

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СЕВЕРО-ВОСТОЧНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ М.К. АММОСОВА»

На правах рукописи

Тимофеев Артем Леонидович

Научное обоснование совершенствования системы охраны здоровья детского населения при реализации целевых комплексных программ на примере Республики Саха (Якутия)

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Саввина Надежда Валерьевна

Якутск – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛЕВЫХ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	12
1.1. Состояние здоровья детского населения в Российской Федерации и его социально-гигиеническая характеристика.....	12
1.2. Организация медицинской помощи детскому населению и охрана их здоровья при реализации целевых комплексных программ.....	19
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	27
2.1. Методологические принципы.....	27
2.2. Общая характеристика и организация исследования.....	30
ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И СТРУКТУРНО- ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ).....	42
3.1. Медико-демографическая ситуация в Республике Саха (Якутия).....	42
3.2. Основные показатели состояния здоровья детского населения Республики Саха (Якутия) и их социально-гигиеническая оценка.....	45
3.3. Медицинские организации Республики Саха (Якутия).....	58
3.4. Коечный фонд и кадровый состав педиатрической службы Республики Саха (Якутия).....	60
ГЛАВА 4. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛЕВЫХ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ (ДАННЫЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ).....	69
4.1. Врачи организаторы здравоохранения о результатах и проблемах реализации целевых комплексных программ.....	69
4.2. Результаты опроса врачей-педиатров.....	75
4.3. Результаты социологического опроса родителей детей, проходящих обследование и лечение в поликлиниках и стационарах.....	92
4.3.1. Результаты опроса родителей, посещающих поликлиники.....	92
4.3.2. Результаты опроса родителей детей, находящихся в стационаре.....	104

ГЛАВА 5. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ).....	113
5.1. Организация медико-социальной помощи детям в Республике Саха (Якутия).....	113
5.2. SWOT-анализ системы медико-социальной помощи детскому населению Республики Саха (Якутия).....	121
ГЛАВА 6. РЕАЛИЗАЦИЯ ЦЕЛЕВЫХ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ.....	126
6.1. Реализация Приоритетного национального проекта «Здоровье» и Программы модернизации здравоохранения Республики Саха (Якутия) в контексте развития педиатрической службы.....	126
6.2. Реализация Стратегии действий в интересах детей Республики Саха (Якутия) в 2012-2017 годы.....	128
6.3. Реализация Государственной программы «Развитие здравоохранения в Республике Саха (Якутия)» и Национального проекта «Здравоохранение» в системе охраны здоровья детского населения.....	131
6.4. Организация школьной медицины в Республике Саха (Якутия).....	148
6.5. Мероприятия, проводимые в рамках Десятилетия детства в Российской Федерации на территории Республики Саха (Якутия).....	155
6.6. Изменения в системе организации медицинской помощи детям при проведении упорядочения сети государственных медицинских организаций в Республике Саха (Якутия).....	157
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	162
ВЫВОДЫ.....	168
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	171
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	173
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	174
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	197
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	200
ПРИЛОЖЕНИЕ В.....	203
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.....	206
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....	209

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

В течение последних нескольких десятков лет на территории Российской Федерации отметились существенные трансформации в экономической сфере. Они оказали воздействие на каждую сторону функционирующей на данный момент системы здравоохранения. Следовательно, они нашли отражение на здоровье и социальном положении детского населения [10, 11, 13-18, 26, 28-30, 93, 144, 164].

При осуществлении Программы модернизации, направленной на повышение качества и эффективности системы здравоохранения, реализация которой протекала в период 2011-2013 гг., повысилась степень информатизации и оснащения медицинских учреждений, интегрировались в практику стандарты и порядки оказания медицинской помощи пациентам, формировалась более оптимальная среда для предоставления медицинской помощи [10-12, 42, 58, 105].

Среди наиболее значимых стратегических направлений действующей на данный момент времени государственной политики в сфере здравоохранения можно назвать доминирующее положение и внимание к защите состояния здоровья детей [57, 74, 119, 154]. Данные положения отражены в стратегических Указах Президента Российской Федерации, Национальных проектах «Демография» и «Здравоохранение». Индикаторы, отражающие фактическое здоровье детского населения, раскрывают степень осуществления программ, которые специально ориентированы на раннее выявление и профилактику заболеваний у детей и их лечение [9, 23, 77, 143].

Чтобы идентифицировать уровень соответствия оглашенным нацпроектам, следует осуществлять как общий анализ госпрограмм, так и анализировать их отдельные компоненты. Целенаправленные наблюдения указывают на то, что единовременное осуществление нацпроектов, госпрограмм и стратегий обуславливает размытие разного рода ресурсов (в т.ч. институциональных и экономических), которые тратятся на разрешение определенной задачи управленческого характера, а также серьезно ограничивает обоснованную и

точную оценку результатов реализации инициатив, программ и стратегий. Такое положение дел приводит к тому, часто подобная оценка в большом количестве ситуаций замещается «сухими» рапортами, в содержании которых просто зафиксированы размеры использованных для достижения данных целей финансовых ресурсов из бюджетной системы того или иного уровня [59].

Продуктивное и целесообразное применение названных технологических, социальных и правовых инновационных решений позволяет существенно повысить уровень индикаторов состояния здоровья лиц подросткового и детского возраста на территории Российской Федерации. Чтобы этого достигнуть, нужно выработать набор инструментальных средств, с помощью которых можно будет на постоянной основе получать и осуществлять анализ информационных данных. Это даст возможность принимать по-настоящему правильные решения управленческого характера, которые ориентированы на разрешение многочисленных проблемных аспектов, детерминирующих состояние здоровья детей и подростков, а также уровни доступности и качества предоставляемой медицинской помощи на каждой стадии. Это, в свою очередь, можно воспринимать в качестве принципиально нового проблемного аспекта, связанного как с практикой, так и с теорией [1, 16, 144].

Прежде разрабатывалась методология комплексной социально-гигиенической исследовательской работы [144], которая в качестве базы рассматривала детальное изучение закономерностей здоровья детского населения на региональном уровне, функционирования всей системы здравоохранения, принципы и методологические приемы планирования стратегического характера, которые помогут сформировать новые научные результаты, применимые к выработке регионального комплекса мероприятий, направленных на охрану здоровья детского населения, а также на определение уровня продуктивности их реализации.

Степень разработанности темы исследования

Организационным технологиям и совершенствованию охраны здоровья детского населения в условиях Севера посвящены работы М.В. Ханды 1997, Н.Г.

Белякова 2005, Н.В. Саввиной 2008, С.В. Смердина 2008, С.А. Токарева 2008, Т.Л. Макаровой 2010, А.П. Муратовой 2010, М.И. Самсоновой 2012.

Изучению модернизации сферы здравоохранения и реализации целевых комплексных программ, национальных проектов в сфере организации оказания медицинской помощи населению посвящен ряд работ. Стратегии развития и модернизации здравоохранения России в разные годы представлены точками зрения Т.А. Голиковой, А.А. Лебедева, Г.Э. Улумбековой, А.Л. Линденбратена, Л.М. Рошала, Е.Г. Камкина и др. Реализации национальных проектов, целевым комплексным программам в сфере здравоохранения посвящены исследования В.В. Горбаневой 2008, Н.С. Войцеховского 2009, М.С. Деревянко 2008, В.А. Кузнецова 2009, Н.В. Шевцовой 2011, В.К. Цой 2013, А.З. Фаррахова 2014 и др.

Показатели состояния здоровья детей, крайне важны с демографической, медицинской, экономической и социальной точек зрения. Именно они детерминируют актуальность потребности в изучении уровня продуктивности функционирования медучреждений, которые предоставляют помощь детскому населению, а также отвечают за нормативно-правовое регулирование и повышение эффективности приоритетных мер стратегического характера соответствующих программ. Кроме того, данные показатели обеспечивают практическую интеграцию инновационных технологических решений организационного плана, которые ориентированы на защиту состояния здоровья детей и подростков, при учете специфики того или иного региона.

Цель исследования: научно обосновать и разработать систему мер по совершенствованию системы организации медицинской помощи детям в условиях Севера при реализации целевых комплексных программ.

Задачи исследования

1. Провести социально-гигиеническую оценку отдельных показателей здоровья детского населения и ресурсного обеспечения педиатрической службы в Республике Саха (Якутия).

2. Изучить мнение руководителей медицинских организаций, врачей-педиатров, а также родителей детей, находившихся на лечении в поликлиниках и стационарах о реализации целевых комплексных программ и совершенствованию медицинской помощи детскому населению.

3. Определить имеющиеся проблемы в организации оказания медико-социальной помощи детям и перспективы их решения в условиях Республики Саха (Якутия).

4. Проанализировать проводимые целевые программы органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья детского населения (мероприятия в рамках федеральных, региональных проектов и государственной программы Республики Саха (Якутия) «Развитие здравоохранения»).

5. Предложить пути совершенствования медицинской и медико-социальной помощи детскому населению на примере Республики Саха (Якутия) при реализации целевых комплексных программ.

Научная новизна диссертационного исследования

В результате исследования были получены следующие новые данные:

- выявлены особенности показателей здоровья детского населения Якутии в современных условиях, при этом, одними из значимых явились более высокие, чем по Российской Федерации и Дальневосточном федеральном округе показатели первичной и общей заболеваемости органами дыхания и пищеварения, роста заболеваний нервной системы в структуре причин детской инвалидности, снижением младенческой и детской смертности, а также тенденцией к снижению доли здоровых детей.

- осуществлен анализ точек зрения представителей руководящего состава медицинских организаций, врачей стационаров и поликлиник на территории субъекта Российской Федерации в части проблемных аспектов и приоритетных направлений охраны здоровья детского населения, результатов осуществления целевых комплексных программ. Была идентифицирована наибольшая степень приоритета руководителей медицинских организаций на реализацию

мероприятий, связанных с укреплением материально-технической базы и поставками нового медицинского оборудования.

- изучено мнение родителей о состоянии и проводимых мероприятиях в сфере организации медицинской помощи детям. Итоги, которые были получены в ходе соответствующей работы, дали возможность установить то, что процесс совершенствования системы здравоохранения и информатизации значительно и положительно воздействует на степень удовлетворенности и доступности медицинской помощью.

- рассмотрены завершённые и текущие региональные целевые комплексные программы органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья детского населения, анализ которых позволил научно обосновать предложения о путях совершенствования медицинской помощи детскому населению на примере Республики Саха (Якутия) (далее - РС (Я)).

Теоретическая и практическая значимость работы

По итогам проведения диссертационного исследования получены данные о состоянии здоровья детей в Республике Саха (Якутия), о проводимых целевых программах органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья детского населения, а также об изменениях в организации медицинской помощи детскому населению.

Были выделены приоритетные моменты, имеющие место в процессе обеспечения медицинской помощи детскому населению РС (Я). Выявлены проблемные зоны в организации медицинской и медико-социальной помощи детскому населению. Были сформулированы и предложены организационные подходы на основе анкетирования руководителей медицинских организаций, врачей-педиатров и родителей.

Проведен анализ медико-организационных технологий при реализации целевых комплексных программ, упорядочения сети медицинских организаций и изучены особенности организации медико-социальной помощи детям в условиях низкой плотности населения.

Положения, выносимые на защиту

1. Состояние здоровья детского населения в РС (Я) характеризуется ежегодно высокими показателями общей и первичной заболеваемости у детей во всех возрастных группах, ростом заболеваний нервной системы в структуре инвалидности, ежегодно высокой долей суицидов среди внешних причин смертности у подростков.

2. Несмотря на имеющиеся вопросы в части эффективности реализации отдельных направлений, проводимые мероприятия в рамках целевых комплексных программ были положительно оценены врачами педиатрического профиля и родителями несовершеннолетних пациентов.

3. Дистанционные методы оказания медицинской и медико-социальной помощи детям, цифровизация услуг являются основной точкой приложения в повышении результативности их оказания в условиях территорий с низкой плотностью населения.

Степень достоверности результатов исследования.

Достоверность результатов исследования обеспечена путём:

- изучения репрезентативного объема первичного статистического анализа, формирования случайной выборки медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь детскому населению РС (Я) и проведения опроса сплошным методом в отобранных базах исследования;

- использования при обработке данных пакета статистических программ Microsoft Excell, STATISTICA 13.3 и сервиса WinPeri. Анализ данных выполнен с использованием лицензионного программного обеспечения и корректных методов медицинской статистики;

- применения в исследовании научных методов сбора и обработки информации (критерия соответствия Пирсона (χ^2), теста МакНемара, метода главных компонент, ротации матрицы компонент по методу Varimax, тестов Кайзера-Мейера-Олкина (КМО) и Бартлетта).

Внедрение результатов исследования в практику

Материалы исследования были использованы в деятельности органов исполнительной власти субъекта (Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия) и медицинских организаций (акты внедрения И-01-25/2784 от 17.11.2020 г., 04-20/56 о 24.11.2020 г.), также результаты внедрены в образовательный процесс ФГАОУ ВО СВФУ имени М.К. Аммосова для преподавания студентам 5 и 6 курсов по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», для ординаторов по специальностям «Педиатрия», «Организация здравоохранения и общественное здоровье», а также специалистов, обучающихся по программам дополнительного профессионального образования в рамках специальностей «Педиатрия», «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (акт внедрения от 15.06.2021 г. б/н).

Апробация результатов исследования.

Материалы диссертации доложены и обсуждены на Межрегиональных НПК: «Актуальные вопросы медицинской реабилитации в педиатрии» (г. Якутск, 2014), «Актуальные проблемы организации профилактического направления медицинской помощи населению» в рамках научно-образовательного проекта «Эффективное здравоохранение – залог здоровья населения», (г. Якутск, 2016), «Актуальные вопросы педиатрии и неонатологии», г. Якутск, 2018), «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья», (г. Якутск, 2019), коллегии Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) №2 (г. Якутск, 2018), «Аспирантских чтениях» Северо-Восточного федерального университета имени М.К. Аммосова (г. Якутск, 2017, 2019, 2020 гг.).

Публикации.

С тематикой настоящего диссертационного исследования связаны 18 официально опубликованных научных работ. Среди них 5 научных статей, которые размещены в информационных базах международного уровня и «Web of Science» (системах цитирования) и 8 научных работ, которые были опубликованы

в рецензируемых журналах, включенных в Перечень рекомендуемых ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации.

Личный вклад автора.

Автор настоящего диссертационного исследования своими силами сформировал обзор литературных источников, посвященных анализируемой тематике (95%), выделил задачи и главную цель настоящего диссертационного исследования (95%), осуществил сбор необходимой для исследования информации, выработал обоснованную методологию и программу исследования, произвел обработку результатов исследования (95%).

При личном участии автора были составлены и реализуются 25 нормативных актов Министерства здравоохранения РС (Я) в части организации медицинской и медико-социальной помощи детскому населению РС (Я). На основе полученных результатов сформулированы выводы и практические рекомендации.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Диссертационная работа соответствует пунктам 2,3,5,6 паспорта научной специальности: 14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение.

Объем и структура диссертации.

Диссертация изложена на 212 страницах печатного текста, иллюстрирована 18 рисунками и 50 таблицами. Структура содержит введение, шесть глав, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы и приложения. Перечень литературы содержит 195 источников, из них 31 представлен научными трудами зарубежных авторов.

ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛЕВЫХ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Состояние здоровья детского населения в Российской Федерации и его социально-гигиеническая характеристика

Важнейшей приоритетной задачей социальной политики государства в современном мире является достижение благополучия, в том числе и приоритетно, среди детского населения [1, 95, 140, 159, 175].

Общеизвестно, что детское население – это важный ресурс социально-экономического развития любого общества [167, 174]. Вместе с тем, данный социально-демографический слой является самым уязвимым, потому что на него приходится порядка 40% от всей совокупной статистики заболеваемости среди населения [165, 174, 179, 180, 185, 194].

Результаты большого количества исследований, связанных с анализом здоровья детей, указывают на то, что на данный момент времени отмечаются неблагоприятные тенденции [1, 13, 15, 17, 18, 23, 25-27, 44, 53, 146, 163].

Среди наиболее значимых тенденций можно выделить ухудшение здоровья и физиологического развития детей и подростков. Проблема состоит в том, что в краткосрочной перспективе эта тенденция оказывает непосредственное воздействие на репродуктивный, интеллектуальный, оборонный и трудовой потенциал социума [71, 73].

Изменение индикаторов совокупной заболеваемости было подвержено воздействию со стороны наращивания уровня первичной заболеваемости детского населения. Отрицательные тенденции, связанные со здоровьем детского населения, имеют прямую связь с ростом концентрации болезней в хронической форме по схожим категориям патологий как в индикаторах первичной заболеваемости [61].

Нужно уточнить, что с возрастом у детей снижается общие показатели

первичной и общей заболеваемости. При рассмотрении отдельных классов болезней наблюдается снижение частоты первичной заболеваемости инфекционными и паразитарными болезнями, болезнями органов пищеварения, нервной системы, глаза и его придаточного аппарата.

