормативный акт - постановление Правительства Московской области от 9 сентября 2011 года №990/36, где Министерству здравоохранения Московской области предписано обеспечивать совместно с

соответствующими органами местного самоуправления муниципальных образований Московской области, осуществляющих управление в сфере здравоохранения, Военным комиссариатом Московской области и органами военно-врачебной экспертизы контроль за проведением лечебно-оздоровительных мероприятий в отношении граждан, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет и призыву на военную службу.

На сегодняшний момент не удалось найти в открытых источниках каких-либо сведений о нормативных документах Московской области, регулирующих реализацию положений федеральной Концепции, в которых отражён анализ современной ситуации на территории области, поставлены задачи по достижению целей федеральной Концепции, определены сроки и порядок финансирования мероприятий по подготовке граждан к военной службе.

Таким образом, в настоящее время определены основные задачи развития военной организации в России:

- создание условий для обеспечения ВС РФ физически и морально-психологически подготовленными гражданами, обладающими положительной мотивацией к прохождению военной службы;
- снижение количества молодёжи, не соответствующих по состоянию здоровья и уровня физического развития к требованиям военной службы и увеличение показателя годности к военной службе граждан, прибывших на призывные комиссии.

Многогранность проблемы подготовки граждан к военной службе обуславливает необходимость комплексного межведомственного подхода. В настоящее время, в Российской Федерации существует сложная и многокомпонентная система межведомственного взаимодействия при подготовке граждан к военной службе.

Нормативно-методическая база по данной проблематике включает в себя более 30 законодательных актов, некоторым из них в настоящее время более 16 лет.

Механизмами для реализации этих задач предполагается широкая общественная дискуссия (с практическими результатами) и акцент на развитии системы профилактики с одновременным усилением роли профессионального сообщества в управлении системой здравоохранения. Главным критерием оценки эффективности власти и учреждений социальной сферы должно стать общественное мнение, публичный мониторинг качества медицины.

Особое внимание уделяется переходу к страховым принципам финансирования здравоохранения с одновременным формированием централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских организаций в целях бережливости и максимальной отдачи при расходовании бюджетных средств, что позволит снизить издержки и неэффективные траты ресурсов.

Ключевое значение для повышения качества медицинских услуг и экспертиз гражданам призывного возраста имеет проведение комплекса мероприятий по лицензированию данного вида работ (услуг), включая все адреса осуществления медицинской деятельности и соблюдение порядков (стандартов) медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов). Обязанность по организации лицензирования медицинской деятельности, созданию системы качества оказания медицинских услуг лежит на руководителе юридического лица независимо от права собственности. Несоблюдение качества медицинской помощи, дефекты в оказании медицинской помощи влекут за собой административную и финансовую ответственность, а в случае причинения тяжкого вреда здоровью или смерти, то и уголовное преследование.

Анализ лицензий на медицинскую деятельность военных

комиссариатов Москвы и Московской области, частей и соединений Московской области показывает, что при оказании медицинской помощи в данных организациях допускается оказание медицинской помощи без соответствующей лицензии, что не позволяет гарантировать высокое качество медицинской помощи и является административным правонарушением, которое влечёт за собой административное наказание.

Таким образом, в настоящее время в регионах сложилась различная ситуация по выполнению мероприятий предусмотренных в Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года. Так, в городе Москве проведена работа по анализу сложившейся ситуации и сформирована городская программа подготовки граждан к военной службе с чётким понимаем целей, задач, необходимых мероприятий, а в Московской области следов работы в данном направлении найти не удалось.

Отсутствие данных программ не позволяет провести анализ состояния дел по данной проблематике и своевременно спланировать и провести мероприятия по упреждающему реагированию на возможные негативные тенденции на основе оценки влияния реализуемых региональных программ подготовки граждан к военной службе на уровень подготовленности граждан к военной службе.

Отсутствует возможность ознакомиться с результатами работы вневедомственной комиссии по подготовке граждан Российской Федерации к военной службе и военно-патриотическому воспитанию. И, как следствие, не созданы условия по общественному контролю за реализацией данной Концепции.

Не разработаны индикаторы эффективности работы органов государственной власти субъекта Российской Федерации, характеризующие работу региональных властей по подготовке граждан к военной службе.

Кроме того, обращает на себя внимание, что большинство диссертационных исследований по проблемам медицинского обеспечения призыва выполнено 7-10 лет назад. Казалось бы, что во исполнение положений Концепции, с учётом современных тенденций состояния здоровья контингента, должна была развернуться широкая общественная дискуссия и интенсифицироваться научный поиск путей оптимизации мероприятий по медицинскому обеспечению призыва в ВС РФ. Вместе с тем, налицо лишь небольшое число защищённых диссертаций и публикаций по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение». Кандидатские – К.Э. Кувшинова, 2010; И.А. Андроненкова, 2011; И.В. Кичигиной, 2011; С.В. Ефимовой, 2012; А.Р. Мельника, 2013; С.В. Смирновой, 2015; В.И. Хмелика, 2015; Т.Е. Давыдовой, 2016; докторские исследования - В.В. Куликова, 1994; В.Н. Ядчука, 2004; В.И. Красильникова, 2009; С.А. Кузьмина, 2011; А.В. Кима, 2012. По нашему мнению, такое положение вещей с научным сопровождением вполне увязывается с представленными выше трудностями в реализации федеральной Концепции.

7.4 Разработка и научное обоснование оптимальной схемы межведомственного взаимодействия при подготовке молодёжи к военной службе

В послании Президента России Федеральному собранию в 2010 году прозвучало, что «забота о будущих поколениях - это самые надежные, умные и благородные инвестиции», «нам жизненно необходима эффективная государственная политика в области детства. Политика современная, политика, которая отвечает интересам национального развития». Общей целью модернизации системы медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу является максимально возможное увеличение призывного ресурса, укрепление

здоровья детей и подростков, что позволит обеспечить максимально большое число здоровых и интеллектуально полноценных граждан призывного возраста, способных осуществить свою основную конституционную обязанность – защиту Отечества. Эти идеалы поддерживает и широкая медицинская общественность: так в резолюции XVIII Конгресса педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (2017 год, город Москва) под председательством академика РАМН А. А. Баранова указывается, что укрепление и восстановление здоровья каждого ребёнка продолжает оставаться приоритетной государственной задачей. Это положение конкретизировано в «Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года»: «Приоритетными целями государственной политики в этой области являются: снижение количества граждан, не соответствующих по состоянию здоровья и уровню физического развития требованиям военной службы к 2020 году - до 10%, а также увеличение показателя годности к военной службе граждан, прибывших на призывные комиссии к 2020 году - на 28 %».

Основные критерии оценки деятельности региональной власти при подготовке граждан к военной службе (в рамках приказа Минздрава России от 10 ноября 2017 года № 905 "Об утверждении методики оценки эффективности государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" представлены в рис. 7.1.

Оценка эффективности реализации региональных Программ и работы врача-педиатра предлагаем проводить ежегодно в два этапа – по результатам весеннего и осеннего призыва.

КРИТЕРИЙ	ПОКАЗАТЕЛЬ
<i>Региональный уровень</i>	
Степень достижения целей и решения задач федеральной Концепции	Количество граждан, не соответствующих по состоянию здоровья и уровню физического развития требованиям военной службы - 10%.
Степень соответствия запланированному уровню затрат	Кассовый расход в процентном отношении от запланированного уровня – 100%.
Эффективность использования средств бюджетов всех уровней	<ol style="list-style-type: none"> 1. Количество впервые выявленных хронических заболеваний на призывном пункте – 0%; 2. Увольнение с военной службы по состоянию здоровья – 0%.
<i>Муниципальный уровень</i>	
Охват профилактическими осмотрами детей и подростков на участке	Соответствует или выше общероссийского уровня.
Уровень показателя годности к военной службе (категории А и Б) на участке	Количество граждан, не соответствующих по состоянию здоровья и уровню физического развития требованиям военной службы - 10%.
Возврат на повторное обследование с военно-врачебных комиссий отделов военных комиссариатов	Количество направленных на повторное обследование юношей призывного возраста -0%.

Рисунок 7.1 - Критерии оценки эффективности мероприятий медицинского обеспечения по подготовке граждан к военной службе

При реализации задач по улучшению системы медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу целесообразно рассматривать три уровня проведения медико-организационных мероприятий.

Федеральный уровень:

Основной задачей на данном уровне управления является стратегическое планирование организационно-мобилизационной политики государства, нормотворческая деятельность по законодательному урегулированию вопросов прохождения военной службы и мероприятий по подготовке граждан к призыву в ряды Вооружённых сил и иных силовых ведомств, разработка и внедрение единой системы мониторинга состояния здоровья, физического и психического развития граждан, единого банка данных граждан, подлежащих призыву на военную службу, разработка стандартов (порядков) оказания медицинской помощи и военно-врачебной экспертизы, профилактических осмотров детей и подростков, проведения первичной постановки на воинский учёт.

Региональный уровень (военного комиссариата субъекта):

Формирование и отладка системы медицинского обеспечения подготовки к военной службе, создание военно-врачебных комиссий на подведомственной территории. Оказание методической помощи подведомственным лечебно-профилактическим учреждениям и структурным подразделениям. Создание региональных Программ по совершенствованию системы подготовки к военной службе с учётом региональных особенностей.

Уровень ЛПУ (отделов военных комиссариатов):

Неукоснительное соблюдение лицензионных требований, стандартов (порядков) оказания медицинской помощи, обеспечение функционирования центров здоровья в интересах детей и подростков, разработка и проведение мероприятий по формированию ЗОЖ у прикреплённого контингента, совместно с образовательными учреждениями организовать психолого-педагогическое сопровождение школьников.

Предлагается создать единый *Федеральный центр подготовки*

граждан к военной службе (на базе Межведомственной комиссии по подготовке граждан к военной службе и военно-патриотическому воспитанию).

Единым государственным заказчиком выступает Главное организационно-мобилизационное управление Генерального штаба Российской Федерации и иные силовые ведомства, которые формируют требования к количеству и качеству (состоянию физического и психического здоровья) призывного контингента. По итогам поступления граждан на военную службу формируется итоговый Акт выполненных работ для проведения расчётов с организациями.

Единым центром, который формирует методические подходы к проведению мероприятий медицинского обеспечения и военно-врачебной экспертизы граждан призывного возраста является Главный центр военно-врачебной экспертизы Минобороны России.

Вопросы физической подготовки и патриотического воспитания относятся к компетенции Минспорта, Минобрнауки. Росмолодёжи, ДОСААФ, иных общественных организаций (Юнармия, Молодая гвардия и др.).

При организации мероприятий необходимо учитывать все компоненты подготовки граждан к военной службе: физический, психологический, воспитательный и медицинский (включая формирование приверженности к ЗОЖ). Для этих целей необходимо формирование межведомственной рабочей группы, которая будет включать представителей всех заинтересованных сторон.

Принципиальная схема межведомственного взаимодействия по вопросам подготовки граждан к военной службе представлена на рисунке 7.2.

Федеральный уровень

Федеральный центр подготовки граждан к военной службе
(на базе Межведомственной комиссии по подготовке граждан к военной службе и военно-патриотическому воспитанию)

Минобороны России	Минздрав России	Минобрнауки России	Минспорт России
-------------------	-----------------	--------------------	-----------------

Главное организационно-мобилизационное управление Генерального штаба ВС РФ	Росмолодёжи ДОСААФ России
--	------------------------------

Главный центр военно-врачебной экспертизы ВС РФ	Общественные организации (Молодая гвардия, Юнармия и др.)
---	---

Региональный уровень

Региональный центр подготовки граждан к военной службе(на базе призывной комиссии субъекта Российской Федерации)

Военный комиссариат субъекта Российской Федерации	Орган управления здравоохранением субъекта	Органы исполнительной власти субъекта	Региональные отделения общественных организаций
---	--	---------------------------------------	---

Военно-врачебная комиссия субъекта Российской Федерации	Региональный центр медицинской профилактики
---	---

Муниципальный уровень

Муниципальный центр подготовки граждан к военной службе(на базе призывных комиссий муниципальных образований субъекта Российской Федерации)

Отделы военного комиссариата субъекта	Лечебно-профилактические учреждения всех форм собственности	Образовательные учреждения	
---------------------------------------	---	----------------------------	--

Военно-врачебная комиссия муниципального образования	Центры здоровья муниципальных образований	Местные отделения общественных организаций	
--	---	--	--

Рисунок 7.2 - Принципиальная схема межведомственного взаимодействия по вопросам подготовки граждан к военной службе

Основные направления оптимизации межведомственного взаимодействия по вопросам подготовки граждан к военной службе

Основные структурные подразделения следует провести на региональном и муниципальном уровне сформировав на базе военно-врачебных комиссий и центров здоровья единый центр по подготовке граждан к военной службе. Основными задачами интеграции структур различных министерств и ведомств, которые выполняют однотипные задачи, является снижение финансовых затрат, исключение дублирование полномочий, повышению ответственности за конечный результат.

Расширение количества медицинских организаций за счёт активного привлечения учреждений частной формы собственности, активное внедрение страховых принципов при оплате медицинских услуг позволит усилить конкуренцию, снизит себестоимость и как следствие повысит качество оказываемых медицинских услуг.

Одновременно со структурными преобразованиями следует оптимизировать надзорную функцию государства и унифицировать требования к оказанию медицинских услуг по военно-врачебной экспертизе всеми участниками подготовки граждан к военной службе. В настоящее время военные комиссариаты по муниципальным образованиям в муниципальных образованиях и городских округах не имеют лицензии на медицинскую деятельность, что выводит их решения из правового поля.

Предлагаемая нами схема регулирования качества медицинских услуг и военно-врачебной экспертизы при подготовке граждан к военной службе представлена на рисунке 7.3.

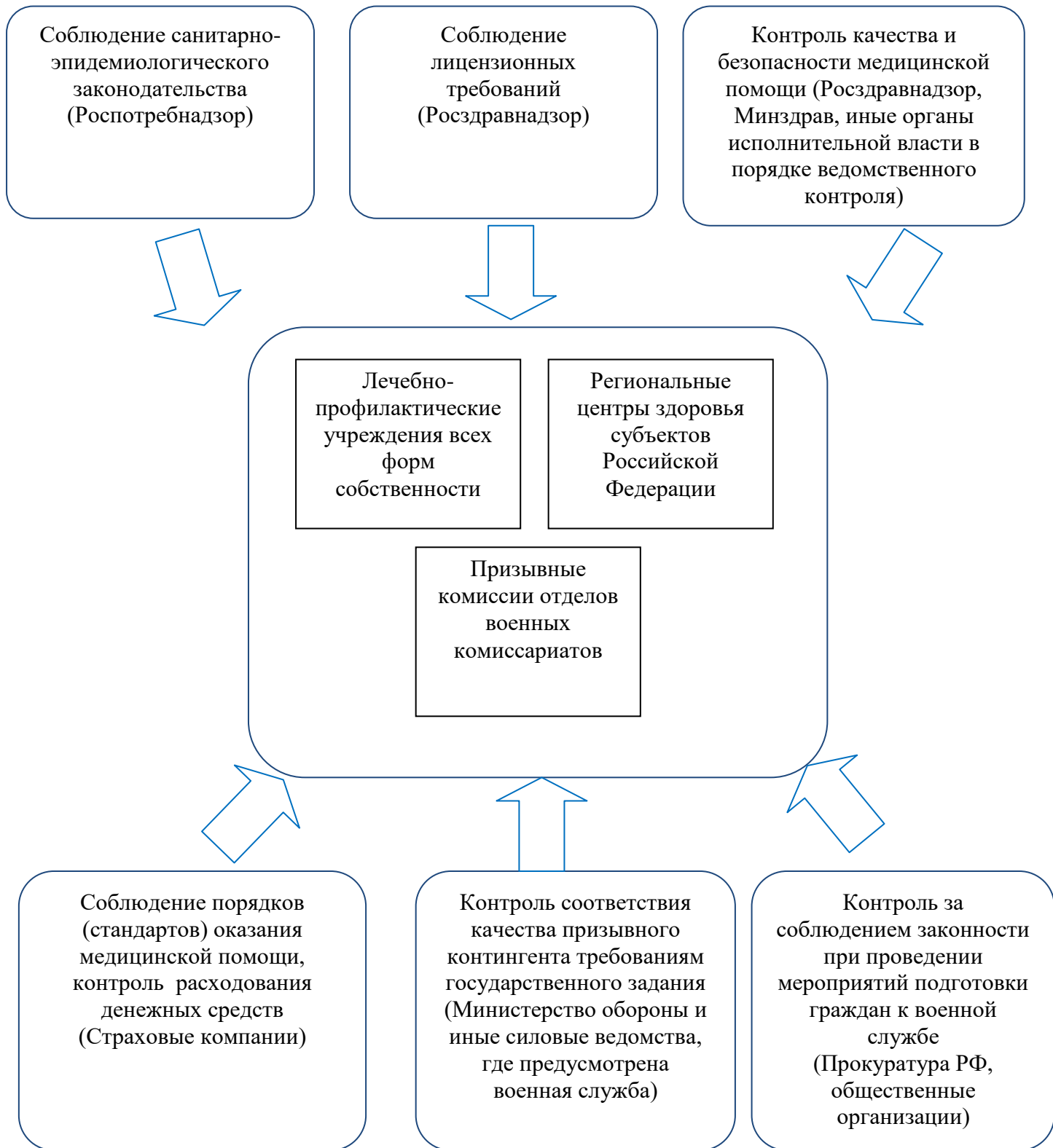
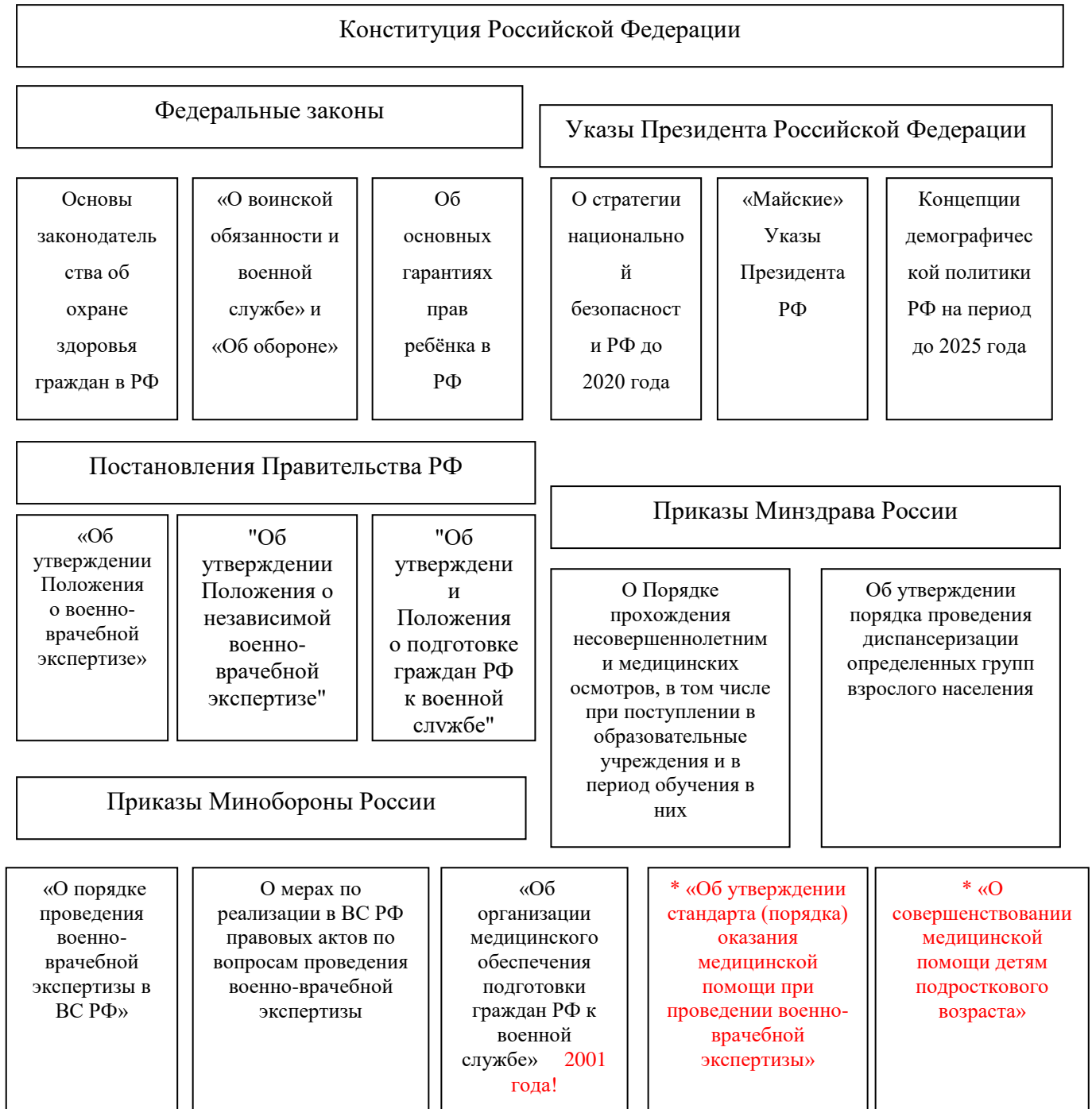


Рисунок 7.3 - Принципиальная схема регулирования качества медицинской помощи

Современная нормативно-правовая база регулирующая вопросы подготовки граждан к военной службе представлена на Рис. 7.4.

Федеральный уровень



Региональный уровень

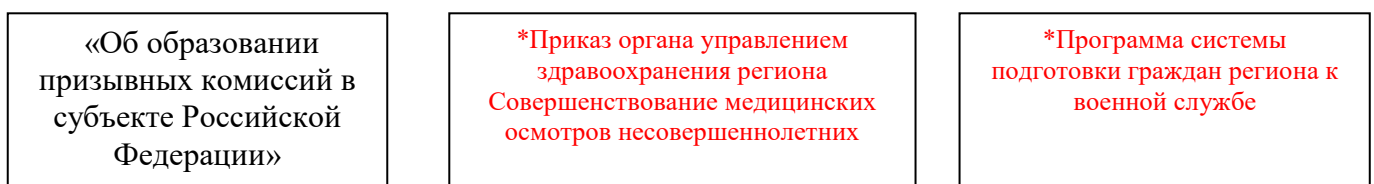


Рисунок 7.4 - Современная нормативно-правовая база регулирующая вопросы подготовки граждан к военной службе

Данное исследование, базирующееся на экспертной оценке медицинских работников военно-врачебных комиссий Российской Федерации, показало, что отсутствие нормативно-правовой базы негативно влияет на работу 43,6% врачей. В первую очередь это касается совместного приказа Минобороны и Минздрава от 2001 года «Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан РФ к военной службе», который морально устарел и не соответствует современным требованиям. Одним из важнейших аспектов повышения качества медицинской помощи является стандартизация. Однако, в настоящее время, нет действующего стандарта (порядка) оказания медицинской помощи при проведении военно-врачебной экспертизы. Наиболее значительные пробелы в нормативном регулировании подготовки граждан к военной службе наблюдаются не региональном уровне: с 2010 года не созданы региональные программы, учитывающие особенности медицинского обеспечения контингента, что не позволяет достичь целевых показателей, которые установлены федеральной Концепцией подготовки граждан к военной службе.

Проведённое в рамках данной работы и поставленных задач исследование показало, что проблемы, стоящие перед государством в области совершенствования подготовки граждан к военной службе, нуждаются в дальнейшем подробном изучении.

7.5 Анализ эффективности внедрения основных направлений оптимизации межведомственного взаимодействия при подготовке молодёжи к военной службе и Программы подготовки граждан Московской области к военной службе

В данном разделе рассмотрим ключевые статистические показатели состояния здоровья, результаты военно-врачебной экспертизы изучаемого

контингента с целью подведения итогов работы Концепции, проведения анализа полученных результатов и оценки эффективности проводимых мероприятий, систематизации накопленного опыта, выработки путей по дальнейшей оптимизации мероприятий медицинского обеспечения граждан призывного возраста.

В 2020 году завершает своё действие Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года (утверждённая Распоряжением Правительства от 3 февраля 2010 года №134-р).

В исполнения положений федеральной Концепции на базе проведённого исследования была разработана Программа подготовки граждан, проживающих в Московской области, к военной службе (Акт внедрения от 21.10.2018 года, приложение №9), разработанная с учётом региональных особенностей. А также, разработаны критерии оценки эффективности, принципиальная схема межведомственного взаимодействия по вопросам подготовки граждан к военной службе и схема регулирования качества медицинской помощи контингенту. Помимо этого была научно обоснована и даны рекомендации по оптимизации процессов подготовки граждан к военной службе на федеральном, региональном, муниципальном уровнях.

Благодаря целенаправленной работе, проводимой на территории Московской области, удалось нивелировать негативный тренд роста заболеваемости у подростков 15-17 лет. Так, за 2013 – 2017 годы произошло снижение общей заболеваемости на 0,4%, на данный момент этот показатель составляет 2065,3‰, что ниже данного показателя на территории РФ (2256,3‰) на 8,5%.

Для сравнения: в Приморском крае, где не была разработана Программа подготовки граждан к военной службе и не проводилась систематическая работа в этом направлении, общая заболеваемость

контингента выросла на 0,4%.

В 2013 – 2017 годы удалось замедлить рост первичной заболеваемости - +2,8% за 2013 – 2017 годы. По подавляющему большинству классов болезней удалось добиться снижения первичной заболеваемости от -1,3% по классу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани до -21,6% по классу болезней пищеварительной системы. Рост показателя произошёл в основном за счёт болезней глаза и его придаточного аппарата (+19,9%), новообразования (+54,8%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (15,9%), болезни органов дыхания (+2,9%), болезни уха и сосцевидного отростка.

Для сравнения: в Приморском крае, где не была разработана Программа подготовки граждан к военной службе и не проводилась систематическая работа в этом направлении, общая заболеваемость контингента выросла на 0,4%.

Уровень годности к военной службе по призыву (А+Б) вырос на территории Российской Федерации с 69% (в 2009 году) до 79,7% (в 2018 году). Благодаря внедрению Программы подготовки граждан к военной службе на территории Московской области этот показатель вырос выше уровня по Российской Федерации на 10,7% – до 83,7%, а всего за 10 лет действия федеральной Концепции на 14,7%.

Повысилось и качество проведения профилактических мероприятий в отношении контингента: снизилось до 10,5% число юношей призывного возраста, направленных на контрольное обследование, до 21,0% число молодых людей с впервые выявленной хронической патологией при проведении военно-врачебной экспертизы. За последние 3 года число уволенных с военной службы по состоянию здоровья в первые 3 месяца после призыва на территории Московской области сократилось в 3,5 раза. Всё вышперечисленное позволило усилить эффективность профилактических мероприятий и качество военно-врачебной экспертизы

и, следовательно, уменьшить финансовые потери и снизить правовые риски.

Однако до сих пор не удалось решить проблемы лицензирования призывных комиссий муниципальных образований и создать условия для повышения квалификации врачей-специалистов военно-врачебных комиссий.

Таким образом, несмотря на явную эффективность мероприятий по повышению годности граждан призывного возраста, проживающих на территории Московской области, цели Федеральной концепции не были достигнуты, что обуславливает необходимость научного поиска по разработке алгоритмов оптимизации медицинской помощи детям и подросткам.

Заключение

В условиях нарастания внешних угроз и напряжённой международной обстановки основной стратегической приоритетной задачей государства является повышение обороноспособности Российской Федерации. Основой, которая определяет силу и будущее России, является сбережение нации с особым акцентом на развитии системы профилактики при одновременном усилении роли профессионального сообщества в управлении здравоохранением и широкой общественной дискуссией. При этом ключевыми требованиями должны оставаться бережливость и максимальная отдача.

К сожалению, в настоящее время количество и качество призывного ресурса неуклонно снижается. Это происходит на фоне снижения качества проводимых профилактических мероприятий и экспертиз, на что указывают как результаты социологических опросов граждан призывного возраста, так и экспертные оценки.

В данном диссертационном исследовании предпринята попытка на основе комплексного социально-гигиенического и медико-организационного исследования научно обосновать пути оптимизации медицинского обеспечения граждан призывного возраста в Российской Федерации.

Проводя анализ современных проблем медицинского обеспечения граждан призывного возраста на основе материалов Российской и зарубежной литературы, нами установлены основные тенденции формирования системы подготовки граждан к военной службе в крупнейших армиях мира (на примере США и Китая), а также особенности медицинского обеспечения граждан призывного возраста в Российской Федерации.

В настоящее время в Российской Федерации сложилась смешанная система формирования Вооружённых сил. Однако, в настоящее время, особого внимания требует граждане, проходящие военную службу по призыву (до 1,5 млн. освидетельствуется военно-врачебными комиссиями, призывается на военную службу порядка 300 тыс. человек в год).

Система подготовки граждан к военной службе и военного здравоохранения России представляет собой запутанную структуру, в которой разделены и зачастую дублируют друг друга функции различных министерств и ведомств, что приводит к масштабным тратам бюджетного финансирования без какой-либо существенной отдачи.

В то же время военная медицина является той областью, в которой возможно продемонстрировать системный подход в разработке программ медицинского обеспечения населения. Так, например, в системе медицинского обеспечения Министерства обороны США (DoD) разрабатываются решения для здравоохранения всей страны, что делает военную медицину признанным лидером в сохранении и укреплении здоровья населения. В Российской Федерации отсутствие интеграции

военной медицины с гражданским здравоохранением (особенно в IT области), наличие устарелых командных методов управления ВЛО, формальная интеграция в страховую систему, многоканальное финансирование ВЛО – приводит к отставанию военной медицины и деградации системы медицинского обеспечения.

Решением данной проблемы является создание механизма координации межведомственного взаимодействия, который исключает дублирование однотипных и прикладных работ, введение одноканального финансирования и страховых принципов оплаты медицинских услуг военно-лечебных организаций, активного включения военной медицины в утверждённые государственные программы. Всё это обуславливает актуальность научного обоснования мер по оптимизации медицинского обеспечения граждан призывного возраста в России.

К наиболее существенным рискам модернизации Вооружённых сил России относятся: снижение количества граждан призывного возраста на фоне снижения показателей здоровья молодёжи.

Представленный нами прогноз численности граждан призывного контингента, базирующийся на данных официальных источников (данные Росстата - www.gks.ru) позволяет говорить о серьёзном снижении количества граждан призывного возраста – убыль данного контингента к 2021 году составит 43,5% по сравнению с 2010 годом.

Наблюдается существенная отрицательная динамика в состоянии здоровья будущих воинов. Так, среди молодёжи 15-17 лет за период с 2006 по 2017 годы на территории Российской Федерации уровень общей заболеваемости вырос на 21,4%, а первичной – на 21,8%.

Вместе с тем, как показало наше исследование, рост данных показателей за последнее десятилетие в разных субъектах выражен в различной степени, а порой и разнонаправлен. Это обстоятельство указывает на необходимость разработки организационно-методических

подходов к формированию Программ по оптимизации мероприятий медицинского обеспечения граждан призывного возраста в субъектах Российской Федерации, которые в обязательном порядке учитывают региональные особенности.

Несмотря на значительное снижение показателей здоровья юношей 15-17 лет показатель годности к военной службе (А+Б) вырос с 69% до 79,7% по сравнению с 2009 года. Это явилось как следствием реализации мероприятий Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года (утверждённой Распоряжением Правительства РФ от 03 февраля 2010 года № 134-р), так и смягчением требований к состоянию здоровья в Положении о военно-врачебной экспертизе (утверждено постановлением Правительства РФ от 04 июля 2013 № 565).

Ухудшение качества призывного контингента с одновременным снижением требований к состоянию здоровья будущих воинов приводит к массовому поступлению в Вооружённые силы лиц с хронической патологией. По официальным данным Министерства обороны Российской Федерации в 2010-2017 годах здоровыми являлись только 60,7% военнослужащих по призыву, практически здоровыми – 30,8%, имели хронические заболевания и нуждались в диспансерном динамическом наблюдении – 8,6%.

При схожем распределении военнослужащих по призыву и по контракту по группам здоровья показатели состояния здоровья военнослужащих по призыву намного хуже, чем у военнослужащих по контракту. Выявлено, что общая заболеваемость военнослужащих по призыву за период с 2010 по 2017 годы выросла на 16,2% и превышает аналогичные показатели у военнослужащих по контракту на 80,2%, первичная заболеваемость выросла на 24,7% и превышает в 2,4 раза аналогичный показатель других групп категорий военнослужащих. Рост

уровня госпитализации составил 25,3%, по сравнению с контрольной группой она выше в 5 раз, а количество трудопотерь выше в 2,7 раза, рост данного показателя с 2010 года составил 16,2%. Уровень смертности у данной категории несколько ниже, чем у контрактников (в 3,3 раза) и колеблется в пределах 0,3-0,4%. Особое внимание обращает на себя тот факт, что показатель увольняемости среди военнослужащих по призыву в 3,2 раза выше, чем у военнослужащих по контракту, и остаётся на довольно высоком уровне последние 5 лет и составляет на данный момент 20,0%. Отрицательная динамика данных показателей отчётливо коррелирует со снижением качества призывного контингента, что позволяет рассматривать показатели здоровья военнослужащих по призыву, как критерии качества подготовки граждан к военной службе.

Проведённые нами контрольные обследования показали, что при проведении дополнительного обследования минимальные аномалии развития сердца впервые выявляются у 56,2% пациентов. У 78,9% человек впервые были выявлены патологические изменения эякулята. У 21,4-27,5% военнослужащих по призыву впервые во время службы в армии выявлены различные психологические состояния, требующие наблюдения военных психологов и консультации у врача-психиатра.

Нами были обобщены основные направления и результаты законодательного и правового регулирования подготовки граждан к военной службе, военно-врачебной экспертизы, профессионального психологического отбора. Рассмотрены основные правовые риски при оказании медицинской помощи и проведении экспертиз контингенту, отдельные вопросы качества и лицензирования медицинской деятельности военно-врачебных комиссий.

Исследование показало, что ключевое значение для повышения качества медицинских услуг и экспертиз гражданам призывного возраста имеет проведение комплекса мероприятий по лицензированию данного

вида работ (услуг), включая все адреса осуществления медицинской деятельности и соблюдение порядков (стандартов) медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов). Обязанность по организации лицензирования медицинской деятельности, созданию системы качества оказания медицинских услуг лежит на руководителе юридического лица независимо от права собственности. Несоблюдение качества медицинской помощи, дефекты в оказании медицинской помощи влекут за собой административную и финансовую ответственность, а в случае причинения тяжкого вреда здоровью или смерти, то и уголовное преследование.

Рассчитанная нами общая сумма экономических потерь бюджета РФ от снижения качества мероприятий по подготовке граждан к военной службе и проведения военно-врачебной экспертизы составляет 36,5 млрд. руб. или 1,4% от всех расходов на здравоохранение в Российской Федерации.

Как показало исследование, в настоящее время существуют негативные тенденции по снижению укомплектованности военно-врачебных комиссий медицинским персоналом на 6,0% по сравнению с 2009 годом. Значительнее всего снизилось количество врачебного персонала (на 9,6%) и фельдшеров (на 7,5%). Наиболее сложное положение наблюдается в южном военном округе, где некомплект медицинского персонала военно-врачебных комиссий достигает 21,8% от штатной численности.

4,1% экспертов оценивают состояние здоровья граждан призывного возраста как неудовлетворительное, хорошим его считают 9,6%. 14,8% отметили выраженную отрицательную динамику в состоянии здоровья юношей призывного возраста. Основными причинами негативных тенденций в состоянии здоровья специалисты считают: неудовлетворительное качество профилактических мероприятий среди

детей и подростков (16,9%), недостаточный объём диагностических мероприятий (19,1%), низкое качество обследования во время подготовки к военной службе (9,0%).

Состояние нормативно-правовой базы, регулирующей взаимоотношения сторон во время медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу в вооруженные силы РФ негативно влияет на работу 43,6% врачей.

Было выявлено, что 28,7% юношей призывного возраста Московской области полностью не удовлетворены, а 21,7% - удовлетворены не в полной мере результатами медицинского обеспечения во время подготовки к военной службе. Обращает на себя внимание рост доли граждан призывного возраста, которые не удовлетворены или удовлетворены не в полной мере медицинской помощью (что говорит о снижении её качества), которая оказывается во время службы в армии. По сравнению с 2012 годом (33,9%) этот показатель вырос в Московской области до 48,4%, а в Приморском крае достиг значения в 61,6%. Для сравнения: степень удовлетворённости медицинской помощью на этапе подготовки граждан к военной службе (52,4% в 2012 году) снизился в Московской области до 50,4%, но увеличился в Приморском крае до 56,5% от числа опрошенных.

Региональные особенности так же влияют на качество жизни контингента: по ряду показателей имеются существенные различия: ВР (интенсивность боли) и SF (социальное функционирование) значительно выше у юношей Приморского края (на 21,2% и 32,3% соответственно), а показатели GH (общее состояние здоровья) и VT (жизненная активность) значительно ниже, чем в Московской области (на 13,5% и 14,6% соответственно).

Данные результаты указывают на необходимость комплексного подхода к оценке призывного контингента с учётом региональных особенностей и многофакторного характера формирования психического и

физического здоровья.

Нами дано научное обоснование основных направлений по совершенствованию организации медицинского обеспечения граждан призывного возраста на территории Российской Федерации. На основе PEST-анализа изучены факторы внешней среды (макросреды), которые оказывают максимальное влияние на процессы подготовки граждан к военной службе.