По мере взросления, происходит рост показателей совокупной и первичной заболеваемости по таким категориям патологий, как патологии эндокринной системы, заболевания мышечно-костной и мочеполовой систем, психические расстройства. Сюда же относятся офтальмологические и неврологические заболевания, травмы и отравления [27].

По данным проведенных исследований, неблагоприятные изменения в состоянии здоровья детей наиболее выражены в школьном возрасте [24, 68, 83, 87, 122]. Выявлено, что около половины старшеклассников имеют те или иные болезни, которые протекают в хронической форме. Также им присущи значительные нарушения здоровья, наличие которых обуславливает наложение значительных ограничений к несению службы в армии и детерминирует нарушение физиологического развития [21,51].

Имеет значение также и период обучения в образовательных организациях. Так, в последние месяцы учебного года учащиеся часто сталкиваются с нарушениями функций ЦНС. Кроме того, в этот же период у них переходят в острые стадии заболевания в хронической форме, происходит повышение показателей совокупной заболеваемости.

Показатели общей заболеваемости у подростков кратно больше (на 38,1%) по сравнению с данным показателем у детей от 0 до 14 лет (8,4%), а практически здоровыми школу оканчивают от 2 до 5% подростков [77, 162].

В результате целого ряда исследовательских работ было выявлено, что в учреждениях системы образования на физическое развитие и здоровье детского населения, оказывают неблагоприятное воздействие факторы, отмечающиеся в организации и осуществлении процесса питания, отсутствие соответствия между режимом обучения и санитарно-гигиеническими нормами и правилами, а также увеличение продолжительности и активности занятий, обширная популяризация

"вредных" привычек.

Исходя из того, о чем было сказано выше, можно заключить, что отражающие заболеваемость среди детей разного возраста индикаторы наглядно демонстрируют ежегодный рост большей части групп заболеваний. Данное обстоятельство имеет взаимную и тесную связь с поведенческими рисковыми факторами. Вместе с тем, представленные показатели у лиц подросткового возраста – это доминирующая доля проблемных аспектов [38, 40, 43, 60, 150, 152, 188, 190, 193].

За последние десятилетия наблюдается неуклонный рост потребления алкогольных напитков, табака, наркотических и сильнодействующих средств среди детей и подростков. Проведенные исследования выявили, что к 11 классу факт употребления табака подтвердило более половины мальчиков (60%) и более трети (40%) девочек, а в возрасте от 13 до 15 лет – почти каждый четвертый (25,4% и 20,9% соответственно) [101].

Ввиду прошедших изменений федерального законодательства, разделивших полномочия охраны здоровья детей в учреждениях здравоохранения и образования, значимым и крайне актуальным вопросом является изучение системы профилактических мероприятий в образовательных организациях и их влияние на здоровье детей и подростков. [123, 139, 157].

Одним из важнейших индикаторов состояния здоровья детей является уровень детской инвалидности [3, 15, 17, 178, 192].

В рамках временного интервала 2010-2019 гг. совокупное количество граждан с инвалидностью на территории России уменьшилось на 1,187 млн. граждан, что в процентном выражении составляет 9%. Вместе с тем, совокупное количество детей-инвалидов возросло ориентировочно на 35% [66].

В течение последних нескольких лет структура первопричин инвалидности среди детей оставалась практически неизменной. Внутри нее преобладают расстройства психического плана и поведенческие нарушения, заболевания ЦНС и разного рода врожденные патологии. В совокупности их удельный вес в различные периоды варьировался в пределах 60%-70%. Наряду с этим,

заболевания, связанные с функционированием эндокринной системы, а также болезни глаза, уха, костно-мышечной и дыхательной систем по-прежнему имеют высокое значение в формировании инвалидности у детей [18].

При рассмотрении структуры детской инвалидности отмечено, что за последнее десятилетие не изменились возрастные и гендерные параметры (численность детей с инвалидностью среди мальчиков преобладает над девочками во всех возрастных группах).

Больше всего детей в совокупности детской инвалидности, как и прежде, отмечается в возрастной категории 8-14 лет. Летом 2019 г. на территории России таковых зафиксировано порядка 326 тысяч, что составляет около половины от численности детей с инвалидностью (48%), при этом распространенность инвалидности максимальна в подростковом возрасте.

В совокупности заболеваний детей на территории РФ, обусловившие возникновение первичной инвалидности, наибольший удельный вес имеют врожденные патологии развития (18%), заболевания ЦНС (20%), поведенческие нарушения и расстройства психики (25%). В 2010-ом и 2018-ом годах данные индикаторы находились приблизительно на одинаковых уровнях. В рамках этого временного интервала предельный рост уровня первичной инвалидности зафиксировано в таких группах заболеваний, как заболевания, связанные с эндокринной системой (в полтора раза), психические расстройства (в 1,3 раза), новообразования (в 1,2 раза).

В результате травм и отравлений показатели инвалидности уменьшились практически на 56%. Вследствие туберкулеза уровень инвалидности среди детей сократился на 62%. Изучение структурного устройства факторов, которые обуславливают возникновения инвалидности у детей, обладает существенной прикладной значимостью, т.к. его результаты используются в процессе планирования и практической реализации мер, направленных на предупреждение возникновения инвалидности и совершенствование медицинской помощи.

Мероприятия, связанные с ранним диагностическим обследованием женщин в период беременности способствует сокращению риска рождения детей

с наследственными заболеваниями. Высокое значение в этом вопросе играют правильно настроенная система пренатальной диагностики на всех этапах и наличие современных перинатальных центров. При введении соответствующей программы строительства в субъектах РФ с 2013 по 2016 годы было построено 30 новых перинатальных центров, а к концу 2020 г. было запланировано 90.

Одними из важных причин роста инвалидности среди детского населения являются специфические факторы. Например, успехи медицинской науки последнего десятилетия и соответствующие решения привели к существенному наращению уровня выживаемости среди новорожденных. Эти трансформации способствуют усилению рисков факторов и возникновению инвалидности у детей. Семьи, в которых есть дети с инвалидностью, указывают на отсутствие у них специфических навыков и познаний, необходимых для полноценного ухода за такими детьми. В данной связи необходимо реализовывать на практике мероприятия, ориентированные на эффективную терапию и своевременную профилактику возникновения заболеваний являющихся причиной инвалидности, проводить абилитацию в оптимальные сроки, повышать уровень качества и эффективности медицинской помощи, а также приобретать все необходимые познания и умения среди родителей детей, имеющих инвалидность [66].

Причины, вызывающие ухудшение состояния здоровья детского населения, имеют разностороннюю направленность. У детей раннего возраста в качестве факторов, обуславливающих состояние здоровья, чаще выступают осложнения, возникшие у матери в период гестации и родов [71, 141]. В настоящее время физиологические роды протекают лишь у трети женщин, перинатальная патология регистрируется у 35% детей, на каждую тысячу новорожденных приходится 50 детей с врожденными и наследственными заболеваниями. В последующие возрастные периоды, на фоне имеющейся патологии, у детей возрастает заболеваемость сердечно-сосудистой, мочеполовой и пищеварительной систем [143].

Наряду с медико-биологическими факторами, на здоровье детского населения значимое влияние оказывают такие факторы, как: социально-

экономический статус семьи, степень ее материальной обеспеченности, особенности микро социального климата, образ жизни и медико-профилактическая активность родителей [56, 67, 82]. Рост числа семей из группы высокого социального риска выступает одним из определяющих факторов ухудшения состояния здоровья детского населения [89, 102, 167]. Высокая заболеваемость и инвалидность детей из социально неблагополучных семей свидетельствует о ее медико-социальной обусловленности [19, 156, 189].

Высокая распространенность медико-социальных факторов, оказывающих влияние на здоровье детского населения [56, 106, 153], обуславливает особенности организации оказания медицинской помощи. Следует указать на то, что проблемные аспекты управленческого и организационного характера, связанные с предоставлением медицинской помощи, включая проблемные аспекты, возникающие в рамках межведомственной и междисциплинарной работы социальных и медицинских учреждений (недостаточная настороженность медицинских работников в отношении выявления социальных факторов, отсутствие единой информационной системы, сложности учета и передачи оперативной информации по факту установления социально неблагополучных и социально уязвимых семей), не позволяют реализовать имеющий потенциал здоровья детского населения [54].

Ежегодно в Российской Федерации умирают более 16 тыс. детей и подростков [52]. За последние годы при этом, наблюдается снижение на 1,5 - 2,2 тыс. детей (с 21,5 тыс. в 2015 г. до 16,3 тыс. в 2018 г.).

Также наблюдается значительное снижение удельного веса погибших среди детей в совокупной смертности на территории России. Так, в период 2000-го года величина данного индикатора составила 4%, в период 2010-го – 1,5%, в период 2018-го года – 0,89%. Свыше 50% от совокупного числа летальных исходов среди детей имеет место в возрастной категории до 1 года. Порядка 14,5% - в возрастном периоде 1-4 г., в возрастном периоде 10-14 лет 11,7%, в возрастном периоде 5-9 лет – 10%.

Ситуация с показателем младенческой смертности в РФ в сравнении с

другими странами относительно благополучна, несмотря на отставание части развитых стран, достижений в данном направлении было больше, чем с показателем смертности у взрослых. Показатели младенческой смертности в 2017 году был в 3,5 раза ниже, чем аналогичный в восьмидесятых годах (1988), и более чем в пять раз меньше показателя в 1964 г., при том, что произошли изменения критериев живорождения после 2012 года. Наблюдаемые в большинстве развитых стран низкие показатели младенческой смертности в сравнении с РФ все же не имеют такую большую разницу, как 10-20 лет назад. Также с показателем смертности детей в возрасте 1-4 года, наблюдается достаточно резкое снижение. Данную тенденцию следует учитывать при оценке дальнейшего роста показателя общей продолжительности жизни, поскольку данный ресурс близок к исчерпанию. Если с середины до конца 20 века вклад снижения показателя детской смертности в увеличение общей продолжительности жизни был достаточен, то сейчас он не имеет столь значимого влияния. Уровень младенческой и детской смертности в РФ за последние годы стал сопоставим с наиболее успешными в данном показателе странами. Таким образом, низкие показатели смертности детей до 15 лет в РФ уже может приближаться к пределу [37].

При рассмотрении темпов снижения в структуре детской смертности в возрастной группе от 0 до 14 лет было отмечено, что максимально они были зафиксированы при патологиях инфекционной природы, респираторной и мочеполовой системы, а также от полученных травм, отравлений и внешних причин. В меньшей степени рассматриваемый индикатор сокращался в рамках таких категорий заболеваний, как заболевания ЖКТ, новообразования (доброкачественные/злокачественные), а также патологии, затрагивающие эндокринную систему человеческого организма [61].

Внешние причины смертности – это доминирующая категория заболеваний среди лиц подросткового возраста [182, 186, 187]. Основными из них являются самоубийства, дорожно-транспортные происшествия, убийства и утопления.

Результаты большого количества исследовательских работа указывают на

то, что на территории России имеет место тренд, связанный с ростом показателей совокупной заболеваемости и сокращение показателей смертности среди новорожденных и лиц детского и подросткового возраста. Отмечен ежегодный рост заболеваемости детей в разных возрастных группах в большинстве классов болезней, также их связь с факторами риска поведенческого характера, особенно у подростков. Все большее значение приобретают фактор образа жизни семьи и ребенка, а также знания родителей в области здоровья детей.

1.2. Организация медицинской помощи детскому населению и охрана их здоровья при реализации целевых комплексных программ

Требования государств к социальным институтам, определяющим основы эффективной реализации политических, социально-экономических и культурных процессов, в наше время возрастают [57, 79, 119, 155, 191, 195]. Система охраны материнства и детства является институтом, который определяет приоритет охраны их здоровья как основу человеческого капитала и репродуктивного потенциала [57, 65, 74, 95, 154, 166, 171].

Медицинская помощь детскому населению в Российской Федерации гарантирована государственной системой здравоохранения, обеспечивающей непрерывное наблюдение за ребенком, начиная с момента его рождения и до достижения возраста 18 лет [22, 39, 88, 103, 121]. Организационное единство системы зафиксировано на нормативно-правовом уровне [95-100].

Согласно основному Федеральному закону РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: «Медицинская помощь детскому населению оказывается по видам и профилям в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе стандартов и с учетом клинических рекомендаций» [96]. «Первичная медико-санитарная помощь является приоритетным направлением развития здравоохранения, выступая основой системы оказания медицинской помощи. ПМСП включает профилактические, лечебно-диагностические мероприятия, медицинскую реабилитацию, вопросы

формирования здорового образа жизни и санитарно-гигиенического образования населения» [32, 99, 121].

В соответствии с Приказами Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» и от 16.04.2012 г. № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи»:

«Первичная медико-санитарная помощь детям реализуется через первичную доврачебную медико-санитарную помощь, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь. Данный вид помощи оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара» [99].

«Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь детям оказывается врачами-педиатрами и врачами-специалистами в условиях круглосуточного и дневного стационара. Данный вид медицинской помощи включает профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использование специальных методов и сложных медицинских технологий и медицинскую реабилитацию» [100].

«Скорая, в том числе специализированная, медицинская педиатрическая помощь оказывается детям при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи. Скорая медицинская помощь оказывается в экстренной и в неотложной формах вне медицинской организации, а также в амбулаторных и в стационарных условиях» [100].

В РФ сформирована трёхуровневая система охраны материнства и детства. Необходимо отметить, что результативность основных направлений деятельности медицинских организаций, которые оказывают все виды медицинской помощи детскому населению, зависит от множества условий: уровня ресурсного обеспечения службы [36, 120, 158], качества и доступности предоставляемых

медицинских услуг [32, 36, 86], уровня осведомленности потребителей и поставщиков медицинских услуг детям в рамках регламентированных норм правового плана [6, 116, 147], а также от результативности внутри и межведомственного взаимодействия организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению [110, 104, 145, 148, 156, 167, 173].

Значимое увеличение численности детей, проживающих в семьях из группы высокого медико-социального и биологического риска является ведущим проблемным вопросом в организации медицинской помощи детскому населению за последнее десятилетие [83, 85, 89, 153, 176, 189]. Важным звеном в сохранении здоровья детского населения является своевременное выявление данных семей, организация работы с такими семьями с привлечением соответствующих ведомств и служб согласно действующему законодательству [82, 90, 92, 104, 156, 168, 182].

Эффективное взаимодействие органов профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, куда в том числе входят медицинские работники, позволяет проводить профилактику девиантного поведения семей в отношении несовершеннолетних и своевременно выявлять факторы социального неблагополучия семьи. Данные факторы нередко могут приводить к младенческой и детской смертности, росту заболеваемости социально значимыми заболеваниями, нарушений прав несовершеннолетних. [30].

Приоритетной задачей медико-социальной помощи выступает достижение и поддержание максимально возможного уровня здоровья и функционирования у несовершеннолетних, имеющих психические заболевания или отклонения от нормы и пребывающих в социально опасном положении или трудной жизненной ситуации [104, 169, 172].

Представленное выше направление может реализовываться посредством предоставления правовой (юридической), психологической и медицинской помощи семьям, а также посредством закрепления у детей и подростков познаний и умений, связанных со здоровым образом жизни (ЗОЖ) [151, 153, 183].

В данное время наблюдается отсутствие правового статуса отделений

медико-социальной и социально-психологической помощи, отсутствие тарифов по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) на реализацию функционирования этих подразделений, отсутствие программ по подготовке специалистов в сфере здравоохранения по данным вопросам, что приводит к низкой эффективности оказания медико-социальной помощи несовершеннолетним в целом [30, 31, 57, 107].

Таким образом, указанные проблемные вопросы в оказании медико-социальной помощи детскому населению, семьям из групп риска, обуславливают необходимость в совершенствовании организационных механизмов, повышению роли и результативности межведомственного взаимодействия органов профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних [54].

«Системы здравоохранения – это организации, созданные для удовлетворения медицинских потребностей целевых групп населения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), для хорошо функционирующей системы здравоохранения необходим механизм финансирования, хорошо обученная и адекватно оплачиваемая рабочая сила, надежная информация, на которой можно основывать решения и политику, а также ухоженные медицинские учреждения для доставки качественных лекарств и технологии» [63].

С целью повышения качества оказания медицинской помощи населению с 2006 года стартовал Приоритетный национальный проект «Здоровье» (ПНП «Здоровье»). В процессе анализа результатов осуществления данного проекта, идентифицирован недостаточно высокий уровень индикаторов удовлетворенности запросов населения в современных и высокотехнологичных методах лечения. Основной первопричиной такого положения дел можно назвать слабое обеспечение финансовыми ресурсами, величина которого часто не превышает 30% от потребности.

Вместе с тем, наблюдались факты массового простоя закупаемого оборудования, которые имели системный характер, несогласованность работ по подготовке помещений и кадров. Максимальное число простоев было выявлено

по поставкам лабораторного оборудования (31%), а в общем числе закупаемого медицинского оборудования в рамках ПНП «Здоровье» факты длительного простоя составили 10% (2010 г.) [160].

Когда был внедрен в практику ФЗ №-236 от 29 ноября 2010 года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с 2011-го года отмечилось интенсивное осуществление программ регионального уровня, направленных на повышение эффективности и качества функционирования системы здравоохранения (годы проведения с 2011 г. по 2013 г.), повышение тарифов страховых взносов до 5,1% от фонда оплаты труда резко увеличило финансовые возможности для укрепления материально-технической базы и внедрения современных информационных технологий.

Анализ Программы модернизации с применением контент-анализа и оценка ее реализации инициировавшими свои программы субъектами стала причиной возникновения целого ряда вопросов. Сложности по итогам были перераспределены следующим образом: в части создания трехуровневой системы здравоохранения отметило 34,8% субъектов, оснащение медицинским оборудованием и проведение капитальных ремонтов помещений - 30,4%, внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи - 23,9%, информатизация системы здравоохранения -10,9%» [63].

Практическое осуществление мер, которые были ориентированы на перспективное совершенствование системы здравоохранения, было приурочено к Государственной программе «Развитие здравоохранения в Российской Федерации». Данный был осуществлен в два этапа: первый этап (с 2013 по 2015 годы) - структурные преобразования, второй этап (с 2015 по 2020 годы) - развитие инновационного потенциала в здравоохранении. Данная Программа включает 11 подпрограмм, из которых выделены подпрограммы направленные на охрану здоровья детей: «Охрана здоровья матери и ребенка», «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям», «Оказание паллиативной помощи, в том числе детям» [160]. При этом стоит отметить, что одноименные Госпрограммы регионального уровня в России реализуются

преимущественно за счет средств собственных бюджетов, а направления материнства и детства не имели федеральное финансирование (кроме подпрограмм ввода перинатальных центров в части субъектах). Соответственно, структура, финансирование и распределение мероприятий большинства ее подпрограмм определялась субъектами самостоятельно.

Первостепенность развития детского здравоохранения была неоднократно подчеркнута руководителями всех уровней власти [94], утверждались стратегические документы и нормативно-правовые акты, направленные на охрану здоровья детского населения. В 1995 году впервые был принят Национальный план действий в интересах детей. Национальная стратегия действий в интересах детей была принята в 2012 году и действовала до 2017 года, с 2018 года была принята программа и план мероприятий «Десятилетия детства в РФ». В ходе осуществления этой программы российским Минздравом были выделены ключевые направления развития охраны здоровья детей [109].

Уровень младенческой смертности является основным целевым индикатором здоровья и благополучия населения в большинстве реализуемых комплексных целевых программ и определяет эффективность развития службы охраны материнства и детства в целом. Данный показатель имеет высокое социальное медико-демографическое значение, соответственно с целью достижения целевых индикаторов на всех уровнях непрерывно разрабатываются и внедряются меры по организации медицинской помощи и меры социально-экономического характера. [19]. Наряду с этим, было отмечено то обстоятельство, что обуславливающие сокращение уровня инвалидности среди граждан задачи, включенные в содержательную сторону госпрограммы «Развитие здравоохранения на период с 2018-го по 2025-й гг.», отсутствовали в списке основных целей данной госпрограммы. Следовательно, не было сформулировано и зафиксировано никаких мер, связанных с их осуществлением на практике. Более того, определенные задачи, касающиеся этого вопроса, отсутствовали и в содержании Нацпроекта «Здравоохранение», рассчитанного на период с 2019-го по 2024-й гг. (66).

Система здравоохранения России построена по федеративному принципу и состоит из региональных подсистем. Такая структура управления позволяет формировать нормативно-правовые, административные и иные воздействия не только на федеральном, едином для всей страны, уровне, но и на региональном уровне, что дает возможность обеспечить сбалансированную самостоятельность региональных систем здравоохранения с учетом сложившихся социально-экономических, медико-демографических, экологических, климатогеографических, транспортных и иных особенностей регионов [135]. При этом организация медицинской помощи на территориях низкой плотности населения, Арктики имеет ряд особенностей, большое значение имеют расстояние между населенными пунктами, дорожное сообщение, погодные условия и географические особенности, социальная и инженерная инфраструктура.

Одной из характеристик особенностей состояния здоровья населения РФ является существенная дифференциация его показателей в различных регионах страны. Учитывая возрастающее влияние системы здравоохранения на общественное здоровье, изучение региональных особенностей субъектов РФ является необходимым инструментом стратегического анализа для принятия управленческих решений [34].

Таким образом, проведенные ранее исследования и данные литературы свидетельствуют о том, что в РФ и ее субъектах, реализуются целевые комплексные программы, происходят изменения в системе организации медицинской помощи детям и системе здравоохранения в целом.

Резюме. Результаты осуществленных исследований указывают на то, что на территории России отмечается тренд, указывающий на прирост уровня совокупной заболеваемости и снижение показателей младенческой и детской смертности.

Отмечен ежегодный рост заболеваемости детей в разных возрастных группах в большинстве классах болезней, также их связь с факторами риска поведенческого характера, особенно у подростков. Все большее значение приобретают фактор образа жизни семьи и ребенка, а также знания родителей в

области здоровья детей.

В Российской Федерации и ее субъектах, реализуются целевые комплексные программы, имеют место разного рода положительные трансформации в части организации медицинской помощи детскому населению. Для последующего повышения эффективности и качества организации и предоставления медико-социальной и медицинской помощи детскому населению необходимо выявить и оценить произошедшие изменения в показателях здоровья детей, проанализировать мероприятия проводимые в рамках реализации целевых комплексных программ.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с целью и задачами исследования, направленными на совершенствование системы охраны здоровья детей в условиях Севера при реализации целевых комплексных программ, разработана настоящая программа диссертации.

Объектом настоящего исследования является система организации медицинской помощи детскому населению Республики Саха (Якутия).

Предмет исследования – медико-демографические показатели, целевые комплексные программы, которые осуществляются исполнительным органом власти субъекта в сфере охраны здоровья и определяющие особенности организации медицинской помощи детскому населению.

Единицы наблюдения: детское население в возрасте от 0 до 17 лет 11 мес. 29 дней; формы статистического наблюдения; анкетные данные руководителей медицинской организации; родителей; специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению.

Источники первичного материала: отечественная и зарубежная литература, нормативно-правовые акты Республики Саха (Якутия), локальные нормативные акты Минздрава РС (Я), отчетные формы и статистические сведения, отражающие здоровье детского населения РС (Я), анкеты.

Методы исследования: контент-анализ, медико-статистический, социологический, экспертный, аналитический, метод Форсайт-дорожная карта, SWOT-анализ.

2.1. Методологические принципы

Сформированная для применяемого исследовательского метода научная база предполагает включение в процесс подхода комплексного типа, который дает возможность проанализировать наиболее значимые для настоящего

исследования показатели состояния здоровья детей, а также фактическую эффективность функционирования педиатрических организаций.

Среди главных направлений (принципов) методологического плана выделяются следующие:

1. Аналитическая работа в части индикаторов здоровья лиц, не достигших возраста совершеннолетия и функционирования системы здравоохранения республики.

2. Детальное изучение разного рода аспектов функционирования системы здравоохранения, выработка и практическая интеграция организационно-медицинских технологических решений, дающих возможность разрешить наиболее острые проблемные вопросы в плане организации предоставления медико-социальной и медицинской помощи детскому населению на территории РС (Я).

Базисные компоненты регионального подхода в процессе анализа здоровья детей были сформулированы Альбицким В.Ю., Барановым А.А. и Стародубовым В.И. (2005 год). Согласно их результатам работ перспективность и значимость рассматриваемого подхода детерминированы одновременно 3 факторами:

- процесс формирования состояния здоровья граждан РФ не подвержено воздействию со стороны обширного диапазона экономической, экологической, географической и климатической среды их жизни, уровень их миграции, социально-культурной и этнической специфики;

- существует значительная разница в части кадровых возможностей и материально-технической базы (МТБ) региональных систем здравоохранения;

- в целях целенаправленного и оптимального перераспределения ресурсов и сил, ориентированных на укрепление состояния здоровья детей, требуются точные, соответствующие действительному положению дел и оперативные сведения, касающиеся обособленных федеративных субъектов и посвященные основным факторам, которые оказывают воздействие на состояние здоровья детского населения и его обособленным характеристикам, таким как инвалидность, уровень заболеваемости и пр.

Аналитическая работа, осуществленная с применением регионального подхода, дает возможность идентифицировать сущность данной вариации. Результаты такого анализа могут быть использованы в целях практического осуществления и выработки дифференциальной политики регионального уровня, берущей в расчет все особенности детского населения и факторы, которые детерминируют уровень распространения и характер процессов патологического характера у разных групп на территории федеральных округов и регионов.

Рассматриваемый региональный подход в процессе исследования состояния здоровья детского населения, дает возможность определить в рамках того или иного субъекта предельные показатели инвалидности и заболеваемости в разные временные интервалы детского возраста от разных причин, а также дать обоснованную оценку существующим перспективам уменьшения потерь, выработать по-настоящему эффективные меры, ориентированные на профилактику и улучшение показателей заболеваемости и инвалидности [144].

Для выработки единой концепции по организации здравоохранения в сфере педиатрии на уровне субъекта мы использовали методику стратегического планирования Форсайт-дорожная карта.

«Впервые термин «foresight» употребил известный писатель-фантаст Герберт Уэллс в 1930 г. Выступая на радио «Би-Би-Си», он предложил ввести особую специальность – «профессор предвидения», который, подобно историку, будет анализировать, и находить применение будущим технологическим открытиям. Однако до 1980-х годов в качестве основного термина использовалось понятие «forecasting» – прогнозирование» [113].

Форсайт общественного здоровья – новый способ мышления о будущем цивилизации для выявления возможностей и угроз, которые могут возникнуть в ближайшие годы и десятилетия в здравоохранении. Форсайт общественного здоровья требует разработки собственной методологии и инструментария измерения, учитывающие возможность объективной оценки прошлых и настоящих событий с учетом определения вектора и траектории развития будущего [62].

Утвержденная распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012-го года №-2599-р «Дорожная карта» направлена на повышение уровня эффективности и устойчивости функционирования всей системы здравоохранения на территории РФ. Указанный план определил внедрение порядков оказания медицинской помощи населению, интеграцию в практику и выработку программ развития здравоохранения субъектов, ориентированных на достижение намеченных показателей с учетом фактических показателей смертности и заболеваемости.

Из вышеописанного следует, что структурное устройство планирования стратегического характера в сфере здравоохранения с применением метода «Форсайт» выстроено на базе госпрограммы РФ «Развитие здравоохранения», а также на основе федеральных и субъектовых «дорожных карт» [144].

2.2. Общая характеристика и организация исследования

Цель диссертационной работы, выполненной в период с 2015 по 2021 гг. достигалась с помощью решения 5 задач исследования и 5 этапов (Схема 1 и Таблица 2). Первичный материал был собран ретроспективно с 2010 года в целях использования методов прогнозирования.

Республика Саха (Якутия) (РС (Я)) является крупнейшим субъектом РФ и занимает площадь, равную 18,2% всей территории РФ. Это один из самых малонаселенных регионов России с плотностью населения 0,31 человека на 1 квадратный километр и 0,67% всего населения России (956,8 тыс.) [135]. Республика имеет сложные условия транспортной доступности, что отражается и в особенностях здравоохранения региона (Рисунок 1).

Треть населения республики (35,1%) проживает в 586 сельских населенных пунктах, остальная и большая часть (64,9%) населения республики проживает в 13 городах и 42 поселках городского типа. [50]. В настоящее время в состав республики входят 34 муниципальных района и 2 городских округа. Из 676 населенных пунктов половина относится к категории малонаселенных, 44% – к

категории труднодоступных и отдаленных, а 12 из 34 районов имеют общую численность населения менее десяти тысяч человек.



Рисунок 1 - Территориально-транспортная доступность населенных пунктов Республики Саха (Якутия)

Согласно статистическим сведениям, 1/3 часть граждан РФ проживают на территории сельской местности. Якутия на данный момент находится на 11-й позиции по степени урбанизации в перечне полутора десятков субъектов России, где живет 500-1000 тыс. граждан [109, 161].

Более 92% территории РС (Я) находится в области сезонного транспортного обслуживания, сообщение, в основном, воздушное, есть водное и автомобильное сообщения. При этом из 34 районов 76% не имеют надежной транспортной связи с центром республики и близлежащими районами. Почти 90% дорог местного значения не отвечают нормативным требованиям [108].

Площадь территории республики составляет 3083,5 тыс. кв. км. В процентном выражении данная величина составляет 18,2% от совокупной территории страны. На территории рассматриваемого субъекта отмечается крайне низкая плотность населения, которая не превышает 0,31 гражданина на 1 м², тогда как по Дальневосточному федеральному округу (ДФО) этот индикатор составляет 1, а по всей России в среднем - 8,6. Среди 85 субъектов Российской Федерации меньшую плотность имеют только Ненецкий и Чукотский автономные округа.

Численность детского населения и их возрастные группы по муниципальным образованиям Республики Саха (Якутия), где расположены базы исследования представлена в Таблице 1.

Таблица 1 - Численность детского населения различных возрастных групп в разрезе муниципальных образований Республики Саха (Якутия) - базах исследования, 2019 г.

Муниципальное образование	Дети с 0 до 14 лет, человек	Подростки с 15 до 17 лет, человек	Всего с 0 до 17 лет, человек
Алданский	7493	1316	8809
Верхнеколымский	796	145	941
Верхоянский	2872	559	3431
Мегино-Кангаласский	8708	1396	10104
Нерюнгринский	13593	2866	16459
Нюрбинский	6759	1117	7876
Оленекский	1265	211	1476
Среднеколымский	2022	333	2355
Чурапчинский	6008	1051	7059
г. Якутск	75332	11531	86863
Всего по указанным муниципальным образованиям	124848	20525	145373
Всего по РС (Я)	226043	38052	264095

Использован большой спектр информационных баз, анализировались отчетные документы, характеризующие показатели заболеваемости и смертности детского населения, некоторые показатели деятельности медицинских организаций, нормативные акты и целевые комплексные программы органа исполнительной власти в сфере здравоохранения на территории Республики Саха (Якутия).

Программа настоящего исследования включала в себя системный социально-гигиенический и медико-организационный анализ состояния здоровья детей на территории РС (Я). Соответствующая информация отражена на рисунке 1. Базами исследования явились Медицинский институт ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова», 14 медицинских организаций 1, 2 и 3-го уровней на территории РС (Я) в г. Якутске и в 9 районах (улусах) республики из каждой медико-экономической группы.

Схема 1 - Программа исследования

Цель исследования:

Научно обосновать и разработать предложения по совершенствованию системы охраны здоровья детей в условиях Севера при реализации целевых комплексных программ.

Задачи исследования:

1. Провести социально-гигиеническую оценку отдельных показателей здоровья детского населения и ресурсного обеспечения педиатрической службы в Республике Саха (Якутия)	2. Изучить мнение руководителей медицинских организаций, врачей-педиатров, а также родителей детей, находившихся на лечении в поликлиниках и стационарах о реализации целевых комплексных программ и совершенствованию медицинской помощи детскому населению	3. Определить имеющиеся проблемы в организации оказания медико-социальной помощи детям и перспективы их решения в условиях Республики Саха (Якутия)	4. Провести анализ проводимых целевых программ органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья детского населения (мероприятия в рамках федеральных, региональных проектов и государственной программы Республики Саха (Якутия) «Развитие здравоохранения»)	5. Предложить пути совершенствования медицинской и медико-социальной помощи детскому населению на примере Республики Саха (Якутия) при реализации целевых комплексных программ
--	--	---	--	--

Единицы наблюдения:

Детское население в возрасте от 0 до 17 лет 11 мес. 29 дней	Анкетные данные руководителей медицинской организации; родителей; специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению
---	---

Методы исследования:

Контент-анализ	Медико-статистический	Математико-статистический	Социологический	Аналитический	SWOT-анализ	Форсайт - дорожная карта
----------------	-----------------------	---------------------------	-----------------	---------------	-------------	--------------------------

Предмет исследования:

Медико-демографические показатели, показатели здоровья детского населения РС (Я), целевые комплексные программы, организуемые органом исполнительной власти субъекта в сфере охраны здоровья и определяющие особенности организации медицинской помощи детскому населению

Объем наблюдений:

35 нормативно-правовых актов РФ и РС (Я), 31 локальных нормативных актов и 23 отчета о реализации целевых программ Минздрава РС (Я); Формы федерального статистического наблюдения (№ 12, 14, 17, 19, 30-32, 40) в динамике за 2010-2019 гг.; Анкеты руководителей медицинских организаций, врачей-педиатров, родителей (389).

Исследовательская работа осуществлялась в период с 2010 по 2020 гг.
(Таблица 2).