На основе SWOT анализа применён метод первичной оценки текущей ситуации основанный на рассмотрении её с четырёх сторон: Strengths – сильные стороны; Weaknesses — слабые стороны; Opportunities – возможности; Threats – угрозы. Разработаны: схема реализации возможностей системы с помощью сильных сторон, схема нейтрализации угроз с помощью сильных сторон, схема использования благоприятных возможностей для преодоления слабых сторон, схема снижения неблагоприятного воздействия сочетания слабых сторон и угроз.

В настоящее время в регионах сложилась различная ситуация по выполнению мероприятий предусмотренных в Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года. Отсутствие данной программы в Московской области не позволяет провести анализ состояния дел по данной проблематике и своевременно спланировать и провести мероприятия по упреждающему реагированию на возможные негативные тенденции на основе оценки влияния реализуемых региональных программ подготовки граждан к военной службе на уровень подготовленности граждан к военной службе.

На базе проведённого исследования была разработана Программа подготовки граждан к военной службе, разработанная с учётом региональных особенностей Московской области. Разработаны критерии оценки эффективности работы органов государственной власти и участковых педиатров субъекта Российской Федерации, характеризующие

работу по подготовке граждан к военной службе на региональном и муниципальном уровнях.

Разработана принципиальная схема межведомственного взаимодействия по вопросам подготовки граждан к военной службе и схема регулирования качества медицинской помощи контингенту. Научно обоснованы основные направления оптимизации межведомственного взаимодействию при подготовке молодёжи к военной службе. Даны рекомендации по оптимизации процессов подготовки граждан к военной службе на федеральном, региональном, муниципальном уровнях.

Выводы

1. Развитие системы подготовки к военной службе за рубежом и в Российской Федерации идёт по пути активного взаимодействия Министерства обороны и иных министерств и ведомств, общественных организаций. Особый акцент делается на профилактические мероприятия, физическую и психологическую подготовку граждан к военной службе, отбор наиболее подготовленных кандидатов. Анализ организации системы медицинского обеспечения граждан призывного возраста в Российской Федерации свидетельствует о наличии существенных проблем при подготовке и отборе молодёжи для службы в ряды Вооружённых сил, особенно в первичном звене здравоохранения, о недостаточном межведомственном взаимодействии, неэффективном использовании ресурсов, низком качестве проводимых мероприятий, необходимости адаптации федеральных программ к особенностям, которые существуют на региональном уровне.

2. По результатам анализа медико-демографических показателей установлено, что на территории Российской Федерации происходит снижение количества граждан призывного возраста: к 2021 году он

сократится на 43,5% по сравнению с 2010 годом. Определено снижение показателей здоровья контингента: за прошедшие 10 лет на территории Российской Федерации общая и первичная заболеваемость среди подростков выросли на 21,4% и 21,8% соответственно. В результате исследования выявлены существенные региональные особенности состояния здоровья призывного контингента: уровень и структура общей и первичной заболеваемости имеют значительные различия.

3. С 2009 года показатель годности к военной службе вырос на 10,7%, что не позволяет достичь целей федеральной Концепции. Данный рост обусловлен, в основном, смягчением требований к состоянию здоровья будущих воинов в Положении о военно-врачебной экспертизе. По материалам Главного военно-медицинского управления Минобороны России 32,0% военнослужащих по призыву имеют хронические заболевания и нуждаются в диспансерном наблюдении, что приводит к высоким уровням общей заболеваемости (1206,1‰), госпитализации (1123,4‰), трудопотерь (11515,2‰) и, как следствие, увольняемости (20,4‰) с военной службы по состоянию здоровья, среди данного контингента.

4. Ежегодно в России освидетельствуется призывными комиссиями более 1,3 млн. юношей призывного возраста. Как показывает наше исследование - 30-70% хронической патологии выявляется впервые при проведении контрольных обследований граждан призывного возраста.

5. Недостатки при проведении комплекса профилактических мероприятий среди детей и подростков в сочетании с массовым нарушением лицензионных требований военными комиссариатами по муниципальным образованиям при проведении военно-врачебных экспертиз резко снижают эффективность проводимой в отношении призывного контингента работы. Общая сумма экономических потерь бюджета РФ от снижения качества мероприятий по подготовке граждан к

военной службе и проведения военно-врачебной экспертизы составляет 36,5 млрд. руб. или 1,4% консолидированного бюджета здравоохранения в Российской Федерации.

6. Установлено, что до 30% юношей призывного возраста оценивают состояние своего здоровья посредственным и плохим. Отметим у себя наличие хронических заболеваний 29,7% респондентов, проживающих на территории Московской области и 31,5% в Приморском крае. Более 90,0% молодых людей являются приверженцами ЗОЖ, но более 50% из них имеют ту или иную вредную привычку.

7. Оценка качества жизни показала, что суммарный показатель качества жизни граждан призывного возраста составил 77,0-81,3 балла из 100 возможных баллов с тенденцией к росту. Региональные особенности так же влияют на качество жизни контингента: по ряду показателей имеются существенные различия: ВР (интенсивность боли) и SF (социальное функционирование) значительно выше у юношей Приморского края (на 21,2% и 32,3% соответственно), а показатели GH (общее состояние здоровья) и VT (жизненная активность) значительно ниже, чем в Московской области (на 13,5% и 14,6% соответственно).

8. У специалистов, участвовавших в опросе, в 88,2% случаев стаж работы составляет более 15 лет. Квалификационную категорию имеют 64,8% врачей. В тоже время обращает на себя внимание тот факт, что 47,8% из числа этих специалистов ни разу не проходили тематическое усовершенствование по военно-врачебной экспертизе, а 23,4% проходили данное усовершенствование более 5 лет назад.

9. Проведённая врачами-специалистами оценка организации медицинского наблюдения призывников показала, что оценку «хорошее» в отношении состояния здоровья молодёжи поставили только 9,6% от числа опрошенных. В восточном военном округе неудовлетворительную оценку состояния здоровья призывников давали в 11 раз чаще (8,6% от

опрошенных экспертов), чем в южном военном округе (0,8% от числа опрошенных). 14,8% отметили выраженную отрицательную динамику в состоянии здоровья юношей. Основными факторами, определившими негативные тенденции в состоянии здоровья, специалисты считают: неудовлетворительное качество профилактических мероприятий среди детей и подростков (25,8%), недостаточный объём диагностических мероприятий (19,1%), низкое качество обследования во время подготовки к военной службе (9,0%). Состояние нормативно-правовой базы, регулирующей взаимоотношения сторон во время медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу в Вооруженные силы РФ негативно влияет на работу 43,6% врачей.

10. Как показало исследование, в настоящее время в регионах сложилась различная ситуация по выполнению мероприятий, предусмотренных в Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года. В ряде субъектов отсутствуют региональные программы подготовки граждан к военной службе, что не позволяет провести анализ состояния дел по данной проблематике и своевременно спланировать и провести мероприятия по упреждающему реагированию на возможные негативные тенденции.

11. Разработанные в результате исследования схема межведомственного взаимодействия, критерии оценки эффективности деятельности должностных лиц, Программа подготовки граждан, проживающих на территории Московской области, к военной службе на период до 2025 года внедрены на территории Московской области и включают механизмы межведомственного взаимодействия при оптимизации медицинского обеспечения призывного контингента с учётом региональной специфики и согласуется с Концепцией федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на

период до 2020 года, Стратегией развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2020 года. В результате внедрения удалось нивелировать негативный тренд роста заболеваемости у подростков 15-17 лет. Так, за 2013 – 2017 годы произошло снижение общей заболеваемости на 0,4%, уровень годности к военной службе по призыву (А+Б) вырос на 14,7%, повысилось качество проведения профилактических мероприятий в отношении контингента: снизилось до 10,5% число юношей призывного возраста, направленных на контрольное обследование, до 21,0% число молодых людей с впервые выявленной хронической патологией при проведении военно-врачебной экспертизы. За последние 3 года число уволенных с военной службы по состоянию здоровья в первые 3 месяца после призыва на территории Московской области сократилось в 3,5 раза. Всё вышеперечисленное позволило усилить эффективность профилактических мероприятий и качество военно-врачебной экспертизы и, следовательно, уменьшить финансовые потери и снизить правовые риски.

Практические рекомендации

На основе результатов нашего комплексного исследования были разработаны механизмы межведомственного взаимодействия при организации медицинской помощи призывному контингенту:

- создание единой информационной базы граждан призывного возраста, включающей в себя информацию о состоянии здоровья и проводимых лечебно-профилактических мероприятиях с рождения до достижения 18 лет;

- обеспечение интеграции баз данных военно-медицинских организаций и военных комиссариатов в единую медицинскую информационно-аналитическую систему (ЕМИАС). Внедрение электронного «паспорта призывника»;

- обеспечение лицензирования медицинской деятельности (включая военно-врачебную экспертизу) военных комиссариатов муниципальных образований;

- разработку целевых показателей эффективности проводимых профилактических мероприятий и военно-врачебной экспертизы во время медицинского обеспечения мероприятий по подготовке граждан к военной службе для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ;

- перераспределение дублирующих функций: оставить за военными комиссариатами по муниципальным образованиям задачи по формированию государственного задания и проведению экспертиз (военно-медицинской экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи), а профилактику заболеваний и мероприятия по формированию ЗОЖ возложить на отделения медико-социальной помощи и «Центры здоровья» детских поликлиник. Обеспечить оплату проводимых профилактических мероприятий среди контингента из фонда ОМС только после оценки их эффективности;

- на базе анализа результатов освидетельствования юношей призывного возраста сформировать программу по концентрации финансовых ресурсов на приоритетных направлениях профилактики;

- создание межведомственной группы по совершенствованию нормативно-правовой базы медицинского обеспечения подготовки к военной службе, ППВУ и вопросов военно-врачебной экспертизы, разработки стандартов (порядков) оказания медицинской услуги по военно-врачебной экспертизе, стратегий оптимизации подготовки граждан к военной службе на региональном и муниципальном уровнях;

- разработку программы профилактики правовых рисков при проведении мероприятий медицинского обеспечения граждан во время подготовки к военной службе;

- разработку унифицированных требований к состоянию здоровья

призывного контингента с обязательным привлечением экспертного сообщества Министерства обороны, Министерства здравоохранения и заинтересованных общественных организаций. Формирования последовательной, преемственной системы медицинского наблюдения за детьми и подростками в детских поликлиниках;

- расширение перечня диагностических исследований, обязательных при проведении мероприятий по медицинскому обеспечению подготовки граждан к военной службе и проведении военно-врачебной экспертизы при ППВУ и призыве на военную службу за счёт современных методик: УЗИ органов брюшной полости и почек, эхокардиографии с цветным доплеровским картированием, развёрнутым биохимическим анализом крови, ортопантомографии, МРТ и др., создания предпосылок для реализации концентрированного плана оздоровления конкретного гражданина;

- учет состояния здоровья и мониторинга качества жизни при проведении лечебно-профилактических мероприятий в медицинской организации, ППВУ, ВВЭ с обязательным учётом региональных особенностей;

- включение циклов по военно-врачебной экспертизе и физиологии, патологии и гигиене подросткового возраста в обязательный перечень подготовки педиатрической службы и врачей-специалистов, задействованных в проведении военно-врачебной экспертизы и др.

- для решения вопросов укомплектования медицинским персоналом военно-врачебных комиссий предусмотреть повышение заработной платы и расширение социальных гарантий сотрудникам ВВК.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ВВК - военно-врачебная комиссия
- ВВЭ - военно-врачебная экспертиза
- ВК - военный комиссариат
- ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения
- ВС РФ - Вооруженные силы Российской Федерации
- ВУ - Воинский учёт
- ГЗ - группа здоровья
- ДОСААФ - добровольное общество содействию армии, авиации и флоту России
- ЗОЖ - здоровый образ жизни
- ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение
(медицинская организация)
- МЗ и СР - Министерство здравоохранения и социального развития
- МЗ - Министерство здравоохранения
- МКБ - Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра
- МО РФ - Министерство обороны Российской Федерации
- МСЭ - медико-социальная экспертиза
- МУЗ - муниципальное учреждение здравоохранения
- ООН - Организация Объединённых Наций
- ПК - призывные комиссии
- ППВУ - первоначальная постановка на воинский учёт
- РФ - Российская Федерация
- ФЗ - Федеральный Закон
- ЦФО - Центральный федеральный округ
- ЮНИСЕФ - детский фонд ООН
- НОАК - народно-освободительная армия Китая

Список литературы

1. Абрамов, А.Ю. Совершенствование механизма регулирования оборота наркотических средств и психотропных веществ в Российской Федерации: Автореф. дис. ...д-ра. мед. наук: 14.02.03 / Абрамов Александр Юрьевич. – Москва, 2015. - 14 с.
2. Авсаджанишвили В.Н. Медико-социальное исследование детей дошкольного возраста с заболеваниями органов дыхания и пути их оздоровления в амбулаторных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Авсаджанишвили Василий Нугзарович. – Москва, 2016. – 14 с.
3. Алейников, С.И. Медицинская служба Вооружённых сил Китайской Народной Республики / С.И. Алейников, А.С. Голота, А.Б. Крассий, Е.А. Солдатов, Р.А. Шалахин // Военно-медицинский журнал. – 2016. - №8. – С. 62-66.
4. Аминов, А.С. Закономерности адаптивно-компенсаторных реакций организма подростков 12-15 лет, проживающих в патронатных семьях, при применении коррекционно-оздоровительной программы: Автореф. дис. ...д-ра. биол. наук: 03.03.01 /Аминов Александр Сергеевич. - Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет. - Челябинск, 2017. – 48 с.
5. Амлаев, К.Р, Хорошилова, Е.Ю. Управление социально-экономическими детерминантами здоровья на различных уровнях / К.Р Амлаев, Е.Ю. Хорошилова // Врач. - 2018. - Т. 29, - № 1. - С. 85–87.
6. Анисимова, А. В. Комплексное состояние здоровья и оптимизация профилактических мероприятий у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / А. В. Анисимова. – Красноярск, 2014. – 24 с.
7. Антоненков, Ю.Е. Проблемы медицинского обеспечения и управления подготовкой к военной службе молодёжи в военном комиссариате и пути их решения (на примере Воронежской области):

автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.02.03 / Антоненков Юрий Евгеньевич. – М., 2014. - 59 с.

8. Архестова, Д.Р. Распространенность железодефицитных состояний, факторы риска их развития у детей первого года жизни в кабардино-балкарской республике: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Д.Р. Архестова. – Ставрополь, 2017. – 24 с.

9. Бабенко, А.И. Заболеваемость юношей-подростков по результатам медицинского освидетельствования при первоначальной постановке на воинский учет / А.И. Бабенко, Е.Г. Шведов, С.М. Бекмурзов, Е.А. Бабенко // Сибирский научный медицинский журнал. - 2019. - Т. 39. - № 4. - С. 162-171.

10. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления / А.А. Баранов, Альбицкий В.Ю. // Казанский медицинский журнал. - 2018. - Т. 99. - № 4. - С. 698-705.

11. Баранов, А.А. Оценка качества проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Е.Н. Байбарина, и др. // Вестник Росздравнадзора. – 2016. - № 3. – С. 49-54.

12. Бантьева, М.Н. Основные тенденции численности диспансерной группы подростков 15-17 лет в России в динамике за 2000-2015 годы / М.Н. Бантьева, Э.Н. Матвеев, Е.М. Маношкина // Российский медицинский журнал. - 2019. - Т. 25. - № 1. - С. 4-10.

13. Бевеликова, Н.М. Развитие правового статуса Вооруженных сил КНР / Н.М. Бевеликова, П.В. Троцинский // Журнал российского права. 2015. - № 3. – С. 15-30.

14. Билалов, Ф.С. Доступность медицинской диагностической помощи на примере медицинских организаций республики Башкортостан / Билалов Ф.С., Сквирская Г.П., Шарафутдинова Н.Х. // Менеджер здравоохранения. - 2018. - № 1. - С. 42-51.

15. Болехан, В.Н. Медицинское обеспечение ветеранов вооружённых сил за рубежом (на примере США и Великобритании) / В.Н. Болехан, В.В. Иванов, Е.В. Ивченко, А.Б. Крассий, Т.В. Моровикова, О.А. Нагибович, М.В. Резванцев // Военно-медицинский журнал. - 2013. - № 3. - С. 61-67.
16. Брескина, Т.Н. Карта экспертизы качества медицинской помощи как основа организации контроля качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре / Т.Н. Брескина // Вестник Росздравнадзора. - 2016. - №1. - С. 21-31.
17. Быховская, О.А. Анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз по делам в отношении медицинских работников / О.А. Быховская, А.И. Филатов, И.Е. Лобан, В.Д. Исаков // Судебно-медицинская экспертиза. - 2018. - Т. 61. - № 5. - С. 14-17.
18. Бударин, С.С. Организация экспертизы качества медицинской помощи в системе ОМС и ее экспертный потенциал / С.С. Бударин, Е.В. Смирнова // Вестник Росздравнадзора. - 2016. - № 6. - С. 13-22.
19. Булавин, В.В. Роль факторов риска в формировании артериальной гипертензии у подростков, допризывников и призывников / В.В. Булавин, А.Л. Чаплюк, А.С. Кальманов, А.В. Дацко, М.П. Денисова // Военно-медицинский журнал. – М., 2015. - №11. – С. 56-58.
20. Булавин В.В. Состояние психологического статуса граждан, подлежащих призыву на военную службу и военнослужащих, методы их коррекции и экспертизы / В.В. Булавин, А.С. Кальманов, В.Н. Филатов, А.А. Ворона, Ю.И. Ремизов. - Москва, 2018. – 342 с.
21. Бурлуцкая, А.В. Состояние здоровья (заболеваемость и инвалидность) подростков в Краснодарском крае / А.В. Бурлуцкая, А.В. Статова, Е.С. Гурина // Кубанский научный медицинский вестник. - 2019. - Т. 26. - № 2. - С. 130-139.