Таблица 2 – Этапы исследования

Этапы	Источник Информации	Вид документа и период наблюдения	Методы
1. Изучение медико-демографической ситуации, состояния здоровья детского населения РС (Я) и оценка ресурсного обеспечения педиатрической службы РС (Я)	Формы статистического наблюдения; Стат. сборники: «Здравоохранение в России», «Российский статистический ежегодник», «Демографический ежегодник России», Онлайн-сервисы.	Формы федерального статистического наблюдения (№ 12, 14, 17, 19, 30-32, 40) 2010-2019 гг.	Контент-анализ Медико-статистический Аналитический
2. Определение основных задач и путей совершенствования системы организации медицинской помощи детскому населению по данным анкетирования	Результаты анкетирования: - руководители медицинских организаций; - врачи амбулаторных и стационарных подразделений; - родители детей, посещающих поликлинику; - родители детей, находящихся в стационаре.	38 анкет 104 анкеты 164 анкеты 83 анкеты 2019-2020 гг.	Экспертный метод Социологический Аналитический Математико-статистический
3. Анализ проводимых целевых программ в сфере охраны здоровья детского населения	9 нормативно-правовых актов РС (Я), 12 локальных нормативных актов и 23 отчета о реализации целевых программ Минздрава РС (Я)	Нормативно-правовые акты РС (Я) 2010-2019 гг.	Медико-статистический Аналитический
4. Изучение основных организационных принципов системы оказания медико-социальной помощи детям и подросткам в условиях низкой плотности населения	26 нормативно-правовых акта РФ и РС (Я), 19 локальных нормативных актов Минздрава РС (Якутия), справочная правовая система «Консультант-плюс»	Нормативно-правовые акты РФ и РС (Я) 2000-2019 гг.	SWOT-анализ
5. Определение основных направлений и дорожной карты по совершенствованию медицинской помощи детскому населению РС (Я)	Результаты Этапов 1-4	2018-2020	Форсайт-дорожная карта

В рамках первой стадии осуществляемой исследовательской работы были выделены задачи, основная цель, выработана исследовательская программа, осуществлена социально-гигиеническая оценочная работа обособленных индикаторов состояния здоровья детского населения, а также ресурсной базы педиатрического подразделения РС (Я).

Социально-гигиеническая оценочная работа обособленных индикаторов состояния здоровья детского населения на территории РС (Я) произведена на базе детального анализа:

- специфических демографических и медицинских индикаторов;
- форматов статистического мониторинга федерального уровня Территориального подразделения Федеральной службы государственной статистики РС (Я);
- информации, представленной ГБУ РС (Я) «ЯРМИАЦ» в период 2010-2019 годы;
- стандартных форматов отчетных сведений, отражающих функционирование республиканского Минздрава.

Динамика изменения изучаемых показателей оценена на основе расчета темпа роста по формуле Федеральной службы государственной статистики (В.С. Балинова, 2004) (формула 1):

$$T_p = (Y_i / Y_{i-1} - 1) * 100 \quad (1)$$

где T_p - темп роста;

Y_i - уровень сравниваемого показателя;

Y_{i-1} - уровень предшествующего показателя.

Также была проведена оценка обеспеченности медицинской помощью детского населения РС (Я) в период с 2010 по 2019 гг., а также ресурсной базы медицинских организаций (укомплектованность штатами, оснащенность медицинским оборудованием, состояние материально-технической базы).

На втором этапе проводилось определение основных задач и путей совершенствования системы организации медицинской помощи детскому населению по данным анкетирования.

Анкетирование было осуществлено с применением форм, ранее составленных экспертами социальной педиатрии ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» [144], дополненных с нашим участием и рассмотренных этическим комитетом ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова».

В Республике Саха (Якутия) насчитывается 35 муниципальных образований. Для учета мнений, соответствующей модели ответа для Республики Саха (Якутия), были опрошены руководители, врачи и родители, находящиеся в г. Якутске, согласно количественному соотношению фактически проживаемых на территории республики (по данным на 2019 г. 32,9% населения РС (Я) проживают в г.Якутске).

В г. Якутск был проведен сплошной отбор медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь детскому населению проживающим на соответствующей территории. Не было осуществлено анкетирование одной медицинской организации. Причина данного обстоятельства связана с началом пандемии COVID-19 и соответствующим отказом руководства в проведении опросов.

Для организации опроса в районах республики была произведена случайная выборка 3 районов (улусов) из каждой медико-экономической группы (Промышленные, Сельскохозяйственные, Арктические). Методика медико-экономического районирования территории Якутии впервые предложена Л.Ф. Тимофеевым в 2004 г. и основана на использовании параметров, характеризующих социально-экономические, медико-демографические особенности территорий с учетом основных показателей общественного здоровья и здравоохранения.

Таким образом, медицинские организации были представлены многопрофильной организацией 3-го уровня – ГАУ РС (Я) «Республиканская больница № 1 - Национальный центр медицины» (РБ№1-НЦМ), организацией 2-го уровня – ГБУ РС (Я) «Детская инфекционная клиническая больница» (ДИКБ), организациями 1-го уровня - ГАУ РС (Я) «Поликлиника № 1» (Поликлиника №1),

ГАУ РС (Я) «Медицинский центр города Якутска» (МЦЯ), ГБУ РС (Я) «Якутская городская больница № 2» (ЯГБ №2) и 9 центральными районными больницами из 3 медико-экономических групп. Для выбора данных медицинских организаций был проведен многоступенчатый отбор и проведен опрос респондентов согласно разработанной схеме (Рисунок 2).

Опрос проводился сплошным методом. Для проведения анкетирования в каждой медицинской организации - базе исследования было отведено равное время в течении каждого дня недели (по 1 неделе), опрос проводился среди руководителей МО и их заместителей, фактически находящихся на работе врачей педиатров и родителей пациентов, находящихся на приеме у врача-педиатра участкового и на лечении в стационаре. Ответы давались только в отношении одного ребенка, с которым родитель подошел на прием к врачу или находился в стационаре.

Всего участие приняло 38 руководителей и заместителей руководителя медицинских организаций, 104 специалиста-педиатра, представляющих круглосуточные стационары и амбулаторное звено, а также 247 граждан, являющихся родителями детей, которые проходили терапию в стационаре или поликлинике.

Оптимальный объем выборки, нужный в целях осуществления исследовательской работы социологического характера, устанавливался на основании метода, разработанного Отдельновой К.А. (1980 год). Для его расчета применялось программное обеспечение «WinPeri». При этом устанавливалась усредненная желаемая степень точности исследовательской работы. Соответствующая информация приведена в содержании формулы 1.

$$K = \delta / \Delta. \quad (1)$$

В процессе работы с представленной формулой доверительный интервал (Δ) и уровень варибельности (δ) не могут быть установлены заблаговременно. В данной связи к расчету принимается приблизительное отношение, для обозначения которого применяется символ K , который целесообразно принимать в качестве коэффициента индикатора точности.



Рисунок 2 - Схема проведения опроса респондентов

Величина K варьируется в пределах от 0,5-0,1 и подбирается субъектом исследовательской работы самостоятельно. В рамках настоящей исследовательской работы количественный состав выборки отвечал средней степени точности, т.е. было принято ($K \leq 0,2$).

Таблица 3 – Необходимый объем выборки.

Вид исследования	Необходимая точность $K = \delta / \Delta$	t=2,0 p=0,95	t=2,5 p=0,98	t=3,0 p=0,99
1. Ориентировочное Знакомство	0,5	16	29	36
	0,4	25	39	56
	0,4	44	69	100
2. Средняя точность	0,2	100	156	225
3. Повышенная точность	0,1	400	625	900

Оценка достоверности различий между выборочными совокупностями проведена с применением критерия соответствия Пирсона (χ^2). Соответствующая информация приведена в содержании формулы 2:

$$\chi^2 = \sum \frac{(\varphi - \varphi_1)^2}{\varphi_1} \quad (2)$$

где φ – эмпирическая (действительная) информация;

φ_1 – теоретическая (прогнозируемая) информация, которая была определена на базе нулевой гипотезы;

Σ – символьное обозначение полученной суммы.

Коэффициент считался статистически значимым, если искомое значение χ^2 превышало его табличный вариант при числе степеней свободы равном $n-1$.

Оценка проводимых мероприятий в рамках целевых комплексных программ, определение путей совершенствования системы организации медицинской помощи детскому населению проводилась с помощью метода экспертных оценок [80]. Численность экспертной группы составила 38 руководителей медицинских организаций и их заместителей.

Соответственно, критериями отбора экспертов в группу стали:

- наличие сертификата и квалификационной категории по специализации «Общественное здоровье и организация здравоохранения»;
- должностная позиция – главврач или его заместитель;

- рабочий стаж – минимум 10 лет.

В рамках третьей стадии была осуществлена аналитическая работа мер, предпринимаемых республиканским Минздравом, в части реализуемых проектов исполнительного органа власти в области охраны состояния здоровья детского населения.

Изучались мероприятия, проводимые в рамках данных целевых программ, объемы финансирования, достижения целевых индикаторов. На данном этапе работы были рассмотрены и проанализированы результаты дополнительных мер, направленных на организацию процесса предоставления медпомощи детскому населению на уровне субъекта, сформулированы и представлены методики прогнозирования основных показателей.

На четвертом этапе были изучены основные организационные принципы системы предоставления медико-социальной помощи лицам подросткового и детского возраста в среде низкой плотности населения, проведен анализ нормативно-правовых актов РС (Я) в сфере медицинской помощи детям и подросткам.

Для изучения указанных положений представленной стадии применялась аналитическая методика SWOT. Данная методика дала возможность идентифицировать наиболее актуальные и значимые проблемные аспекты, имеющие место в рамках процесса организации предоставления медпомощи лицам подросткового и детского возраста в среде, характеризующейся низкой степенью плотности населения. Четкое разделение областей проблемного характера по отдельным уровням предоставления медпомощи детям выступила базой для выработки предложений по совершенствованию медицинской помощи детскому населению РС (Я).

На пятом этапе осуществлялась разработка предложений по совершенствованию медицинской помощи детскому населению на примере Республики Саха (Якутия) в условиях реализации целевых комплексных программ с применением метода Форсайт-дорожная карта.

На основании полученных сведений медико-демографической ситуации в республике, основных сфер организации, кадрового обеспечения, состояния инфраструктуры, рассмотрения реализации целевых комплексных программ и принятых управленческих решений, сформирована дорожная карта дальнейшего совершенствования системы охраны здоровья детей и подростков в РС (Я).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программ Microsoft Excel и WinPepi, STATISTICA 13.3 (разработчик - StatSoft.Inc). Номинальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей.

В рамках соответствующей работы применялись вариационно-статистические и корреляционно-аналитические методики, определялась величина доверительного интервала, степень достоверности которого составила 0,95. Выделялись приоритетные тренды анализируемых явлений. Для этого применялась методика скользящего среднего с установлением минимальной стандартной погрешности прогноза.

Чтобы сопоставить друг с другом индикаторы относительного плана, отражающие имеющие друг с другом связи совокупности («после» и «до»), применялось тестирование МакНемара. Вместе с тем, относительно одной пары имеющих друг с другом зависимость переменных обнаружилось, имеют ли место те или иные трансформации в структурном устройстве перераспределения присущих им величин. Критическое значение уровня значимости принималось равным 0,05.

В качестве метода извлечения факторов был использован метод главных компонент. Ротация матрицы компонентов проводилась по методу Varimax. Для проверки пригодности массива данных для факторного анализа применяли тесты Кайзера-Мейера-Олкина (КМО) и Бартлетта.

ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И СТРУКТУРНО- ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

3.1. Медико-демографическая ситуация в Республике Саха (Якутия)

Республика Саха (Якутия) стабильно входит в состав немногих регионов России, в которых сохранился естественный прирост населения. Показатели естественного движения за рассматриваемый период характеризуется снижением показателя рождаемости (16,8‰ в 2010 г., 13,2‰ в 2019г., темп убыли 21,4%, данный показатель выше чем в РФ на 30,7% (в 2019 г. - 10,1‰)), ежегодно низким уровнем смертности (9,8‰ в 2010 г., 7,8‰ в 2019 г., темп убыли 20,4%, показатель смертности ниже чем в РФ на 57,7% (в 2019 г. - 12,3‰)) и положительным естественным приростом населения (7,0‰ в 2010 г., 5,4‰ в 2019 г., данный показатель значительно выше, чем в РФ, где наблюдается естественная убыль населения (-2,2‰ в 2019 г.) (Рисунок 3). По данным на 2019 год по уровню рождаемости РС (Я) занимала 1-е место среди субъектов ДФО и 7-е место по РФ.

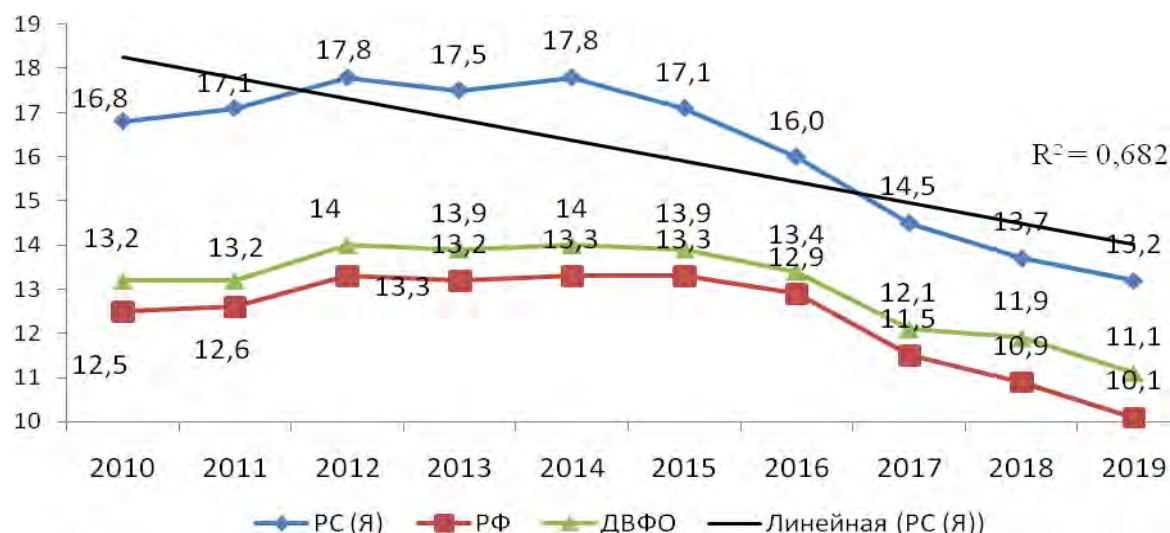


Рисунок 3 - Рождаемость в РС (Я), РФ и ДФО за 2010-2019 гг. (на 1000 населения)

За период 2010-2019 гг. число родившихся в РС (Я) за год снизилось с 16109 до 12817 человек (на 20,4%). При этом установлен рост коэффициента рождаемости до 2012 года, стабилизация и последующее снижение с 2014 года. Такие же тенденции наблюдаются в целом по РФ и ДФО. Об активности сокращения индикатора рождаемости с периода 2014-го года свидетельствует повышенное значение коэффициента аппроксимации в процессе моделирования трендов ($R^2=0,984$). В 2019-го году рождаемость в сельской местности достигла 14,4%, тогда как годом ранее она не превышала 12,6%.

Совокупный количественный состав республиканского населения по состоянию на 1-е января 2019-го года при учете результатов Всероссийской переписи, проведенной в период 2010-го года (согласно информации Территориального органа Федеральной службы государственной статистики (ТО ФСГС)), составил 967,0 тыс. человек.

Численность детей и подростков, живущих на территории РС (Я) в течение последнего десятилетия выросла с 250691 в 2010 г. до 264095 в 2019 г. Стабильность рассматриваемого процесса показывает высокий коэффициент аппроксимации, который составил 0,97 (Рисунок 4).

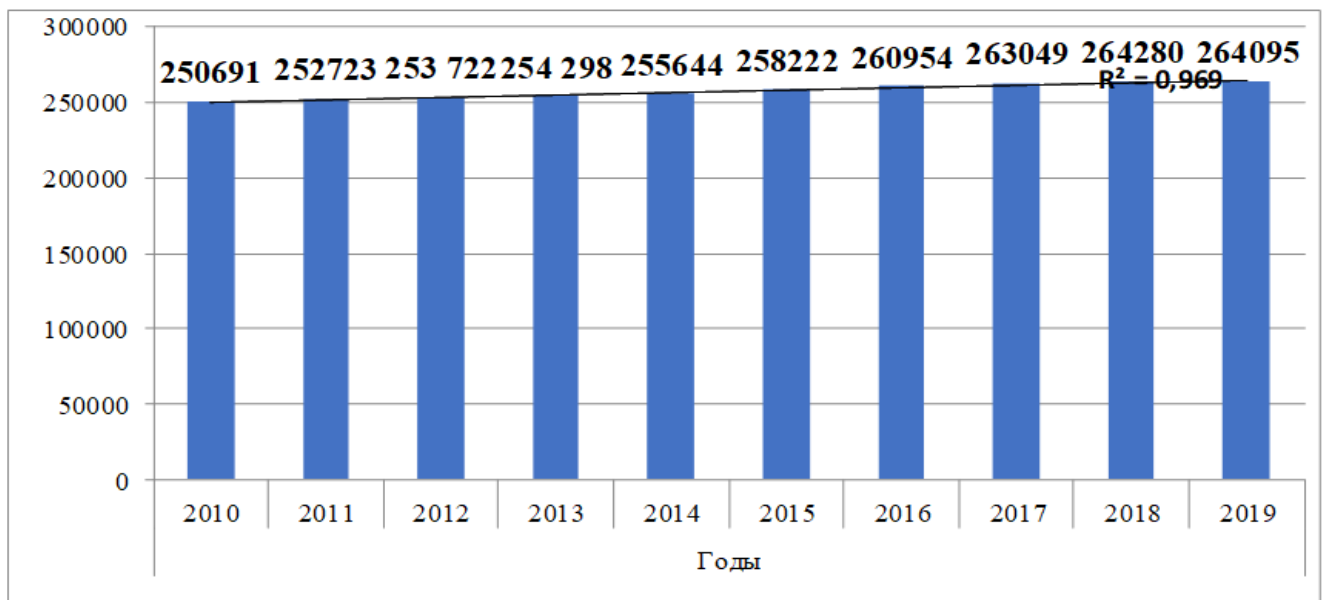


Рисунок 4 – Количественный состав проживающих на территории РС (Я) детей за период с 2010-го по 2019-й годы (согласно информации, представленной ТО ФСГС по Республике Саха, тыс. граждан).

В течение периода с 2010-го по 2019-й годы количественный состав детского населения, возраст которых лежит в пределах от 0 до 17 лет, повысился на 5,1%. Соответствующая информация отражена в содержании Таблицы 3.

Число подростков в возрасте 15-17 лет снизилось на 14,5%, детей в возрасте 0-14 лет увеличилось на 9,6%, детей до 1 года снизилось на 16,9%.

Таблица 3 - Численность детского населения различных возрастных групп в РС (Я) за 2010-2019 гг. (по данным ТО ФСГС по РС (Я) на 01 января соотв. года)

Возраст в годах	Годы								
	2010 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
0-1	15845	16327	16878	16571	16917	16270	15277	13953	13162
0-4	72788	78985	80363	81293	81946	82524	81580	78671	75269
0-14	206183	210966	214246	217092	221119	223947	226449	226891	226043
15-17	44508	42756	40052	38552	37103	37007	36600	37389	38052
Всего	250691	253 722	254298	255644	258222	260954	263049	264280	264095

Рост общего числа детей (0-14 лет) и снижение числа подростков (15-17 лет) в период с 2010 по 2019 гг. привели к изменению возрастной структуры детского населения (Рисунок 5).

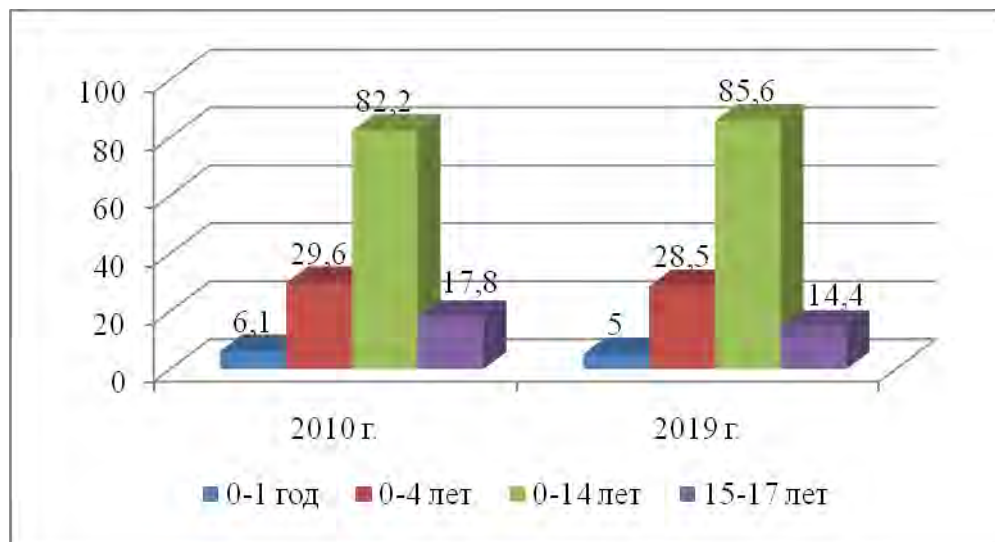


Рисунок 5 - Возрастная структура детского населения в РС (Я) за 2010 и 2019 гг. (в %)

Медико-демографическая ситуация в республике за последние десятилетия в целом отличается низкой общей смертностью, относительно высокой

рождаемостью и положительным естественным приростом населения, что также отмечено в ранее проведенных исследованиях [124, 125, 127, 128, 133-136].

В демографической ситуации РС (Я) за период 2010-2019 гг. зафиксирован рост показателей рождаемости (на 6,0%), естественного прироста (31,4%) до 2014 года, затем прогрессирующее их снижение до 2019 года (на 21,4 и 22,8% соответственно) на фоне ежегодного снижения смертности, величина которого составляет 20,4%, начиная с периода 2010-го года. Количественный состав детей и подростков от 0 до 17 лет, в течение анализируемого временного интервала вырос на 5,3%, что подтверждается статистическими данными. При этом число подростков в возрасте 15-17 лет снизилось на 14,5%, а детей в возрасте 0-14 лет увеличилось на 9,6%.

3.2. Основные показатели состояния здоровья детского населения Республики Саха (Якутия) и их социально-гигиеническая оценка

В рамках системы организации медицинской помощи предпринимаются все необходимые меры, ориентированные на укрепление и сохранение состояния здоровья детского населения. Важное значение в своевременном выявлении врожденных пороков развития, хромосомных и тяжелых обменных заболеваний, нарушений слуха имеет реализация программ скрининга: пренатального, неонатального и аудиологического. В плане регистрации орфанных заболеваний ДФО, в том числе входящая в его состав Якутия по многочисленным параметрам и эпидемиологической ситуации является неблагоприятной [118].

Массовый комбинированный скрининг беременных I триместра в сроки 11 - 13 недель 6 дней (ультразвуковой и биохимический) всех беременных женщин, проживающих на территории РС (Я) начат с 2012 года. В период с 2012 по 2019 годы наблюдалось увеличение охвата беременных женщин по введенному алгоритму проведения комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребёнка от числа поставленных на учет в течение 1-го триместра вынашивания плода до 94% в период 2019-го года, тогда как в 2012-ом

году данный показатель составлял 44,2%, следовательно, $p < 0,05$. Соответствующая информация отражена в содержании Таблицы 4.

Таблица 4 - Результаты комплексной пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в Республике Саха (Якутия) за период 2012-2019 гг.

	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Доля обследованных беременных женщин от числа, поставленных на учет в 1 триместре беременности (%)	44,2	65,8	75,3	83,2	89,7	88,2	92,0	94,0
Выявлено беременных с высоким риском (%)	2,3	2,0	1,7	1,4	1,7	1,7	1,7	2,5
Выявлено хромосомной патологии в пренатальном периоде по комбинированному скринингу (абс. ч.)	17	30	28	30	24	36	31	28
Удельный вес выявленной хромосомной патологии (%)	22,0	24,4	24,3	28,6	22,4	30,5	23,3	28,6

Выявляемость хромосомных нарушений инвазивными методами диагностики в рамках раннего пренатального скрининга стабильная с 2013 года (от 28 до 26 ежегодно), в 2019 г. составила 28,6% (2012 г. – 22,0%). Из хромосомных аномалий в пренатальном периоде ежегодно преобладал синдром Дауна (от 35,7 до 64,3%).

В динамике отмечается стабильный уровень охвата неонатальным скринингом, охват ежегодно составляет 99,8% с 2014 года (Таблица 5).

Таблица 5 - Неонатальный скрининг новорожденных в Республике Саха (Якутия) с 2010 по 2019 годы (по форме № 32)

	Численность родившихся живыми	Из них обследовано на наследственные заболевания	Всего охвачено неонатальным скринингом, %
2010	15973	15159	94,9
2011	16260	15163	93,3
2012	16924	16764	99,1
2013	16616	16546	99,6
2014	16997	16965	99,8
2015	16477	16451	99,8
2016	15507	15474	99,8
2017	13761	13735	99,8
2018	13472	13453	99,9
2019	12713	12689	99,8

По результатам исследований с 2010 по 2016 годы выявлялось от 3 до 10 новорожденных с наследственными заболеваниями, за 2017-2019 годы число заболеваний уменьшилось до 2-3 в год (Таблица 6).

Таблица 6 - Скрининг новорожденных на наследственные заболевания в РС (Я) за период 2010-2019 гг.

Показатели	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Сделано биохимических анализов (абс.) на фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, адреногенитальный синдром, галактоземию, муковисцидоз	15159	15163	15669	15037	15293	14958	15239	13710	13449	12653
Выявлено заболеваний у детей до 1 года (абс. число):										
Муковисцидоз		1	2	1	1	1	1	1	1	-
адреногенитальный синдром		1	4	1	3	-	2	-	-	2
врожденный гипотиреоз	1	1	3	3	3	2	4	-	1	-
Фенилкетонурия		1	1	1	1	-	-	-	1	-
Галактоземия			-	-	-	-	1	1	-	-
Итого выявлено	1	4	10	6	8	3	8	2	3	2

На территории республики аудиологический скрининг осуществляется медицинскими организациями, кроме того, сурдологической службой постоянно проводится его мониторинг, создана база данных детей-инвалидов с патологией органа слуха, нуждающихся в обеспечении технической средствами реабилитации.

С июня 2017 года в условиях ГАУ РС (Я) «РБ №1 – НЦМ» внедрили проведение высокотехнологичной медицинской помощи – кохлеарной имплантации внутри республики в раннем возрасте. В 2018 году данная операция была проведена 6 детям в возрасте до 3-х лет, в 2019 году – 7.

Процент охвата новорожденных аудиологическим скринингом (по данным республиканского сурдологического центра) ежегодно составлял от 97,7 до 99,7% за 2010-2019 гг. За 10 лет с 2010 по 2019 гг. было выявлено 242 ребенка с нарушением слуха (Таблица 7).

Таблица 7 - Охват аудиологическим скринингом новорожденных за период 2010-2019 гг.

	Численность родившихся живыми	Из них проведен аудиологический скрининг	Охват (%)	Выявлено детей с нарушением слуха
2010	15973	15669	98,1	23
2011	16260	15935	98,0	23
2012	16924	16656	98,4	17
2013	16616	16237	97,7	34
2014	16997	16739	98,5	12
2015	16477	16216	98,4	21
2016	15507	15239	98,3	29
2017	13761	13650	99,3	22
2018	13472	13372	99,7	29
2019	12713	12454	98,0	32

Необходимо отметить, что врожденные формы сенсоневральной тугоухости зачастую достигают тяжелой степени, являются причиной инвалидности, а абилитационно-реабилитационные мероприятия при этом часто включают проведение кохлеарной имплантации.

Первый год жизни ребенка является во многом определяющим для формирования потенциала здоровья на последующие периоды жизни [149].

При рассмотрении показателя заболеваемости детей 1-го года жизни (по форме №31) за период с 2010 года по 2019 год, наблюдался нисходящий тренд с 2010 по 2015 годы с 2321,7‰ (в РФ - 2723,0‰) до 1988,2‰ (в РФ - 2492,8‰), затем произошла резкая смена тренда (как и по РФ в целом), рост в 2016 году до 3507,4‰ за счет увеличения показателей по большинству классов болезней, в основном болезней органов дыхания, болезней глаза и его придатков, мочеполовой, костно-мышечной системы и соединительной ткани.

В 2019 году этот показатель достиг 3775,5, тогда как в общем по РФ он составляла 2738,4%, на каждую тысячу детей до 1 года, что на 89,9% превышает минимум периода 2015-го года, а также на 62,6% выше показателя периода 2010-го года. Сокращение показателей за период с 2010 по 2019 гг. было отмечено по двум категориям заболеваний: болезни крови и кроветворной системы (на 62,9%) и болезни эндокринной системы (на 32,4%).

Рост показателей заболеваемости детей первого года свидетельствует об увеличении выявляемости и доступности медицинской помощи за указанный период. Вместе с тем, ежегодно высокие показатели по таким классам болезней как заболевания органов дыхания (ориентировочно на 62,3% больше, в сравнении с периодом 2018-го года по России) способны указывать на влияние таких факторов как климато-географические особенности субъекта, тенденции неготовности современных женщин к роли матери (по данным Т.Д. Василенко [35] наблюдается у 25-33% беременных, ожидающих первого ребенка и находящихся на 3 триместре беременности, последующий эмоциональный дефицит приводит к развитию психосоматических реакций, таких как кишечные колики (53% выборки), простудные заболевания и аллергические реакции). Также, значимым фактором может являться реализуемое мероприятие в системе здравоохранения в виде ежегодной закупки и выдачи полноценного питания (сухие смеси) для детей до 3 лет жизни на территории республики как мера социальной защиты для семей с доходами ниже прожиточного минимума, что является также стимулирующим искусственное вскармливание фактором.

Общая заболеваемость детей 0-14 лет за период 2010-2019 гг. не имела больших отклонений. За период 2010-2019 гг. отмечено снижение общей заболеваемости детей 0-14 лет по 10 группам заболеваний. Вместе с тем, предельно сокращение (свыше 25%) отметились в части заболеваний ЦНС, эндокринной системы, психических расстройств, заболеваний органов пищеварения, половой и мочевыделительной систем. Высокий коэффициент аппроксимации ($R^2 \geq 0,92$) при моделировании трендов большинства групп заболеваний получен в период 2013-2017 гг.

В сравнении со средними показателями по РФ общая заболеваемость детей республики в 2018 году выше на 25,0%, а по ДФО – на 25,3%. При этом ежегодно высокие показатели были зарегистрированы по 5 классам болезней, новообразования (на 35% больше, чем по РФ), болезни нервной системы (на 35,4% соответственно), болезни органов дыхания (на 50,9% соответственно),

заболевания органов пищеварения (на 47,6% соответственно), болезни кожи и подкожной клетчатки (на 27,2% соответственно).

Показатель первичной заболеваемости детей 0-14 лет на территории РС (Я) за 2018 г. больше индикаторов по ДФО и РФ на 28% и 33,8% соответственно. При этом, сравнительно с показателями по РФ и ДФО, более высокие показатели первичной заболеваемости детей 0-14 лет ежегодно регистрировались в рамках трех классов заболеваний: болезни органов пищеварения (на 80,4% больше, чем по РФ), болезни органов дыхания (на 48,7%), новообразования (на 29,8%).

По сравнению с показателями по стране у лиц подросткового возраста, проживающих на территории РС (Я), преобладает распространение заболеваний крови (на 74,4% больше, чем по РФ 2018 г.), болезни нервной системы (на 28,1%), болезни органов дыхания (на 27,1%), болезни органов пищеварения (на 22,7%) и болезни кожи и подкожной клетчатки (на 14,4%).

Рост первичной заболеваемости подростков с 2010 по 2019 г. составил 12,0%, в сравнении с показателями по РФ и ДФО в 2018 году данный показатель был ненамного выше (на 8,9% и 6,8% соответственно), в наибольшей степени по следующим классам: болезни крови и кроветворных органов (на 40% больше чем по РФ); болезней органов дыхания (на 27,6%) и пищеварения (на 39,9%).

Таким образом, при изучении уровня заболеваемости по обращаемости в медицинские организации детей и подростков в Республике Саха (Якутия) в период с 2010 по 2019 гг. отмечено увеличение показателей по большинству из классов болезней в возрастных группах 0-1 год и 15-17 лет, что может свидетельствовать об увеличении выявляемости и повышении доступности медицинской помощи за указанный период. Однако значительное превышение показателей в сравнении с РФ и ДФО по болезням органов дыхания и пищеварения во всех возрастных группах, крови и кроветворных органов (анемии), нервной системы у подростков может являться определенной региональной особенностью, связанной с экстремальными климато-географическими, экологическими факторами. При рассмотрении показателей заболеваемости в разрезе районов, в том числе при ранее проведенных научных

исследованиях (М.И Самсонова, Т.Е. Бурцева [112]) была отмечена значительная неоднородность, имелись как более высокие показатели так и более низкие показатели всех групп районов (улусов), как Арктических, так и других вне определенной зависимости от транспортной доступности подразделений.

Детская инвалидность. По данным на 01.01.2019 г. в РС (Я) зарегистрировано 6195 детей-инвалидов в возрасте от 0 до 17 лет (Таблица 8).

Таблица 8 - Численность населения в РФ, ДФО и РС (Я) в возрастной группе от 0 до 17 лет, а также детей-инвалидов в возрасте 0-17 лет за 2010-2019 гг.

(по данным ТО ФСГС), человек

	2010 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.*
РФ	26111,2	26517,5	26914,3	27374,4	28358,0	29014,5	29574,0	29980,7	30215,4
из них детей-инв., тыс. чел	495,3	560,4	567,8	579,6	604,85	616,9	636,0	651,0	670,0
Показатель на 100	1,90	2,11	2,11	2,11	2,13	2,13	2,15	2,17	2,22
ДФО	н/д	1 244,6	1 254,7	1 267,6	1 286,4	1 308,8	1 327,6	1 341,7	1 880,6
из них детей-инв. тыс. чел.	н/д	24,0	24,4	24,8	25,1	25,4	25,2	25,6	37,0
Показатель на 100	н/д	1,93	1,94	1,96	1,95	1,94	1,89	1,91	1,97
РС (Я)	252,5	253,1	254,3	250,7	258,2	260,9	263,0	264,3	264,1
из них детей-инв. тыс. чел	6166	6153	6145	6190	6227	6247	5993	5996	6195
Показатель на 100	2,44	2,43	2,42	2,47	2,41	2,39	2,28	2,27	2,35

* с учетом присоединившихся Республики Бурятия и Забайкальского края.