22. Василенко, М.А., Баблюян, Н.В. Аспекты и методики социального аудита в сфере здравоохранения // Экономика и управление в XXI веке: тенденции развития. - 2017. - № 34. - С. 72–76.
23. Власенко, В.И. Девиантное поведение (деятельность): этиопатогенетические аспекты, классификация / В.И. Власенко, В.А. Переверзев, Ю.Е. Разводовский // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. - 2018. - Т. 17. - № 4. - С. 131-145.
24. Военная доктрина Российской Федерации (утверждена Президентом Российской Федерации 25 декабря 2014 года №Пр-2976).
25. Вооруженные силы России: общественная оценка // ВЦИОМ. - Пресс-выпуск №3219. - 2016. Электронный ресурс. https://www.wciom.ru/fileadmin/file/reports_conferences/2016/2016-02-18-armiya.pdf
26. Вялков, А.И. Современные подходы к преобразованию медицинских организаций, оказывающих помощь населению в амбулаторных условиях / А.И. Вялков, Г.П. Сквирская, И.М. Сон, и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2017. - Т. 25. - № 4. - С. 216-220.
27. Вялков, А.И., Сквирская, Г.П. Логистические исследования в управлении здравоохранением: Принципы построения и реализации дорожных карт / А.И. Вялков, Г.П. Сквирская // Менеджер здравоохранения. - 2015. - № 2. - С. 13–19.
28. Ганишев, А.В. Оценка деятельности военно-врачебных комиссий органов внутренних дел и перспективы ведомственной военно-врачебной экспертизы / А.В. Ганишев // Медицинский вестник МВД. – М., 2016. - №2. – С. 2-9.
29. Гибадуллина, Л.Т. Пациент как слабая сторона в обязательствах по оказанию медицинских услуг / Гибадуллина Л.Т. // Медицинское право. - № 3. - 2015.

30. Гландин, С.В. Анализ современной судебной практики по делам в отношении частных клиник: практический подход в свете выявления правовых рисков / С.В. Гландин // Медицинское право. - №6. – 2013.
31. Голота, А.С. Состояние здоровья военнослужащих вооруженных сил США в 2012 г. / А.С. Голота, А.Б. Крассии, О.А. Нагибович, П.П. Сивашенко // Военно-медицинский журнал. - 2013. - № 8. - С. 24 - 29.
32. Гончаренко, А.Ю. Система мониторинга психического здоровья военнослужащих, проходящих военную службу по контракту: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03, 1401.06 / Гончаренко Андрей Юрьевич. - Санкт-Петербург, 2017. - 46 с.
33. Гостев, А.Н. Подготовка людских мобилизационных ресурсов для комплектования армии США: анализ традиций / Гостев А.Н. // Инноватика и экспертиза: научные труды. - 2018. - № 3 (24). - С. 151-166.
34. Гурская, Н.В. На страже здоровья военнослужащих (из воспоминаний врача) / Н.В. Гурская // Гуманитарные проблемы военного дела. - 2019. - № 2 (19). - С. 97-100.
35. Давыдова, Т.Е. Состояние здоровья и качество жизни граждан, проходящих военную службу по призыву: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Давыдова Татьяна Евгеньевна. - Москва, 2016.- 158 с.
36. Дёмкин, А.Д., Марченко, А.А., Гончаренко, А.Ю. Обзор системы медико-психологического сопровождения в армии США / А.Д. Дёмкин, А.А. Марченко, А.Ю. Гончаренко // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. - 2016. - № 2. - С. 52-57.
37. Денисов, Л.А. Медицинские осмотры школьников - важное звено профилактики / Л.А. Денисов // Санитарный врач. - 2019. - № 3. - С. 40-50.
38. Долгих, В.В., Кулеш, Д.В., Лебедева, Л.Н., Шойко, С.В., Абашин, Н.Н. Заболеваемость подростков и юношей допризывного возраста: медико-организационные и социальные аспекты / В.В. Долгих, Д.В.

Кулеш, Л.Н. Лебедева, С.В. Шойко, Н.Н. Абашин // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2013. - № 3 (43). - С. 177-181.

39. Доровская А.И. Научное обоснование оптимизации управления карьерой врачей в медицинских организациях: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Доровская Александра Ивановна. - М., 2017. - 28 с.

40. Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов [электронный ресурс] // Всероссийские опросы ВЦИОМ – Москва, 2015. – URL: http://www.wciom.ru/fileadmin/file/reports_conferences/2015/2015-09-02-zdravoohranenie.pdf

41. Елисеева, Ю.В. Медико-социальные аспекты сохранения здоровья подростков / Ю.В. Елисеева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2019. - № 2. - С. 113-117.

42. Ефимова, С. В. Комплексная оценка состояния здоровья, образа и качества жизни лиц призывного возраста, проживающих в крупном городе : автореф. дис. канд. мед. наук / С. В. Ефимова. – Оренбург, 2012. – 26 с.

43. Жилина, Ж.А. Основы комплектования Вооружённых сил Российской Федерации / Ж.А. Жилина // Ученые записки. - 2016. - № 4 (20). - С. 8-12.

44. Закон РФ от 27 апреля 1993 года № 4866-1 "Об обжаловании в суд действий и решений, нарушающих права и свободы граждан".

45. Зеленина, Н.В. Психогенетические методы в профессиональном отборе военных специалистов: возможности и перспективы / Н.В. Зеленина, Б.В. Овчинников, В.В. Юсупов // Известия Российской Военно-медицинской академии. - 2019. - Т. 38. - № 3. - С. 26-33.

46. Иванов, И.В. Модель совершенства как инструмент для внедрения стандартов лучшей медицинской практики / И.В. Иванов, Т.Н. Брескина, А.А. Сафонов // Менеджмент качества в медицине. - 2019. - № 1. - С. 87-95.

47. Информационно-аналитические материалы по приоритетным направлениям научных исследований и разработок в интересах решения социально экономических задач // ФГБНУ «НИИ - Республиканский исследовательский научно-консультационный центр экспертизы». – М., 2015. – 26 с.
48. Калабихина, И.Е. Демографический потенциал военного планирования: человеческий капитал военного контингента / И.Е. Калабихина, Е.В. Бессонова, И.А. Денисова, Н.М. Калмыкова, В.Х. Эченикэ // Вооружение и экономика. - 2018. - № 2 (44). - С. 58-67.
49. Калачёв, О.В. Персональные электронные карты военнослужащих и военно-медицинская информационная система / О.В. Калачёв, В.П. Столяр, М.Г. Куандыков, А.Ю. Папков // Военно-медицинский журнал. – М., 2015. - №8. – С. 4-10.
50. Калинин, Д.Е. Факторы формирования здоровья населения городов в зоне воздействия предприятий атомной индустрии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Калинин Дмитрий Евгеньевич.- М., 2016. – 47 с.
51. Кику, П.Ф. Концепция факторов риска для здоровья населения / П.Ф. Кику, Д.С. Жигаев, Н.С. Шитер, К.М. Сабирова, М.А. Мезенцева // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2016. - № 62. - С. 101–117.
52. Ким, А. В. Научное обоснование современных подходов по формированию системы медицинского обеспечения подготовки молодежи к военной службе : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А. В. Ким. – Санкт-Петербург, 2012. – 43 с.
53. Карымова, Д.А., Денисенко, Г.В. Методика социального аудита медицинских учреждений / Д.А. Карымова, Г.В. Денисенко // Учет, анализ и аудит: проблемы теории и практики. - 2015. - № 15. - С. 105–108.
54. Кисляков, Е.А. Трансформация имиджа российской армии: опыт и проблемы / Е.А. Кисляков // Проблемы постсоветского пространства. - 2017. - Т. 4. - № 1. - С. 80-92.

55. Каспрук, Л. И. Мониторинг социально-гигиенической характеристики первичного звена как фактор повышения качества медицинской помощи населению в Оренбуржье / Л.И. Каспрук // Справочник врача общей практики. - 2014. - № 7. - С. 9-15.
56. Кицул, И.С. Приказ Минздрава России от 07.07.2015 №422ан «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»: анализ документа и практические аспекты использования / И.С. Кицул, Д.В. Пивень // Заместитель главного врача. – 2015. - №10. – С. 117-121.
57. Кораблев, В.Н., Дементьева, Е.Л. Система показателей оценки эффективности медицинской помощи в здравоохранении / В.Н. Кораблев, Е.Л. Дементьева // Дальневосточный медицинский журнал. - 2014. - № 4. - С. 94–98.
58. Корнюшин, В.Ю. Профилактика основных причин заболеваемости у детей и подростков в образовательных учреждениях / В.Ю. Корнюшин. - Санкт-Петербург, 2018. – 246 с.
59. Колядо, Е.В. Научное обоснование организационно-методического сопровождения управления медицинской деятельностью на уровне субъекта Российской Федерации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Колядо Елена Владимировна. - Новокузнецк, 2016. - 46 с.
60. Концепция федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года: [утверждена Распоряжением Правительства РФ от 3 февраля 2010 г. № 134-р.] – М., 2010.
61. Коршевер, Н. Г. Обеспечение раннего развития детей и подростков и оценка работы по охране здоровья населения / Н. Г. Коршевер, С. А. Сидельников, Э. С. Сидельникова // Евразийский союз ученых. – 2015. – № 12-1 (21). – С. 108-110.
62. Криволапов, А.А. Состав, численность и организация НОАК на современном этапе. Китайская военная мощь как новый фактор мировой

- политики / А.А. Криволапов // М: Научный эксперт, 2016. - 112 с.
63. Крук, В.М. Психологические условия укрепления психического здоровья военнослужащих, проходящих службу по призыву / В.М. Крук, А.С. Олейникова // Монография. - Москва, 2017. - С. 20-36.
64. Кузьмин, С.А. Концепция модернизации системы медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе (на примере Оренбургской области): автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.02.03 / Кузьмин Сергей Александрович. – М., 2011. - 42 с.
65. Кузьмин, С.А. Состояние здоровья и физической подготовленности призывников как основа системы обеспечения национальной безопасности России / С.А. Кузьмин, В.В. Солодовников, О.И. Вовк, Л.К. Григорьева // Безопасность жизнедеятельности. - 2019. - № 11 (227). - С. 58-60
66. Кузьмин, С.А. Анализ показателей здоровья допризывной и призывной молодежи Оренбургской области / С.А. Кузьмин, В.В. Солодовников, Э.М. Вахитов, А.П. Галин // Известия Самарского научного центра РАН. - Самара, 2015. - №5. С. 2-10.
67. Кузьмин, С. А. Анализ состояния здоровья призывников, проживающих в сельской местности Оренбургской области / С. А. Кузьмин, С. В. Смирнов // Мед. вестн. Башкортостана. – 2015. – Т. 10, № 1. – С. 80-83.
68. Куликов, В.В. Психиатрические аспекты военно-врачебной экспертизы / В.В. Куликов, М.А. Лебедев, С.Ю. Палатов, А.А. Шатенштейн // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2018. - № 11. - С. 15-19.
69. Кульнев, С.В., Котив, Б.Н., Крючков, О.А., Мавренков, Э.М. Развитие систем оказания медицинской помощи раненым, больным и пострадавшим в военных конфликтах прошлого и настоящего / С.В. Кульнев, Б.Н. Котив, О.А. Крючков, Э.М. Мавренков // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2018. - № 4 (64). - С. 174-180.

70. Кучма, В.Р. Риск здоровью обучающихся в современной российской школе / В.Р. Кучма // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. - 2018. - № 4. - С. 11-19.
71. Кучма, В. Р. Стратегия развития популяционной и персонализированной гигиены детей и подростков / В. Р. Кучма // Здоровье населения и среда обитания. – 2017. – № 8 (293). – С. 7-10.
72. Кучма, В. Р. Достижения и перспективы научных исследований по гигиене и охране здоровья детей и подростков / В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева, М. А. Поленова // Вопр. шк. и университет. медицины и здоровья. – 2017. – № 1. – С. 4-11.
73. Лаборатория межсекторальных стратегий по обеспечению здоровья [Электронный ресурс]. URL: <http://www.mma.ru/science/nii/pabl/dep/polit/strat/> (дата обращения: 19.09.2019).
74. Лазуткин, В.И. Методики военного профессионального психологического отбора / В.И.Лазуткин, Н.Н. Зацарный, Г.М Заракowski. – М.: Научно-практический центр Генштаба МО РФ, 1999. – 535 с.
75. Лебедева-Несевря Н.А. Теория, методология и практика анализа социально детерминированных рисков здоровью населения: автореф. дис. ... д-ра социол. наук: 14.02.05 / Лебедева-Несевря Наталья Алексеевна. - Волгоград, 2014. - 49 с.
76. Левич, С.Н. Современные технологии оценки предрасположенности военнослужащих к девиантному поведению / С.Н. Левич, Л.О. Марченко, В.В. Юсупов, Е.О. Филиппова // Военно-медицинский журнал. – 2016. - №4. – С. 4-10.
77. Линденбрaten, А.Л. Использование критериев и показателей качества медицинской деятельности / А.Л. Линденбрaten // Заместитель главного врача. – 2016. - №4. – С. 56 – 60.

78. Линченко, С.Н., Хмелик, В.И., Грошилин, С.М. Медицинские аспекты реализации "Концепции федеральной системы подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года" в Краснодарском крае / С.Н. Линченко, В.И. Хмелик, С.М. Грошилин // Национальное здоровье. - 2016. - № 1-2. - С. 48-57.
79. Лукьянцева, Д. В. Обзор мирового опыта разработки показателей оценки качества медицинской помощи для амбулаторного этапа ее оказания / Д.В. Лукьянцева, О.А. Сухоруких, В.В. Омеляновский // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. - 2018. - Т. 11, № 1. - С. 45-49.
80. Малышева, С.А. Основные направления работы по повышению качества оказания медицинской помощи застрахованным гражданам в Нижегородской области / С.А. Малышева, Т.Е. Романова, В.Р. Мишанов // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. - 2017. - № 5. - С. 46-52.
81. Маношкина, Е.М., Матвеев, Э.Н., Бантьева, М.Н. Основные тенденции заболеваемости юношей (15-17 лет) в условиях роста хронической патологии / Е.М. Маношкина, Э.Н. Матвеев, М.Н. Бантьева // Менеджер здравоохранения. - 2019. - № 5. - С. 6-15.
82. Методические рекомендации Минздравсоцразвития РФ от 05 мая 2012 г. № 14-3/10/1-2819 «Оказание медицинской помощи взрослому населению в Центрах здоровья».
83. Модестов, А.А. Центры здоровья для детей: проблемы и перспективы развития [Электронный ресурс] / А.А. Модестов, С.А. Косова, Ю.С. Неволин [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения : электрон. науч. журн. - 2013. - № 3(31). – С. 79-86. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru> (21.03.19).

84. Мигунько, А.М. Особенности физической подготовки рекрутов армии США / А.М. Мигунько // Актуальные проблемы физической и специальной подготовки силовых структур. - 2018. - № 3. - С. 34-38.
85. Михайлова, А., Буравлева, А. Межсекторное взаимодействие как механизм создания социальных инноваций / А. Михайлова, А. Буравлева // Проблемы теории и практики управления. - 2017. - № 3. - С. 77-84.
86. Нагаев, Р. Я. Медико-социальные аспекты охраны здоровья подростков 10-17 лет на уровне субъекта Российской Федерации : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Р. Я. Нагаев. – Москва, 2016. – 47 с.
87. Нагаев, Р.Я. Демографические показатели и динамика состояния здоровья подростков в Республике Башкортостан / Р.Я. Нагаев, Л.П. Чичерин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – №1. – С. 119 – 122.
88. Нечаев, В.С. Из зарубежного опыта рейтингования медицинских организаций / В.С. Нечаев, А.Н. Прокинова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. - 2016. - № 5. - С. 71-75.
89. Новиков, Р. А. Социально-медицинская работа как важнейшее направление в охране здоровья детей и подростков / Р. А. Новиков, Е. А. Деникаева, А. А. Новикова // Актуал. вопр. соврем. науки : тр. междунар. науч.-практ. конф. – Москва, 2016. – С. 80-83.
90. Новикова, И. И. Результаты комплексной гигиенической оценки здоровья школьников / И. И. Новикова, Ю. В. Ерофеев, А. В. Денисов // Здоровье населения и среда обитания. – 2018. – № 4 (301). – С. 31-35.
91. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад [Электронный ресурс]. 284 Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020->

theeuropean-policyfor-health-and-well-being/publications/2013/review-of-socialdeterminants-and-thehealth-divide-in-the-who-european-region.-final-report (дата обращения: 19.09.2018).

92. Ориховская, Е.Н. Проверки медицинских организаций надзорными органами: лицензионный контроль / Е.Н. Ориховская // Правовые вопросы в здравоохранении. - 2014. - № 6. - С. 44–54.

93. Ореховский, С. А. Теоретико-методологические подходы в социальной работе по обеспечению охраны здоровья детей, подростков и молодежи / С. А. Ореховский // В мире науки и инноваций : сб. ст. Междунар. науч.-практ. конф. : в 3-х частях. – Уфа, 2016. – С. 164-166.

94. О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») [Электронный ресурс]: постановление Правительства РФ от 16.04.2012 №291 (с изм. и доп. от 08.12.2016). - Режим доступа: <https://base.garant.ru/70164724/> (дата обращения: 14.06.2019).

95. О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 августа 2017 г. №514н. - <http://ivo.garant.ru/#/document/71748018/paragraph/1:0> (дата обращения 14.06.2019).

96. О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период 172 обучения в них [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. N 1346н. - Режим доступа: <https://base.garant.ru/70355102/> (дата обращения 14.06.2019).

97. Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» [Электронный ресурс]: указ

Президента Российской Федерации № 825 от 28.06.2007 г. - Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/91419/> (дата обращения 14.06.2019).

98. Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Электронный ресурс]: приказ Министерства здравоохранения РФ от 7.07.2015 г. №422ан. - Режим доступа: https://static1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/028/361/original/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%D0%B0%D0%B7_%E2%84%96422%D0%B0%D0%BD_07_%D0%B8%D1%8E%D0%BB%D1%8F_2015_%D0%B3..pdf?1447421445 (дата обращения 14.06.2019).

99. Об организации военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации: методические указания / Главный центр военно-врачебной экспертизы Министерства обороны Российской Федерации. – М., 2015. – 132 с.

100. Обобщенные результаты социологических исследований отношения населения к системе здравоохранения. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/news/2015/09/01/2516-obobschennye-rezultaty-sotsiologicheskikh-issledovaniy-otnosheniya-naseleniya-k-sisteme-zdravoohraneniya> (Дата обращения: 28.09.19 года).

101. Отчет по итогам работы круглого стола с международным участием «Роль межведомственного сотрудничества в профилактике неинфекционных заболеваний и укреплении здоровья населения на страновом, региональном и муниципальном уровне» / М.В. Попович, И.С. Глазунов, Е.В. Усова, Е.С. Данилова, Д.А. Соловьев, В.А. Зиновьева, Е.Ю. Забина. М.: Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России, 2015. 8 с.

102. Официальный сайт программы TRICARE. [Электронный ресурс]. URL:

<https://tricare.mil/mybenefit/ProfileFilter.do?puri=%2Fhome%2Foverview%2FWhatIsTRICARE> (Дата обращения: 18.08.19 года).

103. Перевалова, А.А. Государственная политика по реформированию вооруженных сил Италии: новая модель и институты: автореф. дис. ... канд. полит. наук / Перевалова Анна Александровна. - Екатеринбург, 2018. – 29 с.

104. Петрова, О.Н. Нормативное правовое обеспечение организации и деятельности военно-врачебной экспертизы / О.Н. Петрова, Л.А. Карасаева, А.А. Нурова, О.И. Бычкова // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2019. - № 1 (65). - С. 185-189.