Показатель детской инвалидности в РС (Я) по данным за 2019 год на 5,8% выше, чем в среднем по РФ и на 19,2% выше Дальневосточного федерального округа и равен ежегодно 2,3-2,4%, что близко к базовому показателю инвалидности, принятому Европейской академией по изучению проблем детской инвалидности, который согласуется с точкой зрения, что врожденные аномалии и другие функциональные расстройства являются нормальным проявлением человеческого разнообразия.

С 2010 по 2019 годы совокупное количество медицинских освидетельствований несовершеннолетних лиц, в сравнении с прошлыми периодами, сокращается. Соответствующая информация отображена в

содержании Таблицы 9. При этом число детей, освидетельствованных впервые, не имело больших колебаний и составляло от 1036 до 1141 с 2012 по 2019 гг.

Таблица 9 - Проведенные освидетельствования в бюро Медико-социальной экспертизы по РС (Я) детей в возрасте от 0 до 17 лет за 2010-2019 гг.

Годы	Освидетельствовано детей всего (абс. ч)	Первично освидетельствованные (абс. ч)	Повторно освидетельствованные (абс. ч)
2010	4671	868	3803
2012	5155	1036	4119
2014	4651	1090	3561
2017	4415	1107	3308
2018	4348	1141	3207
2019	4123	1068	3055

В 2019 году 3 первые позиции заняли поведенческие нарушения и расстройства психики, врожденные патологии развития и болезни ЦНС.

За период с 2010 по 2019 гг., выявлено изменение в сторону снижения удельного веса по всем классам болезней, кроме класса «болезни нервной системы», где отмечается значительный рост с 2012 года (на 90,5%).

Также преимущественно с 2012 года в возрастной группе от 0 до 3 лет было зафиксировано существенное увеличение показателя первичной инвалидности в двух классах болезней: заболевания системы кровообращения и болезни нервной системы (втрое), болезни глаза и его придаточного аппарата (на 57,7%), новообразования (на 71,1%). Вместе с тем, в возрастной группе до 1 года отмечено снижение уровня первичной инвалидности от врожденных аномалий (пороков развития) при относительно стабильных уровнях в возрастной группе от 0 до 3 лет.

В структуре инвалидности среди детей в ДФО и по всей стране первую позицию в перечне факторов, которые детерминировали появление инвалидности у лиц подросткового и детского возраста, заняли психические расстройства. Далее позиции заняли патологии ЦНС и врожденные патологии развития, хромосомные нарушения и деформации (Таблица 10).

Таблица 10 - Основные группы заболеваний (по МКБ-10), обусловивших возникновение инвалидности у детей и подростков от 0 до 17 лет в РФ, ДФО и РС (Я) за 2010-2019 гг., в %

По МКБ-10	РФ			ДФО			РС (Я)		
	F	G	Q	F	G	Q	F	G	Q
2010	25,57	22,77	19,98	25,79	24,04	21,29	12,44	26,35	27,23
2012	25,05	22,69	18,95	26,90	23,48	21,06	13,47	26,57	25,86
2014	25,08	23,25	18,72	27,61	24,71	19,97	16,11	28,18	24,85
2015	25,77	23,86	17,66	30,12	25,63	18,05	17,88	30,73	22,07
2016	26,22	24,16	17,11	30,92	25,08	17,04	18,41	34,42	19,41
2017	26,50	24,27	16,71	30,61	25,96	16,15	19,56	36,49	16,26
2018	26,94	24,35	16,30	30,93	26,15	15,52	20,29	38,55	15,37
2019	27,36	24,15	16,03	31,81	25,99	15,39	22,55	39,62	13,95

F (психические расстройства и расстройства поведения)

G (болезни нервной системы)

Q (врожденные аномалии (пороки развития))

На территории РС (Я) отмечается высокий удельный вес болезней нервной системы, как причины инвалидности у детей и подростков и более низкий при психических расстройствах. Удельный вес врожденных аномалий, хромосомных нарушений и деформаций стал ниже, чем по ДФО и РФ с 2018 года.

Несмотря на ежегодное снижение врожденных аномалий (пороков развития), заболеваний органов дыхания, костно-мышечной системы, системы кровообращения, как причин установления инвалидности у детей и подростков в Республике Саха (Якутия), наблюдается ежегодный рост доли заболеваний нервной системы, психических расстройств и расстройств поведения.

Рост показателей первичной инвалидности у детей в последние годы требует продолжения мероприятий, направленных на снижение их уровня [126].

При условии своевременного выявления, профилактики, рационального лечения и реабилитации пациентов, снижение уровня инвалидности представляется возможным. Все это актуализирует постановку задачи для дальнейшего расширения и совершенствования службы реабилитации в РС (Я). Высокие показатели детской инвалидности в регионе обуславливают увеличение потребности в реабилитационной помощи.

Выхаживание новорожденных с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) и очень низкой массой тела (ОНМТ).

За период с 2012 г. по 2019 г. минимальные показатели выживаемости наблюдались в 2013 году и составили 74,2% с массой тела 500-1499 г, 55,6% с массой тела 500-999 г и 84,4% с массой тела 1000-1499 г. Вместе с тем, за данный период наблюдается существенный рост показателей выживаемости детей всего с ОНМТ и ЭНМТ на 29,8% с 74,2 до 96,3 промилле (Таблица 11). Выживаемость младенцев с весом от 500 до 999 г – индикатор увеличился до 90,7%. Объем прироста составил 63,2% (величина прежнего индикатора – 55,6%). Уровень выживаемости детей с ОНМТ (от 1000 до 1499 г) увеличился до 98,3%, прирост составил 16,5% (величина прежнего показателя составляла 84,4%).

Таблица 11 - Выживаемость детей РС (Я) с ОНМТ и ЭНМТ (на 100 родившихся живыми с ОНМТ и ЭНМТ)

	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Доля (в %) выживших детей с ОНМТ и ЭНМТ	79,9	74,2	84,8	88,6	87,4	94,6	92,0	96,3
Доля (в %) выживших с ЭНМТ	57,7	55,6	75,4	81,4	80,4	94,4	83,7	90,7
Доля (в %) выживших с ОНМТ	91,2	84,4	90,8	91,8	91,6	94,7	95,0	98,3

В структуре заболеваемости детей до 1 года, каждый год первую позицию занимают органы респираторной системы (в период 2019-го года величина индикатора составила 57,7%, в период 2018-го года – 58,2%, в период 2015-го года – 49,5%). Вторую позицию заняли обособленные состояния, отмечающиеся в течение периода перинатального типа (в период 2019-го года величина данного показателя составила 8,5%, в период 2015-го – 14,1%, в период 2017-го – 7,6%). Третью позицию занимают заболевания ЦНС и заболевания органов ЖКТ (в течение периода 2019-го года величина индикатора составляет 7,8%, в период 2012-го года – 10,7%, в период 2015-го года – 7,3%). Исключение составили 2016 и 2017 годы, когда на 3-м месте были болезни органов пищеварения.

В условиях сложившейся неблагоприятной ситуации по уровню рождаемости в целом по РФ особенно пристальное внимание необходимо уделять сохранению жизни и здоровья каждого новорожденного.

Показатель младенческой смертности в период с 2010 г. по 2019 г. снизился

на 34,7% с 7,2 до 4,7 на 1000 родившихся живыми (Рисунок 6).

В связи со вступившими с 2012 года изменениями критериев живорождения максимальное снижение с пиков 2012 года составило 51% в РС (Я), 43% в РФ и 47,7% в ДФО. В связи с необходимостью рассмотрения единых требований далее будет рассматриваться период с 2012 по 2019 гг.

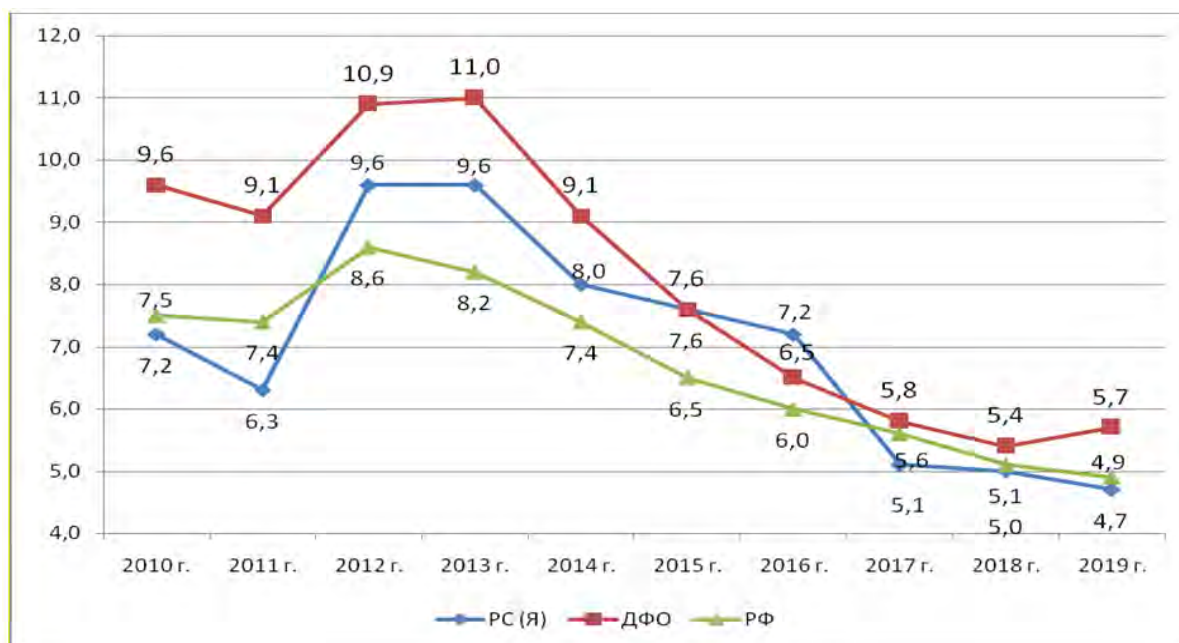


Рисунок 6 - Младенческая смертность в сравнении с РФ и ДФО в 2010-2019 гг. (на 1000 родившихся живыми)

Показатель младенческой смертности за 2019 год в сравнении с 2012 годом сократился на 60,7% в сельской местности и на 45,5% в городской (Таблица 12).

Таблица 12 - Показатель младенческой смертности в РС (Я) в 2010-2019 гг. (по данным ТО ФСГС по РС (Я) на 1000 родившихся живыми)

	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Республика Саха (Якутия), в т.ч.	7,2	6,3	9,6	9,6	8,0	7,6	7,2	5,1	5,0	4,7
в городской местности	5,5	6,0	8,8	10,8	9,2	7,5	7,3	4,6	5,1	4,9
в сельской местности	10,2	6,7	10,7	7,9	6,5	7,7	7,1	5,9	4,7	4,3

В структуре младенческой смертности первую позицию каждый год имеют состояния характерные для перинатального периода, их удельный вес составил

42,4%. Вторую позицию занимают врожденные патологии с удельным весом в 20,3%. Третью позицию занимают заболевания органов дыхания с удельным весом в 16,9%.

В течение периода 2019-го года, в сравнении с периодом 2010-го года, зафиксировано сокращение числа летальных исходов новорожденных в неонатальном и постнеонатальном периоде (Таблица 13).

Таблица 13 - Динамика изменения компонентов младенческой смертности в РС (Я) за период 2010-2019 гг. (по данным МО на 1000 родившихся живыми)

Годы	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Темп роста/убыли 2010/2019	РФ, 2017 г.
Ранняя неонатальная	3,16	3,11	4,55	4,31	3,41	3,24	2,48	1,14	1,67	1,63	-48,4	1,94
Темп роста / убыли		-1,6	+46,3	-5,3	-20,9	-5,0	-23,5	-54,0	+46,5	-2,4		
Неонатальная	3,79	3,96	6,29	6,29	5,70	4,77	4,17	2,50	2,88	2,34	-38,3	3,2
Темп роста / убыли		+4,6	+58,8	0	-9,3	-16,3	-12,6	-40,0	+15,2	-18,7		
Постнеонатальная	3,60	2,56	3,59	3,83	2,94	3,24	3,13	2,64	2,58	2,34	-35,0	
Темп роста / убыли		-28,9	+40,1	+6,8	-23,3	+10,3	-3,6	-15,4	-2,5	-9,2		

Снижение ранней неонатальной смертности (до 7 суток) произошло преимущественно с 2012 по 2017 гг. - в 4 раза с 4,55 до 1,14 промилле, затем последовал рост в 2018 и 2019 гг. При проведении оценки уровня компонентов, составляющих младенческую смертность, выявлена нестабильная динамика. В РС (Я) также, как и по РФ в целом наблюдается новая черта динамики в виде превышения уровня постнеонатальной смертности над уровнем неонатальной (в РФ с 2014 года) с 2016 года, что отражается преобладанием в структуре смертности социальных предикторов (высокой доли смертей на дому - 55,2% в 2010 г., 41,2% в 2018 г., а также от внешних и неустановленных причин).

Доля умерших детей в первые 6 суток после рождения в структуре умерших детей в перинатальном периоде уменьшилась с 49,4% в 2012 г. до 18% в 2019 г.

За период с 2010-2019 гг. смертность детей 0-17 лет, по данным медицинских организаций сократилась на 48,1%, достигнув величины в 6

продецимиле. При этом за 2010 г. соответствующая величина составила 10,6 (Рисунок 7).

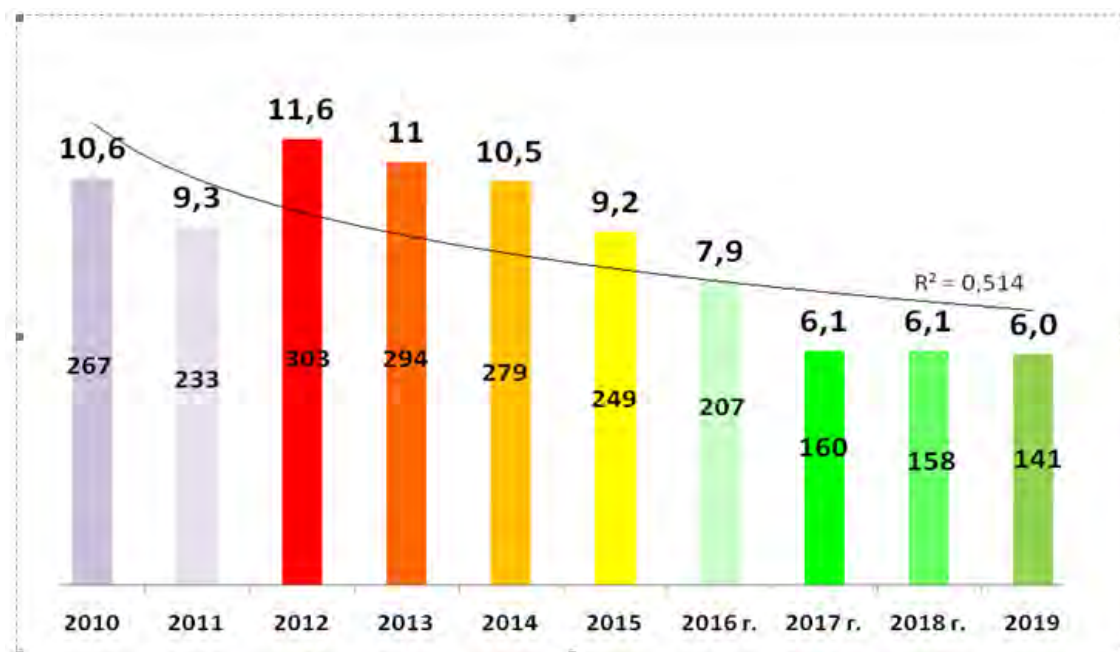


Рисунок 7 - Показатель детской смертности в РС (Я) 0-17 лет в 2010-2019 г. (в абс. числе и на 10 000 детского населения)

Смертность среди подростков 15-17 лет в РС (Я) за период 2010-2019 гг. снизилась на 35,1% и составила в 2019 году 7,4‰ – 28 чел. (в 2010 г. 11,4‰ – 52 чел.). Во всей совокупности причин летальных исходов в рассматриваемой возрастной категории за период 2019-го года 92,8% (в 2010 г. - 90,4%) – это несчастные случаи (травмы и отравления), по 3,6% болезни органов дыхания и кровообращения. Отмечена ежегодно высокая доля суицидов среди внешних причин смертности у подростков, в 2019 г. она составила 67,8% (19 подростков).