105. Пинчук, П.В. Дефекты врачебно-экспертных заключений о категории годности граждан, подлежащих призыву на военную службу / П.В. Пинчук, Н.В. Бурмистрова, А.Л. Чаплюк, А.В. Дацко // Военно-медицинский журнал. - 2017. - Т. 338. - № 10. - С. 14-18.

106. Полунина, Н.В. Образ жизни и заболеваемость юношей и подростков призывного возраста / Н. В. Полунина, А. В. Юмукян // Рос. мед. журн. – 2013. – № 1. – С. 3-6.

107. Полунина, Н.В. Профилактическая медицина - основа сохранения здоровья населения / Н.В. Полунина, Ю.П. Пивоваров, О.Ю. Милушкина // Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2018. - № 5. - С. 5-13.

108. Полунина, Н.В. Статистические методы изучения и оценки здоровья населения : учебное пособие / Н.В. Полунина, Г.Н. Буслаева, В.В. Попов [и др.]; под ред. Н.В. Полуниной. - Москва: Издательство РУДН, 2015. - 240 с.

109. Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию РФ от 3 декабря 2015 года // Парламентская газета. - № 44.

110. Постановление Правительства Москвы от 16 февраля 2010 года № 136-ПП «О Концепции допризывной подготовки молодежи в городе

Москве до 2020 года и Плана мероприятий по совершенствованию допризывной подготовки молодежи в городе Москве на 2010-2011 годы».

111. Постановление Правительства Московской области от 31 августа 2011 года № 924/35 «Об утверждении долгосрочной целевой программы Московской области "Патриотическое воспитание и подготовка молодежи к военной службе на 2012-2015 годы».

112. Постановление Правительства Московской области от 23 августа 2013 года № 657/36 «Об утверждении государственной программы Московской области "Образование Подмосковья" на 2014 - 2018 годы».

113. Постановление Правительства Московской области от 9 сентября 2011 года № 990/36 «Об организации обучения граждан Российской Федерации, проживающих на территории Московской области, начальным знаниям в области обороны и их подготовки по основам военной службы в образовательных учреждениях среднего (полного) общего образования, образовательных учреждениях начального и среднего профессионального образования и учебных пунктах».

114. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 года № 704 «О порядке компенсации расходов, понесённых организациями и гражданами Российской Федерации в связи с реализацией Федерального закона «О воинской обязанности и военной службе».

115. Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 1999 года № 1441 «Об утверждении Положения о подготовке граждан Российской Федерации к военной службе».

116. Постановление Правительства РФ от 28 июля 2008 года № 574 "Об утверждении Положения о независимой военно-врачебной экспертизе".

117. Постановление Правительства РФ от 3 февраля 2010 года № 134-р «Об утверждении Концепции федеральной системы подготовки граждан к военной службе на период до 2020 года».

118. Постановление Правительства РФ от 30 марта 2010 года № 194 «Вопросы Межведомственной комиссии по подготовке граждан Российской Федерации к военной службе и военно-патриотическому воспитанию».
119. Постановление Правительства РФ от 4 июля 2013 года № 565 "Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе".
120. Приказ заместителя Министра обороны Российской Федерации от 8 декабря 2016 года №1035 «О совершенствовании диспансеризации военнослужащих в Вооружённых силах Российской Федерации».
121. Приказ Минобороны РФ и Минздрава РФ от 23.05.2001 года № 240/168 "Об организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе".
122. Приказ Министра обороны Российской Федерации от 16 января 2006 года № 20 "Об организации оказания медицинской помощи в военно-медицинских подразделениях, частях и учреждениях Министерства обороны Российской Федерации".
123. Приказ Министра обороны РФ от 15 марта 2011 года № 333 «Об утверждении Порядка санаторно-курортного обеспечения в Вооруженных Силах Российской Федерации».
124. Приказ Министра обороны РФ от 20 октября 2014 года № 770 "О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы".
125. Приказ Министра обороны РФ от 14 октября 2015 года № 615 "Об определении форм документации (кроме унифицированных форм медицинской документации), необходимых для деятельности военно-врачебных комиссий, созданных в Вооруженных Силах Российской Федерации".

126. Приказ Минздрава России от 18 декабря 2015 года № 933н "О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)".

127. Приказ Министра обороны РФ от 15.02.2016 года № 55 "Об организации направления военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации, граждан, проходящих военные сборы по линии Вооруженных Сил Российской Федерации, на медицинское освидетельствование" (вместе с "Инструкцией об организации направления военнослужащих Вооруженных Сил Российской Федерации, граждан, проходящих военные сборы по линии Вооруженных Сил Российской Федерации, на медицинское освидетельствование").

128. Приказ Министра обороны от 27 января 2017 года № 60 «О медико-психологической реабилитации».

129. Проект «Разработка механизмов межведомственного и межсекторального взаимодействия при реализации Стокгольмской конвенции в Кыргызской Республике» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.ecoaccord.org/pop/iper/pechenuk.htm> (дата обращения: 09.09.2018).

130. Проклова, Т.Н. Об эффективности функционирования системы здравоохранения Российской Федерации / Т.Н. Проклова, О.Б. Карпова, Е.А. Тельнова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – №2. – С. 49 – 54.

131. Проклова, Т.Н., Карпова, О.Б. Здоровье подростков в РФ в 2011-2015 годах / Т.Н. Проклова, О.Б. Карпова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2017. - № 4. - С. 64-69.

132. Проскурякова Л.А. Научное обоснование системы сохранения здоровья студентов (на примере вузов Новокузнецкого городского округа):

автореф. дис. ... д-ра биол. наук: 14.02.01 / Проскурякова Лариса Алексеевна. - Иркутск, 2014. - 48 с.

133. 176. Пузанова О.Г. Доказательная профилактика в здравоохранении: методологические основы и информационное обеспечение // Проблемы здоровья и экологии. 2013. № 4 (38). С. 12–21.

134. Распоряжение Губернатора Московской области от 28 декабря 2010 года № 479-РГ «О Плана основных мероприятий центральных исполнительных органов государственной власти Московской области по реализации положений Послания Президента Российской Федерации Д.А. Медведева Федеральному Собранию Российской Федерации 30 ноября 2010 года».

135. Решетников, А.В. Методика проведения медико-социологических исследований / А.В. Решетников, С.А. Ефименко, Л.С. Астафьев. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 96 с.

136. Решетников, В.А. Зарубежный опыт и его влияние на формирование отечественной модели подготовки кадров в области управления здравоохранением / В.А. Решетников, Г.П. Сквирская, Г.Ш. Гаджаалиев, Ф.А. Сулькина // Здравоохранение Российской Федерации. – 2016. – Т.60. – №5. – С. 240 – 244.

137. Решетников, А.В. Проведение медико-социологического мониторинга: учебно-методическое пособие / А.В. Решетников, С.А. Ефименко. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 160 с.

138. Решетников, А.В. Экономика и управление в здравоохранении / А.В. Решетников, Н.Г. Шамшурина, В.И. Шамшурин // Учебник и практикум. - Москва, 2018. - Сер. 66 Специалист (1-е изд.).

139. Романов, А.С., Балканов, И.В. Вооруженные силы США в стереотипах американской периодики на примере метафорической модели “U.S. ARMED FORCES IS FAMILY” / А.С. Романов, И.В. Балканов //

Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Гуманитарные науки. - 2019. - № 7-2. - С. 100-105.

140. Руголь Л.В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения / Л.В. Руголь, И.М. Сон, В.И. Стародубов, А.В. Погонин // Социальные аспекты здоровья населения. - 2018. - № 6 (64). - С. 1-10.

141. Руководство по диспансеризации военнослужащих в Вооруженных Силах Российской Федерации: [утв. приказом Министра обороны Российской Федерации от 18.06.2011 г. № 800].

142. Русанова, Н.Е. Здоровьесберегающее поведение школьников: российские проблемы и китайский опыт / Н.Е. Русанова, Е. Ван // Дети и молодежь - будущее России (материалы IV Международной научно-практической конференции: в 2 частях). – Вологда, 2017. - С. 667-671.

143. Рухлова, И.А. Профилактика суицидального поведения у подростков с психическими расстройствами: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06, 14.02.03 / Рухлова Ирина Александровна. - Санкт-Петербург, 2016. - 185 с.

144. Саввина, Н.В., Еремеева, В.И., Егорова, Т.В. Анализ состояния здоровья школьников г. Якутска по данным динамического наблюдения за 2016-2017 гг. / Н.В. Саввина, В.И. Еремеева, Т.В. Егорова // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. - 2017. - № 3 (08). - С. 31-35.

145. Сазанова, Г.Ю. Научное обоснование повышения эффективности организации медицинской помощи пациентам терапевтического профиля: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Сазанова Галина Юрьевна. - Саратов, 2017. - 288 с.

146. Санакоева, Э.Г. Актуальные вопросы военно-врачебной экспертизы граждан, пребывающих в запасе вооруженных сил / Э.Г. Санакоева, С.Л. Николенко, С.Г. Бровкин, Ю.Г. Игнатов // Военно-медицинский журнал. - 2019. - Т. 340. - № 4. - С. 13-18.

147. Сисигина, Н.Н. Роль страховых медицинских организаций в управлении качеством медицинской помощи / Н.Н. Сисигина, Л.С. Мельникова, В.С. Назаров // Медицинские технологии. Оценка и выбор. - 2015. - № 1(19). - С. 43-49.
148. Сквирская, Г.П. Модернизация системы здравоохранения и непрерывного совершенствования качества медицинской помощи как ведущая задача последиplomного медицинского образования / Г.П. Сквирская // Проблемы управления здравоохранения. – 2011. – № 3. (58). – С. 6 –10.
149. Скворцова, В.И. Система координат для дальнейшего движения / Скворцова Вероника Игоревна // Медицина: целевые проекты. - 2018. - № 31. - С. 6–7.
150. Скориков, И.И. Некоторые причины негативного отношения к военной службе в современном обществе России / И.И. Скориков, С.Г. Никитова // Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук. - 2019. - Т. 13. - № 5. - С. 90-93.
151. Смирнов, С.В. Медико-социальная характеристика сельских призывников и пути совершенствования системы подготовки к военной службе: на примере Оренбургской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Смирнов Сергей Викторович. - Оренбург, 2015. - 22 с.
152. Смирнов, С.В. Медико-демографические особенности призывного ресурса Оренбургской области / С.В. Смирнов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2016. - № 1-1. - С. 156-159.
153. Смышляев, А.В. Процессноориентированный подход в управлении здравоохранением в Российской Федерации на современном этапе: ключевые проблемы и перспективы развития / А.В. Смышляев, Ю.Ю. Мельников, П.В. Артёмова // Проблемы экономики и юридической практики. - 2018. - № 3. - С. 37–42.

154. Содействие социальному и экономическому развитию: устойчивые межсекторальные действия по повышению уровня здоровья и справедливости в области здравоохранения (выполнение решений восьмой Глобальной конференции по укреплению здоровья) [Электронный ресурс]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2015. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_17-ru.pdf. (дата обращения: 19.09.2019).
155. Сокол, Л.Н. Передовой мировой опыт военной подготовки в гражданских вузах: ROTC / Л.Н. Сокол // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. - 2018. - № 2. - С. 265-271.
156. Соколов, Я.О. Необоснованные возвращения призывников со сборных пунктов: причины и последствия /Я.О. Соколов // Право в Вооружённых силах. – М., 2016. - №3.
157. Соколова, В.В. Обоснование организационных мероприятий по совершенствованию деятельности страховых медицинских организаций, направленных на повышение удовлетворенности родителей качеством лечебно-профилактической помощи детям: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Соколова Виктория Викторовна. - Москва, 2018. - 28 с.
158. Стародубов, В.И. Парадоксы законодательства: гарантии бесплатности медицинской помощи нередко ограничивают права пациентов на улучшение её качества / В.И. Стародубов, Ф.Н. Кадыров // Менеджер здравоохранения. – 2017. – №4. – С. 62 – 70.
159. Старченко, А.А. Критерии оценки качества медицинской помощи: важный шаг в направлении уважения прав пациентов, врачей и экспертов / А.А. Старченко // Менеджер здравоохранения. – 2015. - №9. – С. 55-62.
160. Статистические материалы Главного центра военно-врачебной экспертизы Министерства обороны Российской Федерации. – М., 2000 – 2017 гг.

161. Статистические материалы Главного военно-медицинского управления Министерства обороны Российской Федерации. – М., 2000 – 2017 гг.
162. Степанов, М.М. Система социального обеспечения в Народно-освободительной армии Китая / М.М. Степанов // Зарубежное военное обозрение. - 2013. - №8. - С. 33-39.
163. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг. [электронный ресурс] / режим доступа URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiyazdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period>
164. Стратегия «Здоровье и развитие здоровья подростков России» (гармонизация Европейских и Российских подходов к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков) / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.С. Намазова–Баранова [и др.]. - Москва: ПедиатрЪ, 2014. - 112 с.
165. Таирова, Р.Т. Анализ качества оказания медицинской помощи населению российской федерации: возможные пути оптимизации / Р.Т. Таирова, Е.А. Берсенева, В.В. Ушенин // Вестник современной клинической медицины. - 2017. - Т. 10, № 6. - С. 75-80.
166. Тришкин, Д.В. Организационные основы совершенствования медицинской реабилитации в санаторно-курортных организациях Вооружённых сил / Д.В. Тришкин, С.В. Долгих, А.В. Мерзликин, А.В. Коваленко, С.В. Воронин // Военно-медицинский журнал. – 2017. - №3. – С. 4-15.
167. Трушин, А.П. О некоторых проблемных вопросах медицинского освидетельствования граждан, пребывающих в запасе, и их решении в соответствии с нормами действующего законодательства / А.П. Трушин, А.П. Лунин, А.Г. Арсентьев // Право в Вооруженных Силах. - 2013. - № 10.
168. Тюрин, А.В. Роль социально-экономических факторов в

формировании здоровья населения Оренбургской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.02.03 / Тюрин Александр Владимирович. – Оренбург, 2013. - 28 с.

169. Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 года № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».

170. Указ Президента РФ от 31 декабря 2015 года № 683 "О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации".

171. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 года № 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики".

172. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 года № 606 "О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации".

173. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 года № 598 "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения".

174. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 года № 604 "О дальнейшем совершенствовании военной службы в Российской Федерации".

175. Указания начальника Главного военно-медицинского управления Минобороны России от 28 сентября 2016 года №161/1/3/9373 «Об утверждении перечня медицинских показаний (рекомендуемый) для направления больных на медицинскую реабилитацию в санаторно-курортные организации Минобороны России».

176. Улумбекова, Г.Э. Научное обоснование направлений развития здравоохранения РФ на среднесрочный период: автореф. дис...канд. мед. наук – 14.02.03 / Улумбекова Гузель Эрнстовна // . – М., 2013. – 24 с.

177. Улумбекова, Г.Э. Эффективность региональных систем здравоохранения России (рейтинг 2016 г.) / Г.Э. Улумбекова, А.Б. Гинойн, А.В. Калашникова // Оргздрав. Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. - 2016. - № 3. - С. 35–42.

178. Фаррахов, А.З. Научное обоснование совершенствования

региональной системы охраны здоровья детского населения (комплексное социально-гигиеническое исследование на примере республики Татарстан): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Фаррахов Азамат Закирович. - М., 2014. - 56 с.

179. Федеральный закон от 31 мая 1996 года № 61-ФЗ «Об обороне».

180. Федеральный закон от 28 марта 1998 года № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе».

181. Федеральный закон от 27 мая 1998 года № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих».

182. Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

183. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

184. Федеральный закон от 8 мая 2010 года № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в связи с совершенствованием правового положения государственных(муниципальных) учреждений».

185. Фисун, А.Я. Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации: итоги деятельности и основные задачи на 2015 год / А. Я. Фисун // Военно-медицинский журнал. - 2015. - № 1. - С. 4-21.

186. Фисун, А.Я. Перспективное планирование деятельности медицинской службы вооружённых сил Вооружённых сил Российской Федерации на 2016-2020 гг. / А.Я. Фисун, О.В. Калачев, Е.Е. Редькин, М.А. Бершев, А.В. Мурзо // Военно-медицинский журнал. – 2016. - №4. – С. 4-10.

187. Фокин, И.В., Параубек, Е. Из истории медико-санитарной службы армии США в годы второй мировой войны / И.В. Фокин, Е. Параубек // Сточиковские чтения Сборник статей 17-ой Международной научной конференции. - 2019. - С. 398-402.

188. Хабриев, Р.У. Комментарии к нормам труда в здравоохранении; новые приказы - старые проблемы / Р.У. Хабриев, В.М. Шипова, Е.А. Берсенева. - Москва, 2019. – 250 с.
189. Хальфин, Р.А. Значение информационно аналитических технологий в современном здравоохранении / Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, А.М. Алленов, С.Г. Алехин. - // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2017. – №7-8. – С. 5 – 10.
190. Хальфин, Р.А. Коммуникации как основа межсекторального взаимодействия при организации профилактики хронических неинфекционных заболеваний / Р.А. Хальфин, В.В. Мадьянова, А.А. Зеленина, В.Г. Винокуров, А.М. Алленов // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2017. - № 9. - С. 3–11.
191. Хмелик, В.И. Состояние здоровья допризывников и призывников Краснодарского края и меры по его укреплению: автореф. дис. ...канд. мед.наук: 14.00.33 / Хмелик Владимир Иванович. – М., 2015. – 27 с.
192. Храпылина, Л.П., О профессиональном стандарте специалиста по военно-врачебной экспертизе / Л.П. Храпылина, С.В. Корякин, А.П. Кабалин, А.В. Дацко // Военно-медицинский журнал. - 2019. - Т. 340. - № 11. - С. 17-25.
193. Цветкова, Г.А. Вооружённые силы России: оценки и факты за последние двадцать пять лет / Г.А. Цветкова //Безопасность Евразии. - 2016. - № 1. - С. 312-343.
194. Цыцорина, И.А. Концептуальная модель оптимизации здравоохранения в области охраны здоровья населения (на примере Новосибирской области): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук: 14.02.03 / Цыцорина Ирина Анатольевна. Новосибирск, 2015. - 48 с.
195. Чаплюк, А.Л. Главный центр военно-врачебной экспертизы Министерства обороны Российской Федерации. К 95-летию со дня образования Центральной военно-врачебной комиссии Министерства

- обороны Российской Федерации / А.Л. Чаплюк, С.Г. Бровкин, В.С. Вовкодав, А.В. Дацко, С.В. Корякин и др. – М: Военинформ, 2016. – 29 с.
196. Чаплюк, А.Л. Малые аномалии развития сердца: изучение и оценка в целях военно-врачебной экспертизы / А.Л. Чаплюк, С.Г. Бровкин, С.В. Корякин, М.А. Арискина, Ю.Г. Игнатов, Ф.А. Орлов // Военно-медицинский журнал. -2018. - Т. 339. - № 2. - С. 68-70.
197. Чернов, Д.А. Организация и структура медико-санитарной службы Вооружённых сил ФРГ /Д.А. Чернов, С.Н. Шнитко, Г.Г. Гурштынович // Военная медицина. – Минск, 2017. - №1. – С.135-140.
198. Четыркин, Р.С. Наставления по части военно-медицинской полиции. - СПб, 1850.
199. Чичерина, С.Л. Факторы риска и возможности профилактики опасного и вредного потребления алкоголя среди студентов: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.33 / Чичерина Светлана Леонидовна. – Москва, 2015. - 13 с.
200. Чичерин, Л.П. Особенности кадрового обеспечения военно-врачебной экспертизы в Российской Федерации / Л.П. Чичерин, А.А. Согияйнен, В.О. Щепин // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2019. - № 1. - С. 302-310.
201. Чичерин, Л.П. Региональные особенности качества жизни граждан призывного возраста / Л.П. Чичерин, А.А. Согияйнен, В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2019. - Т. 27. - № 2. - С. 128-130.
202. Чичерин, Л. П. Проблемы и пути совершенствования охраны здоровья и организация медико-социальной помощи подросткам на уровне субъекта Российской Федерации / Л. П. Чичерин, Р. Я. Нагаев, В. О. Щепин. – Уфа, 2015. – 196 с.
203. Чичерин, Л. П. Нормативное и организационное обеспечение охраны здоровья мальчиков и юношей / Л. П. Чичерин, Е. А. Плыгунов // Бюл. нац.

науч.-исслед. ин-та обществ. здоровья им. Н. А. Семашко. – 2016. – № 3. – С. 78-84.

204. Чугунов, Н.А. Переход на контрактный способ комплектования армии как направление реформирования военной службы в Российской Федерации / Н.А. Чугунов, Н.Н. Федосеева // Военно-юридический журнал. - 2010. - № 7. - С. 2-6.

205. Чурилов, Ю.К. Из истории военно-врачебной экспертизы в России / Ю.К. Чурилов, А.Л. Чаплюк, С.Г. Бровкин, В.С. Вовкодав // Военно-медицинский журнал. - 2018. - Т. 339. - № 4. - С. 69-77.

206. Шамрей, В.К. Медико-статистические показатели психических расстройств у военнослужащих по контракту (рядовые, сержанты, старшины) в 2003-2016 гг. / В. К. Шамрей, В.И. Евдокимов и др. // Вестник психотерапии. - 2017. - № 62 (67). - С. 36-60.

207. Шишов, М. А. Актуальные проблемы осуществления экспертизы качества медицинской помощи / М. А. Шишов // Медицинское право. - 2016. - № 2. - С. 27-32.

208. Шкловский, Б.Л. Военно-врачебная экспертиза при сердечно-сосудистых заболеваниях в центральном военном клиническом госпитале / Б.Л. Шкловский, А.А. Прохорчик // Военно-медицинский журнал. - 2018. - Т. 339. - № 6. - С. 9-17.

209. Шлык Ю.Ф. К вопросу о принципах и способах комплектования Вооруженных Сил Российской Федерации в мирное время / Ю.Ф. Шлык // Военная мысль. – 2006. - №9. – С. 32-35.

210. Щепин, В.О. Научная оценка деятельности лечебно-профилактических учреждений здравоохранения и динамика их структурных преобразований: автореф. дисс. д-ра мед. наук : 14.00.33 / Щепин Владимир Олегович. – М., 1997. – 48 с.

211. Ядчук, В.Н. Необоснованный призыв юношей на военную службу как следствие несовершенства системы медицинского обеспечения / В.Н.

Ядчук, И.А. Андроненков // Российский педиатрический журнал. – М., 2011. - №6. – С. 25-28.

212. Ядчук, В.Н. Организационно-методические аспекты совершенствования медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе до первоначальной постановки на воинский учет: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Ядчук Виктор Николаевич. - М., 2001. - 24 с.

213. Ядчук, В.Н. Концепция организации медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе и пути ее реализации: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Ядчук Виктор Николаевич. – М., 2004. – 48 с.

214. Ярмамедов, Д.М. Удовлетворенность населения средней полосы России качеством медицинской помощи (на примере Курской, Белгородской и Брянской областей) / Д.М. Ярмамедов, К.В. Захарова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). - 2017. - Т. 8. - № 9. - С. 147-162.

215. Asare, B.Y.A. Factors associated with adolescent pregnancy in the sunyani municipality of Ghana / Asare B.Y.A., Baafi D., Dwumfour-Asare B., Adam A.R. // International Journal of Africa Nursing Sciences. - 2019. - Т. 10. - С. 87-91.

216. Aslan, O. The united states and military coups in turkey and pakistan: between conspiracy and reality / O. Aslan // The United States and Military Coups in Turkey and Pakistan: Between Conspiracy and Reality -2017. - С. 1-294.

217. Alomari, M.A. Dual tobacco smoking is the new trend among adolescents: update from the irbid-try / M.A. Alomari, N.A. Al-sheyab // Journal of Substance Use. - 2018. - Т. 23. - № 1. - С. 92-98.

218. Arbesman, M. Systematic review of occupational therapy and mental health promotion, prevention, and intervention for children and youth / M.

- Arbesman, S. Bazyk, S. M. Nochajski // *Is. J. Occupying. There.* – 2015. – Vol. 67, № 6. – P.120-130.
219. Atay, O. Update in adolescent gastroenterology / O. Atay // *Adolesc. Med. State Art. Rev.* – 2015. – Vol. 24, № 1. – P. 264-272.
220. Bianco, A. Combined effect of different factors on weight status and cardiometabolic risk in italian adolescents 11 medical and health sciences 1117 public health and health services / A. Bianco, V. Leonardi, A. Palma, G. Tabacchi, A.R. Filippi, J. Breda, A. Paoli, L. Petrigna // *Italian Journal of Pediatrics.* - 2019. - T. 45. - № 1. - C. 32.
221. Block, J., Bloch, J., Gierde, P. Parental functioning and home environment in families of divorce: prospective and concurrent analyses / J. Block, J. Bloch, P. Gierde // *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* - 2018. - №2. - P. 207 - 213.
222. Blum, R., Geer, L., Hulton, L. and al. The Minnesota Adolescent Health Survey implications for Physicians / R. Blum, L. Geer, L. Hulton // *Minnesota medicine* 2018. - Vol.71. - P.143-145.
223. BOUGE-fitness test battery: health-related field-based fitness tests assessment in children and adolescents / J. Vanhelst, L. Béghin, G. Czaplicki, Z. Ulmer // *Rev. Med. Brux.* – 2015. – Vol. 35, № 6. – P. 483-490.
224. Brewer, T. L. A review of clinical manifestations in adolescent and young adults after use of synthetic cannabinoids / T. L. Brewer, M. Collins // *J. Spec. Pediatr. Nurs.* – 2015. – Vol. 19, № 2. – P. 119-126.
225. Boyd, P.H. Drug abuse and addiction in adolescent // *Modern perspectives in adolescent psychiatry* / P.H. Boyd // Ed. I.G.Holwelr. Edinbourg. - 2016. - P. 200 - 328.
226. Busse, A. Health care system in eight countries: trends and challenges / R. Busse, A. Dixon, E. Mossialos [et al.]. – London, 2012. – 122 p.
227. Butler, S.M. Assuring afford dabble health care for all Americans / S.M. Butler // *J. Of Health Care for the Poor and Underserved.* 1990. - Vol. 1. - №1 -

P.63-73.

228. Brosbe, M. S. Complex traumatic stress in the pediatric medical setting / M. S. Brosbe, J. Faust, S. N. Gold // J. Trauma Dissociation. – 2013. – Vol. 14, № 1. – P. 97-112.

229. Canadian agency for drugs and technologies in health. Canadian coordinating office for health technology assessment to Canadian agency for drugs and technologies in health our history [Electronic resource]. - 2016. - URL: <http://www.cadth.ca/index.php/en/cadth/corporate-profile/history> [accessed 2019 May 30].

230. Cooper, G. D. A review and application of suicide prevention programs in high school settings / G. D. Cooper, P. T. Clements, K. Holt // Iss. Ment. Health. Nurs. – 2011. – Vol. 32, № 11. – P. 696-702.

231. David, R. Welling Military Colon and Rectal Surgery / R. David // Practice Clin. Colon Rectal. Surg. - 2016. - №3. - P. 134-138.

232. Eckerman, S. Including quality attributes in efficiency measures consistent with net benefit creating incentives for evidence based medicine in practice / S.Eckerman, T.Coelli // Soc. Sci. Med. - 2012. - Nov. 3. - s. 0274-9536.

233. Elbe, S. Security and Global Health. Towards the medicization of Insecurity / S.Elbe // Polity Press: Cambridge, 2015. - 220 p.

234. Cao, W.C. Discipline progress of Chinese military preventive medicine / W.C. Cao, F.H. Chao // J Prev Med Chin PLA. – 2011. - №29. S. 1-5.

235. Comba, A. Nutritional status and related factors of schoolchildren in corum, turkey / A. Comba, E. Demir, N. Barlı Eren // Public Health Nutrition. - 2019. - T. 22. - № 1. - C. 122-131.

236. Chumlea, W.C. Editorial: translational medicine, a new topic area of clinical and health importance / W.C. Chumlea // J Nutr Health Aging. – 2008. - №12. – S. 743-744. [Электронный ресурс]. URL:

<https://link.springer.com/article/10.1007%2F03028623?LI=true> (Дата обращения 03.09.2017 года).

237. Dopp, R. R. Mental health among late adolescents and young adults from a population-level and clinical perspective / R. R. Dopp, S. K. Lipson, D. Eisenberg // *Adolesc. Med. State Art. Rev.* – 2018. – Vol. 24, № 3. – P. 573-596.

238. Evidence-based interventions in youth mental health prevention and promotion / B. Lamboy, J. Clément, T. Saïas, J. Guillemont // *Sante Publique.* – 2017. – Vol. 23, suppl. 6. – P. 113-125.

239. Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use / M. Whitesell, A. Bachand, J. Peel, M. Brown // *J. Addict.* – 2013. – Vol. 2013. – P. 57-93.

240. Family support in prevention programs for children at risk for emotional/behavioral problems / M. A. Cavalier, S. S. Olin, A. Kim [et al.] // *Clan. Child. Fam. Psyche Rev.* – 2015. – Vol. 14, № 4. – P. 399-412.

241. Feinberg, A. N. Update in adolescent dermatology / A. N. Feinberg, T. A. Shwayder // *Adolesc. Med. State Art. Rev.* – 2013. – Vol. 24, № 1. – P. 90107.

242. Fishbein, D. H., Reuland, M. Psychological correlates of frequency and type of drug use among jail inmates / D. H. Fishbein, M. Reuland // *Addict. Behav.* - 2014. - № 6. - P. 583-598.

243. Flodgren, G. Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving Healthcare organization behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes / G. Flodgren, M. Pomey, A. Tobers // *Cochram Effective Practice and organization of Care Group Cochrane Database of Systematic Reviews.* - 2011. – vol.11.

244. Fu, X.-B. Military medicine in China: old topic, new concept // *Mil Med Res.* - 2014. - № 1. [Электронный ресурс]. URL: <http://download.springer.com/static/pdf/659/art%253A10.1186%252F2054-9369-1-2.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Flink.springer.com/article/10.1007%2F03028623?LI=true>

2F%2Fmmrjournalbiomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F2054-9369-1-1-2&token2=exp=1464079257~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F659%2Fart%25253A10.1186%25252F2054-9369-1-2.pdf*~hmac=043ea4d7587d784632b261837158e734977da706b106846ed47464de4e4569c0 (Дата обращения 17.08.17 года).

245. Kolip, P., Schmidh, B. Gender and Health in Adolescence / P. Kolip, B. Schmidh. - Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. - 1999. - 38 p.

246. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Geneva: World Health Organization // WHO/UNAIDS, 2015.

247. Health and Health Behavior among Young People. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents. // International Report / ed. C. Currie. - Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2000. - 132 p.

248. Health. A Standards Bases Unit of Study. JROTC. – 2017. – 458 p. [Электронныйресурс]. - URL: <https://www.usarmyjrotc.com/doc/public/cadetPages/HealthStudentText.pdf> (датаобращения: 18.08.2017).

249. Henderson, G., Fahey, T., McGuire, W. Nutrient-enriched formula versus standard term formula for preterm infants following hospital discharge / G. Henderson, T. Fahey, W. McGuire // Cochrane Database Syst. Rev. - 2007 - №17 - P. 308-319.

250. Hsieh, S.Y. A System for Using Patient Complaints as a Trigger to Improve Quality /S.Y.Hsieh // Quality Management in Health Care. - 2011. - vol. 20 (4). - p. 343-355.

251. Philpott, T. Military Update: TRICARE networks eyed to improve vets' access to care // Hanford Sentinel. - 2011. - [Электронныйресурс]. - URL: http://www.hanfordsentinel.com/news/opinion/todays_opinions/military-

update-tricare-networks-eyed-to-improve-vets-access-to/ article_cb5490ba-f917-11e1-9575-0019bb2963f4. html (Дата обращения: 18.08.2017).

252. Kar, P. K. Venereal diseases among 2300 men. Research among military men / P.K. Kar // J. Ind. Med. Ass. - 1987. - № 10. - P. 291-293.
253. Kawasaki, M. Stories of Asian American physicians at Baylor University Medical Center / K. Masashi // Proc. Bayl Univ. Med. Cent. - 2004. - №4. - P. 432-443.
254. Korenev, N.M. Health status and fitness of the young men for military services / N.M. Korenev // Lik Sprava. - 2002. - Vol. 2. - P. 134-137.
255. Kruzynski, S. Analysis of disorders of adolescent behavior at the diagnostic. Referral family center in Szezecin / S. Kruzynski // Ann. Acad. Med. Stetin. -1992. - №38. - P. 191-202.
256. Kwok-Kei, M. Health-related physical fitness and weight status in Hong Kong adolescents / M. Kwok-Kei, H. Sai-Yin, T. Wing-Sze Lo [et al.] // BMC Public Health. – 2010. - Vol. 10. – P. 88-92.
257. Laucht, M. Antisocial behavior in adolescence: risk factors and developmental types / M. Laucht // J. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother. - 2001. - №4. - P. 297-311.
258. Lauritzen, J.B. The association between drinking and smoking habits among conscripts in the Danish Navy and Army / J.B. Lauritzen // Scand. J. Prim. Health Care. - 2004. - № 1. - P. 19-23.
259. Lobstein, T. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture / Lobstein T., Jackson-Leach R., Moodie M. L. [et al.] // Lancet. – 2015. – Vol. 385. – P. 2510-2520.
260. Lu, W. Analysis of the alcohol drinking behavior and influencing factors among emerging adults and young adults: a cross-sectional study in wuhan, China / W. Lu, Z. Fu, N. Wu, P. Yin, J. Xu, A.W. Taylor, B.M. Bewick, L. Qian // BMC Public Health. - 2019. - T. 19. - № 1. - C. 458.
261. Maziak, W. The dynamics of cigarette smoking during military service in

- / W. Maziak //Aleppo School of Medicine, Aleppo, Syria Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2001. - №3. - P. 292-296.
262. Meyer, J.M. Familial aggregation for conduct disorder symptomatology: the role of genes, marital discord and family adaptability / J. M. Meyer // Psychol. Med. –2000. - №4. - P. 759-774.
263. Mohan, Dr.Ja. Effort-reward induced stress and coping behavior of recruits in Indian paramilitary forces / Dr.Ja. Mohan // Психология стресса и совладающего поведения: вызовы, ресурсы, благополучие материалы V Международной научной конференции: в 2-х томах. – Москва, 2019. - С. 196-200.
- 264.
265. Nair, M. et al. Improving the quality of health care services for adolescents globally – a standards-driven approach // I Adol Health. - 2015. - 98 p.
266. TRICARE Prime Overview//Military Benefits. [Электронныйресурс]. URL: <http://www.military.com/benefits/content/tricare/prime/tricare-prime-overview.html> (дата обращения: 18.08.2017).
267. President of the People's Republic of China Order № 14 31 May 1984, «Military Service Law of the People's Republic of China: Adopted at the Second Session of the Sixth National People's Congress».
268. Rinke, W.J. The Army Weight Control Program: a comprehensive mandated approach to weight control / W.J. Rinke. -1985. - Vol. 85, N 11. - P. 1429-1436.
269. Sarker, A.R. Determinants of adolescent maternal healthcare utilization in Bangladesh / A.R. Sarker, N. Sheikh, R.A. Mahumud, M. Sultana // Public Health. - 2018. - Т. 157. - С. 94-103.
270. Sanchez, B. The people campaign against health care counter-reforms in Spain / B. Sanchez // Beiras Journal of Public health Policy. - 2001. - №2 . - P. 139-152.

271. Scott, S. Aggressive behavior in childhood / S. Scott // Brit. Med. J. - 1998. - Vol. 316. - P. 202-206.
272. Swadi, B.S. Adolescent drug taking: Role of Family and peers / B.S. Swadi // Drug and Alcohol Dep. - 1988. - Vol.21. - №2. - P. 157-160.
273. Tan, L. The potential role of attitudes towards suicide between mental health status and suicidal ideation among chinese children and adolescents / L. Tan, Q.H. Yang, J.L. Chen, Y. Liu, T.S. Xia, H.X. Zou // Child: Care, Health and Development. - 2017. - T. 43. - № 5. - C. 725-732.
274. Vidaurre, J. Recruits - to public health services / J. Vidaurre // The world forum of public health services. - 1994. - N 4. - P. 31-33.
275. Wharam, J.F. «Pay for performance» as a Quality Improvement Tool: Perceptions and Policy Recommendations of Physicians and Program Leaders / J.F. Wharam, M. Frank, A.M. Rosland // Quality Management in Health Care. - 2011. - vol. 20 (3). - p. 234-241.

Приложения

Приложение №1.

Программа подготовки граждан Московской области к военной службе

Стратегией национальной безопасности Российской Федерации (утверждена Указом Президента России от 31 декабря 2015 года № 683) оборона государством определена ведущим стратегическим приоритетом, обеспечивающим национальные интересы, среди которых - укрепление здоровья населения.

Разработка региональных программ подготовки граждан к военной службе предусмотрена Концепцией федеральной системы подготовки граждан России к военной службе на период до 2020 года, утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2010 года № 134-р (далее – Концепция). Подобные программы должны включать систему мер, направленных на улучшение состояния здоровья, физической и морально-психологической подготовки, военно-патриотического воспитания граждан, подлежащих призыву на военную службу, и др.

Настоящая Программа подготовки граждан Московской области к военной службе отработана в части совершенствования медицинского обеспечения граждан призывного возраста по результатам специального комплексного научного исследования, выполненного на базе территории Федеральным государственным бюджетным научным учреждением «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко».