Профилактические медицинские осмотры детей до 1 года. Охват профилактическими осмотрами детей до 1 года ежегодно составлял более 98% от подлежащих, при этом наблюдается неполное прохождение всеми требуемыми специалистами. Данное явление характерно для территорий с низкой плотностью населения, когда в населенном пункте не имеются все специалисты, требуемые для проведения полного медицинского осмотра в декретированные сроки (Таблица 14).

Таблица 14 - Профилактические медицинские осмотры детям первого года жизни в РС (Я) за период с 2012 по 2019 годы

	2012 г.	2014 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Всего детей до 1 года (ТО ФСГС)	16327	16571	16270	15277	13953	13162
Охват осмотром (абс. число)	14867	15066	13104	12480	11934	11647
Доля осмотренных (%)	98,4	98,9	98,7	99,5	99,5	99,0
Доля прошедших полную схему	91,1	90,9	80,5	81,7	85,5	88,5

3.3. Медицинские организации Республики Саха (Якутия)

По состоянию на 01 января 2020 года в республиканской системе здравоохранения имелось 72 государственные медицинские организации. В 2019-м году сеть учреждений состояла из 552 структурных подразделений, включая 201 стационарных, 38 диспансеров, 81 поликлиника, 1 стоматологию, 1 станцию скорой медпомощи, 1 станцию переливания крови, 78 врачебных амбулаторий (ВА), 188 фельдшерско-акушерских пункта (ФАП), 19 фельдшерских пунктов (ФП), республиканского центра медицины катастроф, центра «Резерв», Якутского республиканского медицинского информационно-аналитического центра (ЯРМИАЦ), 1 бюро судебно-медицинской экспертизы, 2 центра (Центр медицинский профилактики и СПИД).

Больничные организации включали 4 республиканские больницы, 1 центр лечебной физкультуры и спортивной медицины, 34 центральные районные (улусные) больницы, 141 участковую больницы. Так же туда относятся 1 детская городская больница, 1 детская инфекционная клиническая больница, 15 городских больниц, 1 Научно-практический центр Фтизиатрии, 2 фтизитарических подразделения, республиканская офтальмологическая больница. Совокупность диспансеров включает в себя: 4 психоневрологических, 3 наркологических, 1 онкологический, 3 кожно-венерологических, 27 противотуберкулезных подразделения.

За период с 2010 по 2019 гг. число детских амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений не претерпело больших изменений: число подразделений детской амбулаторной службы осталось на том же уровне, с 2018

года введен Перинатальный центр (куда были распределены силы и средства родильного дома г. Якутска).

В процессе преобразования и изменения структуры сети республиканских медучреждений, предоставляющих медпомощь детскому населению, не было идентифицировано никакого уменьшения их количественного состава. Исключением не стали и медучреждения, которые расположены в местности сельского типа. Кроме того, не было зафиксировано значительного расширения и совершенствования материально-технической базы специализированных и многопрофильных стационаров.

Анализ технического состояния зданий установил, что по состоянию на 31.12.2019 по данным статистической отчетности формы №30 «Сведения о медицинской организации» количество зданий медицинских организаций, в составе которых имеются детские поликлиники (подразделения, отделы, отделения) составило 1124 единицы, из них 518 находится в приспособленных помещениях или 46,1%, 307 требуют капитального ремонта или 27,3%, 159 находятся в аварийном состоянии, требует сноса или 14,1%.

Рассмотрен коэффициент обновления медицинского оборудования, который отражает удельный вес нового технологического оснащения медицинским оборудованием в его совокупности, зафиксировано предельное сокращение в рамках временного интервала с 2012 (0,21) по 2018 годы (0,03) при норме в 0,12.

В 2014 году отмечено высокое финансирование приобретения медицинского оборудования за счет субсидий из федерального бюджета. За 2015-2017 годы сохраняется финансирование на приблизительно одинаковом уровне. Начиная с 2016 года, увеличивается финансирование за счет средств ОМС в связи с выходом постановления Правительства РФ № 332 от 21.04.2016 г. и начала использования средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования. Вместе с тем, с 2014 года наблюдается значительное снижение коэффициента обновления медицинского оборудования, а также увеличение уровня износа медицинского оборудования (с 53% в 2012 году до 78% на 01.01.2019 г.).

3.4. Коечный фонд и кадровый состав педиатрической службы Республики Саха (Якутия)

При рассмотрении обеспеченности койками круглосуточного пребывания детского населения РС (Я) за период с 2011 по 2019 гг. выявлено ощутимое снижение показателя в 2015 и 2016 годах, однако больших колебаний не происходило (Таблица 15).

За указанный период обеспеченность койками круглосуточного пребывания детского населения в РС (Я) (на 10 000 детского населения) снизилась на 4,4%.

Таблица 15 - Обеспеченность койками круглосуточного пребывания для детского населения в РС (Я) (на 10 тыс. детского населения)

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2019/2011 темп прироста (снижения), в %
Показатель на 10 тыс. детского населения	59,2	58,5	60,5	59,9	56,1	52,4	52,5	53,8	54,2	-4,35

Количественный состав круглосуточных коек уменьшился в 2019 г. по сравнению с 2010 г. на 9,1% с 1554 до 1412. При этом число соматических коек и коек терапевтического профиля снизилось на 17,2 и 14,2% соответственно, а хирургических выросло на 13,3% (Таблица 16).

При рассмотрении обеспеченности педиатрическими койками в муниципальных образованиях по РС (Я) за период с 2010 по 2018 годы наиболее высокие показатели имели Арктические районы, наименьшая обеспеченность выявлена в сельской группе районов и г. Якутске. В динамике общее снижение обеспеченности педиатрическими койками составило 20,2% с 2010 по 2018 годы.

При этом за период с 2012 по 2015 гг. отмечен рост общего показателя среднегодовой занятости коек на 15,5%, а затем снижение до 2019 года на 20,6%, при этом установлено, что колебания происходили преимущественно за счет педиатрических соматических коек.

Таблица 16 - Количество коек педиатрического профиля в РС (Я) за период с 2010 по 2019 гг.

Профиль коек	Годы							2019/ 2010 темп прироста (сниж-я) в %
	2010	2012	2014	2015	2016	2018	2019	
Педиатрические койки	855	827	803	740	675	719	708	-17,2
в т.ч. койки патологии новорожденных и недоношенных	151	151	141	136	134	167	165	+9,3
из них для новорожденных	36	36	23	15	28	20	19	-47,2
Всего терапевтического профиля для детей	429	391	392	381	371	368	368	-14,2
Инфекционные койки	232	194	193	179	172	171	171	-26,3
Психиатрические койки	65	65	70	70	70	70	21	-67,7
Неврологические койки	30	30	30	30	30	30	79	+163,3
Кардиоревматологические койки	20	20	20	20	20	20	20	0
Гастроэнтеологические койки	20	20	17	20	17	10	10	-50,0
Нефрологические койки	20	20	20	20	20	20	20	0
Пульмонологические койки	20	20	20	20	20	20	20	0
Эндокринологические койки	17	17	17	17	17	17	17	0
Диагностические койки	5	5	5	5	5	10	10	+100,0
Хирургического профиля для детей	165	180	175	188	175	169	187	+13,3
Хирургические койки	20	20	20	21	20	24	24	+20,0
Гнойные хирургические койки	20	20	20	20	20	20	20	0
Нейрохирургические койки	15	15	15	15	15	15	15	0
Офтальмологические койки	5	5	5	5	5	5	5	0
Травматологические койки	30	30	30	30	30	30	30	0
Урологические койки	20	20	20	20	20	20	20	0
Онкологические койки	20	25	25	25	25	25	25	+25,0
Отоларингологические койки	25	35	20	32	20	10	28	+12,0
Стоматологические койки	10	10	10	10	10	0	0	0,0
Челюстно-лицевой хирургии	0	0	0	0	0	10	10	-
Сердечнососудистой хирургии	0	0	10	10	10	10	10	-
Специализированные	105	140	156	166	167	159	159	+51,4
Реанимационные	0	9	16	16	16	14	14	+55,5
Реабилитационные для детей	0	55	55	55	55	50	50	-9,1
Туберкулезные койки	105	85	85	85	85	85	85	-19,1
Паллиативные для детей	0	0	0	10	11	10	10	-
Всего коек педиатрического профиля	1554	1482	1532	1449	1367	1422	1412	-9,1
Среднегодовая занятость коек педиатрического профиля	316	303	323	350	324	303	278	-12%

При рассмотрении кадрового состава специалистов педиатрического профиля в Республике Саха (Якутия) было выявлено, что на 1 января 2019 г. в РС (Я) обеспеченность на 10 тыс. населения составила: врачами 51,5, средним медицинским персоналом – 115,6 (В РФ за 2018 г. 37,4 и 86,2 соответственно). Данные показатели были выше аналогичных по РФ и ДФО ежегодно с 2010 года и обусловлены обширными территориями, большим количеством труднодоступных и удаленных населенных пунктов.

По отчетным данным Минздрава РС (Я), обеспеченность медицинскими работниками, оказывающими первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), выросла в динамике за три последних года на 49,7% с 88,0 до 131,8 на 10 000 населения. В 2019 г. по сравнению с 2012 г. обеспеченность медицинскими работниками, оказывающими специализированную ПМСП, также увеличилась: с 71,7 до 119,6 на 10 000 населения, или на 66,8%. Также отмечается рост обеспеченности медработниками, оказывающими ПМСП в амбулаторных условиях, на 18,3%: с 50,2 до 59,4 на 10 000 населения (Таблица 17).

За период с 2010 по 2018 годы в Республике Саха (Якутия) врачи педиатрического профиля составляли от 390 до 454 физических лиц, численный состав специалистов-педиатров по участкам (участковых) варьировался в пределах 238-271 лиц, неонатологов – от 49 до 57 лиц.

Таблица 17 - Обеспеченность медицинскими работниками в РС (Я) за период 2012-2018 гг. (на 10 000 населения)

Наименование	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Обеспеченность мед. работниками, оказывающими ПМСП, всего	88,0	88,4	102,4	100,6	99,4	129,0	131,7	131,8
в т.ч. мед. работниками, оказывающими специализированную ПМСП	71,7	64,3	83,2	81,2	80,2	108,3	119,2	119,6
Обеспеченность мед. работниками, оказывающими ПМСП в амбулаторных условиях	50,2	51,2	53,3	53,2	52,6	59,1	59,4	59,4

В процессе анализа структуры врачей педиатрического профиля отмечена наибольший удельный вес врачей педиатров (в 2018 г. - 59,9%, в 2010 г. – 63,8%).

далее неонатологов (в 2018 г. 23,8%), стоматологов детских (в 2018 г. - 10,4%), эндокринологов детских (в 2018 г. - 2,7%). С 2012-го года зафиксировано ежегодное повышение обеспеченности средним медицинским персоналом (Таблица 18).

Таблица 18 - Обеспеченность медицинскими работниками педиатрического профиля в Республике Саха (Якутия) (на 10 000 детского населения)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Специалисты педиатрического профиля – всего	16,6	16,0	15,5	14,9	17,1	16,7	16,3	17,0	17,2
в т.ч. педиатры участковые	10,6	10,0	9,6	9,4	10,3	10,1	9,7	10,0	10,3
неонатологи*	35,9	33,9	33,2	29,0	32,0	26,6	30,7	32,1	40,9
стоматологи детские	1,0	1,1	1,2	1,1	1,6	1,5	1,7	1,7	1,8
эндокринологи детские	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
медсестры врачей-педиатров участковых	8,8	8,5	8,6	9,4	10,2	10,3	10,3	10,6	10,4

* на 10 000 детей соответствующего возраста

Показатели, отражающие фактический уровень укомплектованности кадровыми ресурсами педиатрического профиля на территории РФ имеют достаточную и устойчивую величину по каждой существующей специализации. Уровень укомплектованности врачами педиатрами участковыми и врачами-педиатрами в 2010 г. составил 82,5%. В течение рассматриваемого временного интервала степень укомплектованность педиатрами повысилась на 6,2%, детскими эндокринологами – на 20,6% и детскими стоматологами – на 39,6%.

За период 2010-2018 гг. в среднем по Республике Саха (Якутия) обеспеченность участковыми врачами педиатрического профиля существенно не изменилась (снижение на 2,8%). При рассмотрении данного показателя в разрезе районов республики за 2010-2018 гг. было установлено как значительное превышение, так и снижение обеспеченности участковыми врачами педиатрического профиля (Таблица 19).

Таблица 19 – Показатель обеспеченности врачами-педиатрами участковыми (на 10 000 населения в возрасте 0-17 лет) в разрезе районов РС (Я) и динамика прироста (снижения) численности детей (0-14 лет) и подростков (15-17 лет)

Улусы/Районы РС (Я)	2010 г.	2018 г.	2018/2010 темп прироста (снижения) обеспеченности врачами-педиатрами, %	2018/2010 темп прироста (снижения) числа детей 0-14 лет, %	2018/2010 темп прироста (снижения) числа детей 15-17 лет, %
Абыйский	7,8	8,67	+11,1	2,9	-11,3
Алданский	11,8	13,26	+12,4	-11,0	-33,4
Аллаиховский	22,5	24,27	+7,9	12,6	10,5
Амгинский	5,7	5,36	-6,0	6,3	-22,7
Анабарский	8,9	8,10	-9,0	-3,4	-7,8
Булунский	20,8	13,15	-36,8	-5,9	-4,5
Верхневилуйский	5,9	6,91	+17,1	0,2	-20,3
Верхнеколымский	9,1	10,57	+16,1	-6,6	-36,4
Верхоянский	7,6	8,49	+11,7	8,0	-11,6
Вилуйский	6,4	6,20	-3,2	9,5	-20,7
Горный	8,4	7,43	-11,6	21,3	-46,4
Жиганский	7,8	14,29	+83,2	32,0	-16,6
Кобяйский	10,0	10,46	+4,6	1,8	-28,4
Ленский	12,1	8,69	-28,2	-2,0	-23,3
Мегино-Кангаласский	15,6	8,83	-45,4	7,2	-27,8
Мирнинский	13,4	13,58	+1,3	7,2	-16,1
Момский	19,5	13,54	-30,6	2,0	-19,8
Намский	7,7	10,09	+31,0	8,7	-21,1
Нерюнгринский	13,2	10,75	-18,6	-12,7	-11,5
Нижнеколымский	15,8	7,52	-52,4	20,5	3,3
Нюрбинский	9,6	8,71	-9,3	9,4	-21,3
Оймяконский	13,9	14,90	+7,2	12,0	-17,9
Олекминский	5,9	6,12	+3,7	-2,1	-31,7
Оленекский	7,4	7,05	-4,7	12,4	-34,9
Среднеколымский	7,9	8,30	+5,1	11,1	-22,7
Сунтарский	8,8	8,72	-8,9	0,9	-30,1
Таттинский	9,5	7,64	-19,6	5,6	-31,5
Томпонский	11,7	11,92	+1,9	-3,0	-31,1
Усть-Алданский	7,3	8,72	+20,4	3,4	-18,4
Усть-Майский	20,9	16,10	-23	9,1	-21,2
Усть-Янский	19,8	19,52	-1,4	21,2	-2,5
Хангаласский	8,5	9,20	+8,2	1,3	-39,3
Чурапчинский	10,4	8,35	-19,7	6,5	-17,7
Эвено-Бытантайский	11,7	11,04	-5,6	4,8	-10,9
г. Якутск	10,2	11,15	+9,3	29,9	8,2
ВСЕГО ПО РС (Я)	10,6	10,3	-2,8	10,0	-16,0

Наиболее высокие показатели обеспеченности врачами-педиатрами участковыми в 2018 году были отмечены на территории некоторых районов/улусов, относящихся к Арктической группе (24,27), а наиболее малые выявлены на территории Олекминского и Амгинского районов – 6,12 и 5,36 соответственно.

Установлено, что более половины муниципальных образований РС (Я) в период 2010-2018 гг. имело показатель обеспеченности врачами-педиатрами участковыми ниже средней по РС (Я), а колебания темпа прироста/снижения составили от -52,4% до + 83,2%.

Эта неоднородность обусловлена развернутыми подразделениями медицинских организаций (районы с низкими показателями имеют большое число сел с фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами), разностью в укомплектованности врачами педиатрами участковыми и изменением численности детского населения (в разных районах республики темп прироста/снижения детского населения 0-14 лет в период с 2010 по 2018 гг. составил от - 12,7% до +32,0%).

При рассмотрении показателя посещений детьми от 0-17 лет на 1 педиатра в год за период с 2010 по 2019 гг. существенных изменений не выявлено, в 2019 году он составил 3 279 (темп прироста 6,2%).

Учитывая особенности Республики Саха (Якутия) (из 582 сельских населенных пунктов 185 являются отдаленными и труднодоступными согласно Закону РС (Я)¹) в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах, имеющих участковые больницы и врачебные амбулатории, установлено наличие отдельных штатных единиц врача-педиатра участкового намного ниже от требуемого числа прикрепленного детского населения. Данное обстоятельство согласуется с утвержденным Порядком оказания педиатрической помощи по превышению рекомендуемых штатных нормативов в районах с низкой плотностью населения и

¹ Закон Республики Саха (Якутия) от 4 октября 2002 года № 47-3 №429-П "О перечне труднодоступных и отдаленных местностей в Республике Саха (Якутия)

ограниченной транспортной доступностью и несет за собой определенную необходимость.