I. Общие положения

Программа оптимизации системы медицинского обеспечения граждан Московской области во время подготовки к военной службе (далее - Программа) определяет цели, задачи и основные направления политики территории в области здравоохранения. Она также определяет базовые положения системы мер, направленных на улучшение состояния здоровья молодёжи призывного возраста. Программа разработана в рамках реализации Концепции и направлена на улучшение подготовки с учётом как единых требований по организации подготовки к военной службе, так и специфики Московской области.

Программа согласуется с реализуемыми мероприятиями приоритетных национальных проектов в сфере образования, здравоохранения, физической культуры и спорта.

При разработке Программы первоочередное внимание уделялось наиболее острым проблемам состояния медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе, характерным для области.

II. Состояние системы медицинского обеспечения граждан при подготовке к военной службе и тенденции ее развития в Московской области

Существующая в настоящее время система подготовки граждан к военной службе в Российской Федерации во многом повторяет прежнюю, рассчитанную на 2-годичный срок военной службы по призыву и принципиально иные качественные и количественные параметры и структуру военной организации государства и не изменялась с 2001 года. Переход с 2008 года на годичный срок военной службы по призыву, модернизация Вооружённых сил, поступление новейших образцов военной техники повлекли за собой значительное повышение требований к качеству подготовки граждан к военной службе.

Сложившаяся в современных условиях ситуация в сфере медицинского обеспечения граждан при подготовке к военной службе в Московской области характеризуется рядом негативных факторов.

Основными из них можно считать:

- определенный исследованием прогноз по численности призывного контингента в период до 2027 года показывает негативную тенденцию этого показателя. То есть можно говорить о серьёзном (до 47,5%) снижении регионального призывного ресурса в ближайший временной период;

- снижение показателей состояния здоровья большей части граждан, подлежащих призыву на военную службу. Общая заболеваемость подростков 15-17 лет возросла за 5 лет на 47,9%, первичная заболеваемость на 52,1%. Рост общей заболеваемости в 2015 году по сравнению с усреднённым показателем за 2006-2015 годы в Московской области у данного контингента отмечается по всем классам заболеваний за исключением класса некоторых инфекционных и паразитарных болезней. На первом ранговом месте по росту общей заболеваемости находятся прочие заболевания (+70,1%), на втором – новообразования (+36,9%), на третьем – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (+29,4%), на четвёртом – болезни органов пищеварения (+28,8%);

- доля граждан, ограниченно годных, временно не годных и не годных к военной службе (категории годности В, Г и Д), составила в 2015 году 23,2%, что не позволяет выполнить целевые показатели (в рамках Концепции) и, соответственно, снизить количество граждан, которые не соответствуют по состоянию здоровья и уровню физического развития требованиям военной службы, до 10% к 2020 году.

Кроме того, на территории Московской области отсутствует региональная система медицинского обеспечения подготовки граждан к

военной службе, которая охватывала бы все категории детей и подростков. Не разработан единый перечень требований к физической, психологической и интеллектуальной подготовленности гражданина к военной службе на территории. Как и отсутствует орган, обеспечивающий координацию деятельности органов исполнительной власти Московской области, муниципальных образований и общественных организаций в системе подготовки граждан к военной службе.

По результатам оценки качества проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, которая проводилась в 2016 году сотрудниками ФГАУ «Национального центра здоровья детей» Минздрава России, до 34% патологии у контрольной группы школьников Московской области ранее не была выявлена.

Особо актуальной проблемой является выявление лиц с психическими заболеваниями и психическими расстройствами, а также граждан, страдающих наркотической и алкогольной зависимостью. Первичная заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения у подростков 15-17 лет на территории Московской области возросла на 16,3%, число впервые выявленных больных алкоголизмом юношей увеличилось на 28%, а наркоманией - на 22% за последние 5 лет.

Следствием низких показателей состояния здоровья граждан, подлежащих призыву на военную службу, являются:

1. снижение уровня боеготовности частей и подразделений из-за неспособности значительной части граждан, призванных на военную службу, справиться с резким увеличением объемов физических и психологических нагрузок во время военной службы;
2. сложности с комплектованием частей и подразделений, где к военнослужащим предъявляются повышенные требования к состоянию здоровья (Воздушно-десантные войска, Военно-Морской Флот,

подразделения Росгвардии, подразделения специального назначения);

3. морально-психологические травмы и стрессы из-за проблем с адаптацией к военной службе, высокий уровень самоубийств;

4. высокий уровень заболеваемости, травматизма, увольняемости в течение всего периода военной службы – каждый из граждан, призванных на военную службу, направляется во время службы на стационарное лечение, а каждый пятидесятый впоследствии увольняется по состоянию здоровья;

5. значительные экономические потери при увольнении военнослужащих по призыву по состоянию здоровья.

III. Цели, принципы, задачи и основные направления функционирования системы медицинского обеспечения граждан Московской области при подготовке к военной службе

Основными целями совершенствования системы медицинского обеспечения граждан Московской области при подготовке их к военной службе являются:

- создание условий для обеспечения гарантированного комплектования Вооруженных Сил Российской Федерации, других организаций в которых законодательно предусмотрена военная служба физиологически и морально-психологически подготовленными гражданами;

- снижение количества граждан, которые не соответствуют по состоянию своего здоровья и уровню физического развития требованиям военной службы к 2020 году - до 10%.

Эта система должна основываться на следующих принципах:

- **комплексность** решения задач медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе - мероприятия в этой сфере должны охватывать все направления данной подготовки при тесном

межведомственном взаимодействии;

- **концентрация на приоритетах** - выбор наиболее проблемных вопросов и применение эффективных механизмов их решения на основе научного обоснования концептуальных подходов к данной проблеме;

- **массовость** - система медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе должна охватывать все категории детей и подростков;

- **системность** – медицинское обеспечение подготовки к военной службе должно строиться на целостной системе мер, направленных на физическую, нравственную и морально-психологическую подготовку молодёжи призывного возраста, а также повышение качества, проводимых профилактических мероприятий.

- **оперативность** - своевременное реагирование на современные тенденции в механизмах медицинского обеспечения граждан к военной службе в текущий период;

- **дифференцированность** – обязательный учет региональных особенностей Московской области и дифференцированный подход при разработке и реализации региональной программы по оптимизации медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе;

- **скоординированность** - координация действий законодательных, исполнительных органов власти, общественных и научных организаций на областном и муниципальном уровнях.

Основными задачами системы медицинского обеспечения граждан во время подготовки к военной службе являются:

- улучшение состояния здоровья молодежи;

- повышение качества медицинского освидетельствования граждан, подлежащих призыву на военную службу.

Система включает в себя:

- разработку единого регионального перечня требований к

физической, психологической и интеллектуальной подготовленности гражданина, подлежащего призыву на военную службу;

- разработку и внедрение системы ежегодного мониторинга состояния здоровья, физического и психологического развития граждан начиная с 10-летнего возраста на территории Московской области;

- создание единого банка данных граждан Московской области, подлежащих призыву на военную службу;

- разработку и внедрение в образовательных учреждениях программ формирования потребности у детей и подростков к здоровому образу жизни;

- переподготовку (повышение квалификации) медицинских работников, участвующих в медицинском освидетельствовании граждан при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу, по основной специальности и военно-врачебной экспертизе.

- разработку стандартов (порядков) проведения военно-врачебной экспертизы;

- проведение лицензирования отделов военных комиссариатов;

- создание регионального центра подготовки граждан (молодежи) к военной службе на базе сборного пункта Московской области, с целью охвата методической работой при проведении медицинского освидетельствования;

- дополнение перечня показателей эффективности работы органов власти Московской области и участковых педиатров показателями, которые характеризуют качество проводимых мероприятий.

IV. Информационное обеспечение реализации Программы

Информационное обеспечение реализации Программы на первоначальном этапе предполагает использование данных государственной статистики, итогов переписей населения, первоначальной постановки граждан на воинский учет и их призыва на военную службу, а

также данных социологических исследований.

Для получения достоверных сведений о состоянии подготовки граждан к военной службе необходимо создание единой интегрированной системы государственного статистического учета призывных ресурсов (электронный паспорт), соответствующей современным информационным потребностям.

Обеспечивать информационную поддержку проведения мероприятий подготовки граждан к военной службе посредством расширения социальной рекламы в сети Интернет.

V. Механизмы реализации Программы

Реализацию Программы предполагается осуществлять путем:

- дальнейшего совершенствования законодательства Московской области в области подготовки граждан к военной службе, здравоохранения и образования;
- включения задач и мероприятий, призванных улучшить медицинское обеспечение подготовки граждан к военной службе, в программы социально-экономического развития территории;
- учета задач подготовки граждан к военной службе при формировании бюджета Московской области, концентрации финансовых и материальных ресурсов для реализации указанных задач, привлечения дополнительных внебюджетных средств на эти цели;
- методического обеспечения деятельности органов исполнительной власти Московской области и муниципальных образований, направленной на управление процессами подготовки граждан к военной службе;
- постоянного мониторинга и анализа уровня подготовки граждан к военной службе и выработки на их основе мер, направленных на совершенствование данной подготовки;
- развития научных исследований в сфере подготовки граждан к военной службе.

VI. Основные этапы и ожидаемые результаты реализации Программы

Реализацию Программы предусматривается осуществить в **3 основных этапа.**

На **первом этапе (до 2020 года)** будут реализованы меры, направленные на создание условий для формирования областной системы подготовки граждан к военной службе.

Предусматриваются создание **межведомственной комиссии** по вопросам подготовки граждан к военной службе на территории Московской области, обсуждение объемов финансирования мероприятий Программы, дополнение **Перечня** показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти и участковых педиатров, разработка нормативов материально-технического оснащения медицинских учреждений, участвующих в медицинском обеспечении подготовки граждан к военной службе.

Будут разработаны единый перечень требований к физической, психологической и интеллектуальной подготовленности гражданина, подлежащего призыву на военную службу из Московской области, а также проработан вопрос о введении электронного паспорта гражданина, подлежащего призыву на военную службу.

Кроме того, совместно с Министерством обороны Российской Федерации планируется создать на базе сборного пункта Московской области, воинских частей и соединений муниципальные центры по подготовке граждан к военной службе.

На **втором этапе (2021-2024 гг.)** будет проведён анализ эффективности работы Московской области по подготовке граждан к военной службе.

По итогам его реализации этапа предполагается:

- сформировать Программу оптимизации системы медицинского

обеспечения граждан Московской области при подготовке к военной службе на период до 2030 года;

- дополнить перечень показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти и участковых педиатров Московской области в части медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе и призыва их на военную службу;

- проверить эффективность использования объектов, предназначенных для проведения военно-врачебной экспертизы;

- привести материально-техническое оснащение отделов военных комиссариатов и учреждений здравоохранения в соответствие с лицензионными требованиями к медицинской услуге «военно-врачебная экспертиза»;

- провести мероприятия по упреждающему реагированию на возможные негативные тенденции, на основе научной оценки влияния реализуемой Программы на уровень подготовленности граждан к военной службе в Московской области;

- обеспечить необходимое финансирование, методическое и информационное сопровождение региональных программ медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе.

На *третьем этапе (2024-2025 гг.)* будут подведены итоги работы всех заинтересованных структур Московской области по подготовке граждан к военной службе, проведена оценка.

По итогам реализации третьего этапа планируется:

- поддерживать количество граждан, не соответствующих по состоянию здоровья и уровню физического развития требованиям военной службы на уровне 10%;

- разработать и внедрить целевые показатели эффективности проводимых мер профилактики и военно-врачебной экспертизы в области медицинского обеспечения подготовки жителей области к военной службе.

В конечном счете, будут обоснованы рекомендации по совершенствованию реализуемых мероприятий, а также внесены коррективы в Программу оптимизации системы медицинского обеспечения граждан Московской области во время подготовки к военной службе на период до 2030 года.

VII. Источники финансирования мероприятий Программы

Для решения задач, поставленных в Программе подготовки граждан Московской области к военной службе, предусматривается обеспечить последовательное и стабильное увеличение расходов на государственную поддержку различных объединений и организаций, занимающихся вопросами оптимизации медицинского обеспечения подготовки граждан к военной службе.

Финансирование указанных расходов будет осуществляться за счет средств бюджета Московской области, бюджетов муниципальных образований, общественных и других организаций, а также иных внебюджетных средств.

Анкета граждан призывного возраста

Уважаемые пациенты!

Данным анонимным опросом изучается Ваше мнение о качестве жизни и степени удовлетворённости медицинским обеспечением во время подготовки и призыва на военную службу в ВС РФ. Убедительно просим Вас принять участие в опросе.

Пожалуйста, ответьте на вопросы анкеты, перечёркивая крестиком наиболее устраивающие Вас варианты.

Ваше мнение будет учтено при разработке предложений по улучшению системы медицинского обеспечения призывников.

Часть первая. Общие сведения.

1. Дата заполнения _____

2. Возраст

17-18 лет	19-20 лет	21-22 года	23-25 лет	25-27 лет
-----------	-----------	------------	-----------	-----------

3. Ваше образование (подчеркните):

- Неоконченное среднее.....1
- Среднее.....2
- Средне-специальное.....3
- Неоконченное высшее.....4
- Высшее.....5

4. Ваше семейное положение:

- Женат.....1
- Холост.....2

5. Имеете ли Вы детей:

- Детей нет.....1
- Дети есть.....2
- Сколько _____

6. Ваше социальное положение:

- Рабочий.....1
- Служащий.....2
- Учащийся.....3
- Безработный.....4

7. Как Вы оцениваете материальное положение своей семьи:

- Очень плохое.....1
- Плохое.....2
- Удовлетворительное.....3
- Хорошее.....4
- Очень хорошее.....5

8. Морально-психологический климат в семье Вы оцениваете как:

- Отличный.....1
 Хороший.....2
 Удовлетворительный.....3
 Неудовлетворительный.....4

9. Ваши жилищно-бытовые условия:

- Плохие.....1
 Удовлетворительные.....2
 Хорошие.....3

10. Вы воспитывались:

- В «полной» семье.....1
 В «неполной» семье.....2
 Вы сирота.....3

11. Образование и профессия Ваших родителей (опекунов):

	Мать	Отец
Образование	<i>Неоконченное среднее</i>	<i>Неоконченное среднее</i>
	<i>Среднее</i>	<i>Среднее</i>
	<i>Средне-специальное</i>	<i>Средне-специальное</i>
	<i>Незаконченное высшее</i>	<i>Незаконченное высшее</i>
	<i>Высшее</i>	<i>Высшее</i>
Профессия	<i>Сельское хозяйство</i>	<i>Сельское хозяйство</i>
	<i>Промышленность</i>	<i>Промышленность</i>
	<i>Предпринимательство</i>	<i>Предпринимательство</i>
	<i>Здравоохранение</i>	<i>Здравоохранение</i>
	<i>Образование</i>	<i>Образование</i>
	<i>Торговля</i>	<i>Торговля</i>
	<i>Силовые структуры</i>	<i>Силовые структуры</i>
	<i>Иное: напишите что именно</i>	<i>Иное: напишите что именно</i>

Часть вторая.

Оценка качества жизни и состояния медицинского обеспечения призывников.

12. В целом Вы бы оценили сейчас состояние Вашего здоровья (обведите одну цифру):

- Отличное.....1
 Очень хорошее2
 Хорошее3
 Посредственное4
 Плохое.....5

13. Как Вы оцениваете свое здоровье *сейчас* по сравнению с тем, что было *год назад* (обведите одну цифру):

- Значительно лучше, чем год назад.....1
 Несколько лучше, чем год назад.....2
 Примерно так же, как год назад3
 Несколько хуже, чем год назад4
 Гораздо хуже, чем год назад.....5

14. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени? (обведите одну цифру в каждой строке):

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограни- чивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятия силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

15. Бывало ли за последний месяц, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

	Да	Нет
А. Пришлось сократить <i>количество времени</i> , затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. <i>Выполнили меньше</i> , чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении <i>какого-либо определенного вида</i> работы или другой деятельности.	1	2
Г. Были <i>трудности</i> при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

16. Бывало ли за последний месяц, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего (обведите одну цифру в каждой строке):

	Да	Нет
А. Пришлось сократить <i>количество времени</i> , затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. <i>Выполнили меньше</i> , чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие. Дела не так <i>аккуратно</i> , как обычно	1	2

17. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение *последнего месяца* мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе? (обведите одну цифру)

Совсем не мешало..... 1
 Немного..... 2
 Умеренно 3
 Сильно..... 4
 Очень сильно 5

18. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за *последний месяц*?

(обведите одну цифру)

Совсем не испытывал(а)..... 1
 Очень слабую..... 2
 Слабую 3
 Умеренную..... 4
 Сильную 5
 Очень сильную..... 6

19. В какой степени боль в течение *последнего месяца* мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)? (обведите одну цифру)

Совсем не мешала 1
 Немного..... 2
 Умеренно 3
 Сильно 4
 Очень сильно 5

20. Оцените свой эмоциональный настрой в течение последнего месяца. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям. (обведите одну цифру):

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким подавленным что ничто немогло	1	2	3	4	5	6

Вас взбодрить?						
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим духом и печальным?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим?	1	2	3	4	5	6

21. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)? (обведите одну цифру)

- Все время 1
 Большую часть времени 2
 Иногда 3
 Редко 4
 Ни разу 5

22. Насколько **ВЕРНЫМ** или **НЕВЕРНЫМ** представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений? (обведите одну цифру в каждой строке):

	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

23. Имеете ли Вы какие-нибудь хронические заболевания?

- Затрудняюсь ответить 1
 Нет 2
 Да 3
 Какие именно _____

24. Есть ли у Вас вредные привычки?

- Затрудняюсь ответить.....1
 Нет.....2
 Да.....3
 Какие именно _____

25. Вы курите?

- Нет.....1
 Да.....2
 Не знаю.....3
 Сколько сигарет в день? _____
 С какого возраста? _____

26. Вы употребляете алкогольные напитки?

- Нет.....1
 Да.....2
 Не знаю.....3
 С какого возраста _____
 В каком объеме _____
 Какие сорта _____

27. Пробовали ли Вы наркотики?

- Нет.....1
 Да.....2
 Не знаю.....3
 Какие _____
 В каком возрасте _____

28. Следует ли придерживаться здорового образа жизни?

- Нет.....1
 Да.....2
 Не знаю.....3

29. Откуда Вы получаете информацию о методах по сохранению и укреплению здоровья?

- Телевизор.....1
 Интернет.....2
 Друзья, знакомые.....3
 Книги, газеты, журналы.....4
 Школа, колледж, институт.....5
 Поликлиника, медицинские работники.....6

№ п/п	Вопрос	Да	Нет	Не в полной мере	Затрудняюсь ответить
30.	Удовлетворены ли Вы результатами медицинского обеспечения во время подготовки к военной службе (15-17 лет)?				
31.	Удовлетворены ли Вы результатами медицинского обеспечения во время призыва на военную службу?				
32.	Удовлетворены ли Вы результатами медицинского обеспечения во время службы в ВС РФ?				
33.	При наличии показаний обратитесь ли Вы вновь в лечебные учреждения в которых проходили обследование перед призывом в ВС РФ.				
34.	Допускались ли со стороны медицинского персонала случаи вымогательств денежных средств за лечение?				
35.	Передавались ли денежные средства медперсоналу в качестве «благодарности» во время подготовки и призыва на военную службу? (укажите сумму)				

Благодарим Вас за сотрудничество!

АНКЕТА
для врачей-специалистов

Уважаемые коллеги!

Просим Вас внимательно прочитать данную анонимную анкету, затрагивающую вопросы Вашей повседневной деятельности по медицинскому обеспечению призыва граждан на военную службу.

Ваши возможные ответы в большинстве случаев напечатаны в анкете. Нужно перечеркнуть крестиком вариант выбранного Вами ответа. Если ответ не напечатан или если ни один из напечатанных ответов Вас не устраивает, напишите ответ сами. Прежде чем отвечать на вопрос, внимательно прочтите все варианты возможных ответов.

Ваши мнения, замечания и предложения будут проанализированы и использованы в целях совершенствования мероприятий, направленных на укрепление здоровья подрастающего поколения, улучшение системы их медицинского обеспечения во время подготовки и призыва на военную службу.

Военный комиссариат _____ (указать субъект РФ)

Врачебная специальность _____

1. Ваш возраст:

до 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	50 -59 лет	60 и более
-----------	-----------	-----------	------------	------------

2. К какой категории работников Вы относитесь:

Врач-педиатр	Врач-специалист	Руководитель
--------------	-----------------	--------------

3. Ваш медицинский стаж:

До 3 лет	3-5 лет	6-9 лет	10-14 лет	15 и более
----------	---------	---------	-----------	------------

4. В течении какого времени Вы непосредственно участвуете в обследовании и освидетельствовании призывников:

До 3 лет	3-5 лет	6-10 лет	10-15 лет	15 и более
----------	---------	----------	-----------	------------

5. Ваша квалификационная категория:

Отсутствует	Вторая	Первая	Высшая
-------------	--------	--------	--------

6. Когда последний раз Вы проходили усовершенствование по специальности:

Не проходил	До 3 лет назад	3-5 лет	Свыше 5 лет назад

7. Когда последний раз Вы проходили усовершенствование по «военно-врачебной экспертизе»:

Не проходил	До 3 лет назад	3-5 лет	Свыше 5 лет назад
-------------	----------------	---------	-------------------

8. Определите, пожалуйста, в какой мере Вас удовлетворяют различные стороны Вашей работы (соответствующий квадрат пометьте крестиком).

В какой мере Вы удовлетворены	Удовлетворен	Не удовлетворен	Затрудняюсь ответить
Размер заработка			
Отношения с коллегами			
Отношения с непосредственным руководителем			
Санитарно-гигиенические условия			

9. Следующий вопрос построен с помощью линейной шкалы. Отметьте, пожалуйста, по шкале в какой степени Вы удовлетворены своим трудом (в процентах). Для этого необходимо обвести соответствующую цифру кружком.

Работой совершенно не удовлетворён	10	20	30	40	50	60	70	80	90	Работой полностью удовлетворён

10. Чем именно Вы не удовлетворены:

11. Состояние здоровья граждан призывного возраста Вы оцениваете как:

Неудовлетворительное	Удовлетворительное	Хорошее	Затрудняюсь ответить
----------------------	--------------------	---------	----------------------

12. За последние 5 лет состояние здоровья граждан призывного возраста:

Улучшилось	Не изменилось	Ухудшилось	Затрудняюсь ответить
------------	---------------	------------	----------------------

13. Расшифруйте причину ухудшения здоровья (по Вашему мнению):

14. За последние 5 лет уровень морально-психологической подготовленности граждан призывного возраста к службе в ВС РФ:

Повысился	Не изменился	Уменьшился	Затрудняюсь ответить
-----------	--------------	------------	----------------------

15. Расшифруйте причину ухудшения морально-психологического состояния (по Вашему мнению):

16. Уровень диагностических мероприятий среди граждан призывного возраста (до медицинского освидетельствования) Вы оцениваете как:

Неудовлетворительный	Удовлетворительный	Хороший	Затрудняюсь ответить
----------------------	--------------------	---------	----------------------

17. Считаете ли Вы, что в обязательный объём обследования призывников необходимо добавить новые методы обследования:

Нет, объём достаточен	Я не знаю, какой перечень обследований обязателен	Да, необходимо дополнить: <hr/> Укажите какие
-----------------------	---	--

18. Уровень лечебно-профилактических мероприятий среди граждан призывного возраста Вы оцениваете как:

Неудовлетворительный	Удовлетворительный	Хороший	Затрудняюсь ответить
----------------------	--------------------	---------	----------------------

Расшифруйте причины, если оценили неудовлетворительно:

19. Насколько часто указания руководства, официальные документы, отсутствие необходимых методик или иные внешние причины **ограничивают** Вам возможность вынесения заключения о категории годности к военной службе (в процентах):

Есть все возможности для полноценного обследования	10	20	30	40	50	60	70	80	90	Нет никаких условий для полноценного обследования

20. Расшифруйте причины, если оценили менее 50%:

21. Оцените конфликтные ситуации, возникающие по вопросам медицинского обеспечения призывников:

Не возникают совсем	С родителями призывников	С призывникам и	С администрацией медицинской организации	С сотрудниками МО РФ	Возникают со всеми
---------------------	--------------------------	-----------------	--	----------------------	--------------------

22. Если конфликты возникают, то в чём именно:

СПАСИБО ЗА ВАШИ ОТВЕТЫ.



МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНОБОРОНЫ РОССИИ)

ФЕДЕРАЛЬНОЕ КАЗЁННОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
«ВОЕННЫЙ КОМИССАРИАТ
ПРИМОРСКОГО КРАЯ»

ул. Давыдова, д.11, г. Владивосток, 690105
Тел./факс: 8(423) 234-69-26

«24» 06 2016 г. №132/ВВК

АКТ

внедрения результатов исследования

Настоящий акт составлен в том, что практические рекомендации научной работы заведующего поликлиникой №14 филиала №1 ФГКУ «ГВКГ им. Н. Н. Бурденко Минобороны России» Согияйнен А. А. используются в повседневной деятельности военного комиссариата Приморского края и способствуют повышению качества лечебно-профилактической помощи гражданам призывного возраста и оптимизации мероприятий медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу.

Методические разработки по вопросам правового регулирования проведения медицинских экспертиз, лицензирования деятельности военно-врачебных комиссий, формированию приверженности к ЗОЖ среди подростков призывного возраста, вопросам оптимизации медицинской помощи будущим воинам используются при проведении занятий по специальной подготовке врачей специалистов отделов военного комиссариата по Приморскому краю.

Председатель военно-врачебной комиссии
военного комиссариата Приморского края

А.А. Иванова





АКТ ВНЕДРЕНИЯ

результатов диссертационного исследования А.А. Согиyajнен «Теоретическое и организационное обоснование межведомственных мер по оптимизации системы медицинского обеспечения граждан призывного возраста в Российской Федерации».

Настоящий акт составлен о том, что результаты научно-исследовательской работы Согиyajнен Александра Алексеевича по блоку, посвящённому организационно-методическому обоснованию мер по оптимизации межведомственного обеспечения подготовки и призыва на военную службу, выполненной под руководством научного консультанта профессора, доктора медицинских наук Чичерина Леонида Петровича, внедрены в деятельность Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области "Ивантеевская центральная городская больница" в виде разработки мероприятий по оптимизации медицинского обеспечения граждан призывного возраста и повышению качества военно-врачебной экспертизы данного контингента.

Результаты диссертационного исследования подготовлены и широко используются в повседневной работе: методические разработки по вопросам правового регулирования проведения военно-врачебных экспертиз (1,47 печ. л., 100 экз.), лицензирования деятельности военно-врачебных комиссий (1,6 печ. л., 100 экз.), формированию приверженности к ЗОЖ среди подростков призывного возраста (1,6 печ. л., 100 экз.), мониторингу медико-социальных показателей и качества жизни юношей призывного возраста (1,7 печ. л., 100 экз.), а так же монография «Оптимизация медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу» (ISBN 978-5-91730-222-5, 8,5 печ. л., 1000 экз.).

ГБУЗ МО «Ивантеевская ЦГБ»
по лечебной части

В.В. Рыжкин



г. Москва, 119163

«4» 06 2018 № 69

На № _____

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

результатов диссертационного исследования научного сотрудника 4 ЦНИИ
Минобороны России Согийнен А.А. «Теоретическое и организационное
обоснование путей оптимизации медицинского обеспечения граждан
призывного возраста в Российской Федерации»

Настоящий акт составлен о том, что результаты научно-исследовательской работы Согийнен Александра Алексеевича использованы в практической деятельности медицинской службы Ракетных войск стратегического назначения.

Результаты изучения основных показателей здоровья граждан призывного возраста, военнослужащих по призыву, а также результаты оценки качества жизни данного контингента использованы в формировании стратегии по оптимизации мероприятий медицинского обеспечения личного состава.

Результаты диссертационного исследования используются в повседневной работе должностных лиц, а именно: методические разработки по вопросам правового регулирования проведения военно-врачебных экспертиз (1,47 печ. л., 100 экз.), оптимизации медицинского обеспечения подготовки и призыва граждан на военную службу (2 печ. л., 100 экз.), а также монографии «Оптимизация медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу» (ISBN 978-5-91730-222-5, 8,5 печ. л., 1000 экз.) и «Концептуальные подходы к комплектованию Вооружённых сил России здоровым контингентом» (ISBN 978-5-91730-669-8, 8,5 печ. л., 1000 экз.).

Начальник медицинской службы
Ракетных войск стратегического назначения
полковник медицинской службы



С. Харюта



МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(МИНОБОРОНЫ РОССИИ)
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ –
**ГЛАВНЫЙ ЦЕНТР
ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ**
(ФГКУ «ГЦ ВВЭ» Минобороны России)

г. Москва, 105229,
Госпитальная пл., 1-3, стр. 5

«18» июля 2018 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

результатов диссертационного исследования А.А.Согияйнен
«Теоретическое и организационно-методическое обоснование путей
оптимизации медицинского обеспечения граждан призывного возраста
в Российской Федерации».

Настоящий акт составлен о том, что результаты научно-исследовательской работы Согияйнен Александра Алексеевича использованы в практической деятельности ФГКУ «Главный центр военно-врачебной экспертизы» Министерства обороны Российской Федерации (далее – Главный центр).

Результаты изучения социального портрета и профессиональных характеристик врачей-специалистов военно-врачебных комиссий военных комиссариатов (далее – врач-специалист ВВК ВК), а так же особенностей кадрового обеспечения военно-врачебных комиссий военных комиссариатов, основных показателей здоровья граждан призывного возраста, военнослужащих по призыву, а также результаты оценки качества жизни контингента используются в разработке мероприятий по повышению качества медицинского освидетельствования граждан.

Анализ мнения врачей-специалистов ВВК ВК в различных субъектах Российской Федерации по вопросам организации мероприятий медицинского обеспечения граждан призывного возраста позволил научно обосновать основные направления оптимизации системы подготовки граждан к военной службе.

Результаты диссертационного исследования используются в повседневной работе должностных лиц Главного центра, а именно: методические разработки по вопросам правового регулирования проведения военно-врачебных экспертиз (1,47 печ. л., 100 экз.), оптимизации медицинского обеспечения подготовки и призыва граждан на военную службу (2 печ. л., 100 экз.), а так же монографии «Оптимизация медицинского обеспечения подготовки и призыва на военную службу» (ISBN 978-5-91730-222-5, 8,5 печ. л., 1000 экз.) и «Концептуальные подходы к комплектованию Вооружённых Сил Российской Федерации здоровым контингентом» (ISBN 978-5-91730-669-8, 8,5 печ. л., 1000 экз.).

Начальник отдела (экспертизы граждан, поступающих на комплектование войск) – заместитель начальника ФГКУ «Главный центр военно-врачебной экспертизы» Министерства обороны Российской Федерации
подполковник медицинской службы



А.Дацко

**Объединенная редакция военно-правовых изданий
журнала «Право в Вооружённых Силах – Военно-правовое обозрение» и
серии книг «Юридическая энциклопедия военнослужащего»
(Центр правовых коммуникаций)**

105118, г. Москва, пр. Буденного, д. 14, эт. 2, ком. 208
e-mail: pvsvpo@mail.ru; <http://www.voennpravo.ru>; <http://www.opklex.com>

тел.: +7(916)690-06-87

№ 2019/03-06-1

«06» марта 2019 г.

Председателю Диссертационного совета Д
001.047.01 при ФГБНУ «Национальный НИИ
общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

105064, Москва, ул. Воронцово поле, д.12, стр.1

Настоящим редакция журнала Научно-практического журнала «Право в Вооружённых Силах – Военно-правовое обозрение» подтверждает что серия публикаций соискателя НИИ им. Н.А. Семашко А.А. Согияйсина в 2012-2018 гг. в полной мере соответствует тематике журнала. Вопросы правовой защиты лиц призывного возраста и военнослужащих Вооружённых сил Российской Федерации по разделу состояния их здоровья, готовности к воинской службе, проведения военно-врачебной экспертизы всегда актуальны, вызывают повышенный интерес читательской аудитории, нуждающейся в медицинской и правовой консультации.

Журнал «Право в Вооружённых Силах – Военно-правовое обозрение» Решением Президиума ВАК Минобрнауки России включен в Перечень российских рецензируемых научных журналов, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

Главный редактор
Научно-практического журнала
«Право в Вооружённых Силах – Военно-правовое обозрение»
д.ю.н., профессор

А.В. Кудашкин





**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

бульвар Строителей, д. 1, г. Красногорск
Московская область, 143407

тел. 8(498)602-03-03
факс: 8(498)602-03-00
e-mail: minzdrav@mosreg.ru

АКТ

**внедрения результатов диссертационного исследования Согияйнен А.А.
«Теоретическое и организационно-методическое обоснование путей
оптимизации медицинского обеспечения граждан призывного возраста
в Российской Федерации»**

Проведённое Согияйнен А.А. исследование позволило определить основные проблемы в системе медицинского обеспечения граждан призывного возраста на территории Московской области. Предложенная авторами Программа подготовки граждан Московской области к военной службе рассмотрена и включена в единую базу для формирования единой межведомственной Программы Московской области, посвящённой данной тематике.

Полученные автором результаты социально-гигиенического исследования граждан призывного возраста и результаты экспертной оценки состояния проблемы использованы при подготовке комплекса мероприятий по оптимизации медицинского наблюдения среди детей и подростков.

Разработанные автором методические рекомендации рекомендованы к использованию в медицинских организациях на территории Московской области.

Министр здравоохранения
Московской области



Д.А. Матвеев



**ЧЛЕН СОВЕТА ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОГО СОБРАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ул. Б. Дмитровка, д. 26, Москва, 103426

«30» 11 2018г.

№ _____

ОТЗЫВ

о научно-практической значимости
диссертационной работы Согияйна Александр Алексеевича на тему
**«Теоретическое и организационно-методическое обоснование
путей оптимизации медицинского обеспечения
граждан призывного возраста в Российской Федерации».**

Диссертация Согияйна А.А. посвящена изучению проблематики медицинского обеспечения подготовки граждан Российской Федерации к военной службе. Предмет данного исследования имеет ключевое значение для обеспечения обороноспособности страны в условиях сложной геополитической обстановки. Актуальность выбранного научного направления связана с необходимостью обобщения накопленного на территориях опыта в достижении целевых показателей Концепции подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на период до 2020 года (в рамках распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2010 года №134-р). Решение поставленной научной задачи обусловлено ключевым направлением в переходе к социально ориентированной экономике России, в которой укрепление здоровья подрастающего поколения и молодежи на основе широкого внедрения профилактических мероприятий является залогом формирования интеллектуального, производственного, репродуктивного и оборонного потенциала нации.

От современной медицинской науки в обществе ожидают повышения качества и доступности медицинской помощи, при этом ключевыми требованиями должны оставаться бережливость и максимальная отдача. Результаты научно-исследовательской деятельности Согияйна А.А. – мощный инструмент для повышения эффективности организации медицинской помощи населению в целом и гражданам призывного возраста в частности.

Новизна исследования и полученных результатов, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации заключается в том, что в результате проведенного комплексного научного исследования состояния здоровья юношей до и призывного возраста, военнослужащих срочной службы и экспертного мнения на территории Российской Федерации, а также отдельных её субъектов

(Московской области и Приморского края), автором получены новые научные данные, которые были использованы при разработке путей оптимизации медицинского обеспечения граждан призывного возраста в Российской Федерации.

Основные положения, выводы и практические рекомендации обоснованные в диссертации Согиайнена А.А. позволяют констатировать, что данная научная работа имеет важное теоретическое и практическое значение.

Автором убедительно доказана эффективность использования полученных новых данных, характеризующие тенденции в структуре и динамике состояния здоровья граждан призывного возраста, современном образе жизни и психологическом состоянии молодежи на уровне Российской Федерации и отдельных субъектах в работе руководителей органов законодательной и исполнительной власти, а также при формировании региональных Программ подготовки граждан к военной службе, разработке программ тематического усовершенствования специалистов и при определении путей ресурсосбережения.

Результаты диссертационного исследования направлены на решение проблем качества медицинского обеспечения юношей призывного возраста, снижение затрат на проведение профилактических и лечебно-диагностических мероприятий среди данного контингента, разработку эффективных региональных программ подготовки граждан к военной службе с учётом особенностей региона и результатов экспертной оценки.

Разработанные автором практические рекомендации по оптимизации медицинского обеспечения граждан призывного возраста могут быть использованы руководителями субъекта РФ, органом управления субъекта, руководителями лечебно-профилактических учреждений различных форм собственности, специалистами медицинской службы и военно-врачебных комиссий Министерства обороны, а также широким кругом врачей педиатрической сети для повышения эффективности проводимых мероприятий в отношении детей и подростков и способствовать выполнению целевых показателей федеральной Концепции подготовки граждан Российской Федерации к военной службе на долгосрочной период.

Диссертация Согиайнена Александра Алексеевича на тему «Теоретическое и организационно-методическое обоснование путей оптимизации медицинского обеспечения граждан призывного возраста в Российской Федерации» имеет важное практическое значение. Материалы, полученные учёным, будут использоваться в работе комитета и позволят выработать законодательные инициативы, направленные на улучшение состояния здоровья граждан призывного возраста и, как следствие, повышение обороноспособности страны.

Член Совета Федерации



Ф.А. Клинецвич