Анализ соответствия штатных единиц врачей-специалистов фактическим в соответствии с утвержденными Минздравом России порядками показал, что в 2019 году имелся дефицит по следующим видам специальностей: детский стоматолог 40,9 шт. ед. при нормативном 129,5 (38%), уролог-андролог 9,75 шт. ед. при нормативном 13,25 (73,8%), врач-эндокринолог детский 12 шт. ед. при нормативном 22 (54,5%). Близкие к этим цифрам данные имелись за весь период наблюдения с 2010 года. На основании полученных данных, можно сделать заключение, что особенно остро стоит вопрос по указанным специалистам в большинстве муниципальных образований республики, поскольку они имеются только в нескольких крупных населенных пунктах из 676.

Доступность оказания квалифицированной помощи по данным специальностям очень низкая, при этом стоит отметить что все они входят в утвержденные за наблюдаемый период принципы осуществления и организации медосмотров и процесса диспансеризации детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, то есть каждый ребенок должен иметь возможность пройти этих специалистов в декретированные сроки. Организация таких осмотров проводится с помощью такого механизма как вылет специализированных врачебных бригад, снабжаемых финансовыми ресурсами по соответствующей госпрограмме.

Резюме. Таким образом, состояние здоровья детского населения в РС (Я) характеризуется следующими особенностями:

- ежегодно высоких показателях общей и первичной заболеваемости у детей во всех возрастных группах (выше чем в среднем по РФ в 2018 году на 25,0% и на 33,6% соответственно, за счет значительного увеличения (свыше 40%) в части таких категорий заболеваний, как заболевания органов респираторной системы, болезни органов пищеварения и болезни нервной системы, заболевания органов кроветворной системы и крови у лиц подросткового возраста), существенная разнородность данных показателей в разрезе групп районов (улусов), как

Арктических, так и других вне определенной зависимости от транспортной доступности подразделений;

- стабилизацией общих показателей инвалидности с изменением ее структуры (рост заболеваний нервной системы);

- ежегодным снижением показателя младенческой смертности и их компонентов, при достижении в 2019 году 4,7 промилле, что ниже на 17,5% чем по ДФО и на 4,0% чем по РФ;

- превышения уровня постнеонатальной смертности над уровнем неонатальной (в РФ с 2014 года) с 2016 года, что отражается преобладанием в структуре смертности социальных предикторов (высокой доли смертей на дому - 55,2% в 2010 г., 41,2% в 2018 г., а также от внешних и неустановленных причин), снижение смертности подростков (на 35,1% за период 2010-2019 гг.) при ежегодно высоких показателях несчастных случаев, травм и отравлений в структуре причин смерти (92,8% в 2019 г., 90,4% в 2010 г.), а также ежегодно высокая доля суицидов среди внешних причин смертности у подростков (в 2019 г. она составила 67,8%), эти факты могут служить основанием для рассмотрения вопроса эффективности медико-социальной помощи семьям;

В части достижения индикаторов по демографии, утвержденных Стратегиями (Стратегия социально-экономического развития РС (Я) до 2030 г. с определением основных направлений до 2050 г., одобренной постановлением Правительства РС (Я) № 455 от 26.12.2016 г. и Стратегия социально-экономического развития РС (Я) до 2032 г. с целевым видением до 2050 г., принятой Законом РС (Я) № 45-VI от 19.12.2018 г.) к 2024 году, была отмечена их достижимость при условии дальнейшего сохранения темпов снижения общей и младенческой смертности населения [136]. При этом сохранение темпов снижения младенческой смертности (до 4,5 к 2024 году) во многом будет зависеть от предпринимаемых организационно-программных мер, ориентированных на совершенствование предоставления медпомощи детскому населению.

Сама по себе среда предоставления медпомощи на территории РС (Я) характеризуется существенными расстояниями, определенными ограничениями в

плане доступности, удаленностью, что, конечно же, находит отражение на общих показателях обеспеченности кадрами (обеспеченность врачами выше на 37,7%, чем в среднем по РФ, СМП – на 34,1%).

Вместе с тем, анализируя индикатор обеспеченности медицинскими специалистами педиатрического профиля по участкам и медсестрами, были выделены значительные различия показателей в разрезе районов (от 5,4 до 24,3 на 10 тыс. детского населения). Данные показатели с одной стороны обусловлены оказанием медицинской помощи фельдшерами (в населенных пунктах по РС (Я), имеющих ФАПы и ФП), с другой - плотностью прикрепленного населения.

При проведении анализа обеспеченности детского населения врачами-специалистами педиатрического профиля был выявлен существенный дефицит по таким специальностям как врач стоматолог детский, а также врач-уролог андролог, врач-эндокринолог детский.

В целом по республике отмечено, что как здания и сооружения, так и медицинское оборудование в государственной системе здравоохранения требует серьезного укрепления и обновления, большой физической износ, выход из строя медицинского оборудования могут явиться причиной снижения качества и доступности оказания медицинской помощи.

За период с 2010 по 2019 годы в РС (Я) был увеличен коечный фонд специализированных коек педиатрического профиля и сократилось число неэффективно работающих педиатрических соматических коек (сокращение общей обеспеченности на 20,2%), что, однако не привело к общему повышению интенсивности их работы (среднегодовая занятость коек снизилась с 316 в 2010 году до 278 за 2019 год). Введение порядков и стандартов оказания медицинской помощи педиатрического профиля с 2012 года позволило открыть большее число специализированных отделений, сократить непрофильные педиатрические койки, тем не менее, этот процесс продолжался вплоть до 2019 года.

ГЛАВА 4. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАЛИЗАЦИИ ЦЕЛЕВЫХ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ (ДАННЫЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

В рамках осуществления социологического опроса в качестве инструментальных средств были избраны анкеты, ранее разработанные ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей», дополненные нами и рассмотренные этическим комитетом ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова».

Изучено отношение врачей организаторов здравоохранения (руководителей медицинских организаций) о результатах и проблемах в реализации целевых комплексных программ. Был осуществлен анализ результатов оценочной работы по выявлению уровня качества и доступности медицинской помощи врачами педиатрического профиля и родителями детей, которые посещали медицинские организации – базы исследования.

4.1. Врачи организаторы здравоохранения о результатах и проблемах реализации целевых комплексных программ

В анкетировании приняло участие 38 руководителей и заместителей руководителя медицинских организаций из 14 медицинских организаций Республики Саха (Якутия) (Приложение А). Медицинские организации были представлены 1-й многопрофильной организацией 3-го уровня, 1-й организацией 2-го уровня, 12 организациями 1-го уровня – поликлиниками города Якутска и 9 центральными районными больницами. В данных медицинских организациях примерная среднесписочная численность работников составляла от 240 до 1500 сотрудников, средняя степень износа зданий и сооружений – от 25 до 63%.

Первые вопросы анкеты были направлены на выяснение уровня обеспеченности врачами-педиатрами и средним медицинским персоналом в подразделениях. Полную обеспеченность врачами-педиатрами (86-100%)

отметили руководители 7 медицинских организаций, удовлетворительную обеспеченность (70-85%) – 5, а неудовлетворительную (менее 70%) – руководители 2 медицинских организаций. Обеспеченность медицинскими сестрами была отмечена как полная (86-100%) большинством руководителей медицинских организаций – 83,3%.

Следующий вопрос касался оценки наиболее актуальных проблем для медицинской организации, в которой работают руководители. По результатам опроса наибольшее число респондентов отметило проблемы материально-технической базы (МТБ) медицинской организации (состояние зданий, сооружений) – 89,5% руководителей отметило данный пункт, причем 76,5% из них как наиболее важный. На втором месте, по мнению руководителей, была проблема износа медицинского оборудования – 57,9% руководителей отметило данную проблему, причем 18,2% из них отметили ее как главную проблему, а 54,5% – как проблему, стоящую на втором месте. На третьем месте были обозначена проблема недостаточного заполнения штатного расписания, ее отметило 31,6% руководителей. На четвертом и пятом местах в равной степени были отмечены проблемы недостаточного финансирования при составлении плана финансово-хозяйственной деятельности (ПФХД) и укомплектованности кадрами – 26,3% респондентов отметило данные проблемы в тройке главных, причем по 50% опрошенных отметили их как наиболее важные для своей организации. Дальнейшее распределение учитывало уровень важности данных проблем (от 1 до 3) для медицинской организации (Таблица 20).

Стоит отметить, что наименее выраженными проблемами медицинских организаций были отмечены недостаточное транспортное обеспечение и большое количество локальных нормативных актов со стороны органов управления здравоохранением. Проблема финансирования из Государственного бюджета РС (Я) по ГП «Развитие здравоохранения РС (Я)», как направленная на реализацию мероприятий целевых комплексных программ, 16% руководителей отметило как вторую и третью проблему медицинских организаций, что также может иметь определенное значение, в особенности учитывая связь с укреплением МТБ и

необходимости закупок медицинского оборудования, в т.ч. в рамках целевых комплексных программ.

Таблица 20 - Наиболее актуальные для руководителей медицинских организаций РС (Я) проблемы (по данным анкетирования)

Вопрос	Ранг / %
Материально-техническая база медицинской организации (состояние зданий, сооружений)	1 / 89,5
Износ медицинского оборудования	2 / 57,9
Недостаточное штатное расписание	3 / 31,6
Недостаточное финансирование при составлении ПФХД	4 / 26,3
Укомплектованность кадрами	5 / 21,1
Проблемы в организации оказания медицинской помощи, связанные с проводимым упорядочиванием сети государственных и муниципальных учреждений РС (Я)	6 / 21,1
Недостаточное финансирование из Государственного бюджета РС (Я) (ГП «Развитие здравоохранения РС (Я)»)	7 / 15,8
Недостаток объемов медицинской помощи по ОМС	8 / 10,5
Недостаточное транспортное обеспечение	9 / 10,5
Большое количество локальных нормативных актов со стороны органов управления здравоохранением	10 / 10,5
Другой ответ _____	0 / 0,0

Таким образом, можно сделать заключение о наибольшей степени приоритета руководителей медицинских организаций (МО) на реализацию мероприятий, проводимых в рамках целевых комплексных программ – укрепление материально-технической базы и поставки нового медицинского оборудования.

Одним из направлений анкетирования было изучение мнения руководителей МО по вопросам эффективности проведенной Программы модернизации (2011-2013 гг.) и хода Национального проекта (НП) «Здравоохранение» (2019-2024 гг.) в части решения проблем оснащения подразделений, оказывающих медицинскую помощь детям. Были получены схожие ответы по обеим программам – 78,9% респондентов отметили частичное решение проблем оснащения по программе модернизации здравоохранения, а 84,2% – по НП «Здравоохранение», отрицательные ответы были получены у 21,1 и 15,8% соответственно.

Далее было изучено мнение руководителей МО о приоритетах в реализации новых программ Модернизации первичного звена здравоохранения и мероприятий Минвостокразвития РФ в сфере организации оказания медицинской помощи детскому населению (Рисунок 8).



Рисунок 8 - Приоритеты руководителей медицинских организаций при реализации новых программ Модернизации первичного звена здравоохранения и проекта мероприятий Минвостокразвития РФ в сфере предоставления и организации предоставления медицинской помощи детскому населению.

Результаты опроса свидетельствуют об аналогичных приоритетах при реализации программы Модернизации первичного звена здравоохранения и проекта мероприятий Минвостокразвития РФ в области организации оказания медицинской помощи детскому населению, основной удельный вес респондентов был ориентирован на улучшение материально-технической базы (в первую очередь в виде капитальных ремонтов и реконструкций), оснащение медицинским

оборудованием и решением вопросов по привлечению кадров, причем за счет мероприятий органов местного самоуправления и органов исполнительной власти. Стоит отметить, что руководители не предложили другие мероприятия в рамках данных программ.

С целью изучения достаточности принимаемых мер, которые реализуют органы исполнительной власти и местного самоуправления, были заданы открытые вопросы о предложении дополнительных мер требующих и не требующих финансирования.

В результате было выяснено, что кроме обозначенных приоритетов в реализации мероприятий целевых комплексных программ, для улучшения организации медицинской помощи детям было рекомендовано дополнительно уделить внимание профилактическим мероприятиям в программах здорового образа жизни, расширить выездную работу и пересмотреть вопросы организации школьной медицины.

Следующий вопрос касался мнения руководителей медицинских организаций по вопросу изменений в сфере оказания медицинской помощи детям в ходе реализации проходящей оптимизации и упорядочивания сети медицинских организаций республики (Таблица 21)

При рассмотрении результатов опроса было выявлено, что наибольшее число респондентов связывают происходящие изменения со снижением доступности первичной медико-санитарной помощи (66,7% респондентов, из которых 70% отметило данный пункт как наиболее важный), во вторых, с увеличением нагрузки на участковую службу (66,7% респондентов, из которых 20% отметило данный пункт как наиболее важный) и, в третьих, с увеличением числа госпитализаций в стационары центральных районных больниц и города Якутска (за счет отсутствия возможности проходить лечение в реорганизуемых участковых больницах) и увеличением случаев необходимости в вылетах санитарной авиации (по 53,3% респондента).

Таблица 21 - Рейтинг изменений в сфере оказания медицинской помощи детям, происходящих в результате оптимизации и упорядочивания сети медицинских организаций республики (по данным анкетирования)

	Ранг / %
Снизится доступность первичной медико-санитарной помощи	1 / 57,9
Увеличится нагрузка на участковую службу	2 / 57,9
Увеличится число госпитализаций в стационары центральных районных больниц и города Якутска	3 / 47,4
Увеличатся случаи необходимости вылетов санитарной авиации	3 / 47,4
Повысится доступность отдельных видов медицинской помощи	4 / 31,6
Увеличится доля обоснованных госпитализаций	5 / 31,6
Снизятся случаи необходимости вылетов санитарной авиации	6 / 21,0
Другой ответ	0 / 0

Стоит отметить, что были зафиксированы также и противоположные мнения руководителей медицинских организаций, например, часть из них отметила повышение доступности отдельных видов медицинской помощи (31,6% руководителей, из которых по 50% отметили их как первый и второй по приоритету изменений), увеличение доли обоснованных госпитализаций (31,6% руководителей) и снижение случаев необходимости вылетов санитарной авиации (21,0% руководителей).

В последнем вопросе анкеты было изучено мнение респондентов о факторах, оказывающих максимальное воздействие на уровень доступности и качества предоставления медицинской помощи детям (Таблица 22).

Таблица 22 - Оценка руководителями медицинских организаций факторов, оказывающих максимальное воздействие на уровень доступности и качества предоставления медицинской помощи детям

	Ранг / %
Отношение родителей к здоровью детей	1 / 57,9
Материально-техническая база детских поликлиник и стационаров	2 / 47,4
Мероприятия по профилактике болезней с раннего возраста	3 / 42,1
Квалификация медицинского персонала	4 / 31,6
Наличие Интернет-ресурса в медицинском учреждении и у населения	5 / 10,5

Результаты осуществленного социологического исследования указывают на то, что основная часть представителей руководящего состава медучреждений придерживается точки зрения о том, что факт восприятия родителями состояния здоровья собственных детей, МТБ медучреждений и предупреждение развития заболеваний с ранних лет являются основополагающими факторами, воздействующими на уровень доступности и качество предоставления медпомощи детскому населению. Таким образом, проведенное анкетирование руководителей медицинских организаций позволяет сделать следующие выводы:

1. Одними из наиболее актуальных проблем для медицинской организации, в которой работают руководители, входят проблемы материально-технической базы медицинской организации, износ медицинского оборудования, недостаточное финансирование и укомплектованность кадрами.

2. Выявлена наибольшая степень приоритета руководителей медицинских организаций на реализацию мероприятий, проводимых в рамках целевых комплексных программ – укрепление материально-технической базы и поставки нового медицинского оборудования.

3. В реализации текущих мероприятий целевых комплексных программ, направленных на улучшение оказания медицинской помощи детям, обозначена необходимость дополнительных профилактических мероприятий в программах здорового образа жизни, расширение выездной работы и пересмотр вопроса организации школьной медицины.

4.2. Результаты опроса врачей-педиатров

В анкетировании приняло участие 56 врачей поликлинического звена и 48 врачей стационаров в возрасте от 24 до 67 лет из организаций – баз исследования (Приложения Б и В). Средний возраст врачей поликлиник составил 39,4 (11,7), стационара 42,2 (10,6), $p=0,110$.

Различия в распределении по возрастным группам не были статистически значимы, но в целом среди врачей поликлиник доля лиц до 36 лет и старше 55 лет

была несколько больше. Это также отражается в доле специалистов со стажем работы менее 5 лет, которая составила 23% среди экспертов из поликлинических учреждений против 13% в стационаре (Таблица 23).

Таблица 23 - Распределение респондентов по возрасту, стажу и квалификационным категориям

	Поликлиника		Стационар		Все	
	N	%	n	%	n	%
Возр. Группы						
до 36	22	39,3	14	29,2	36	34,6
36-54	25	44,6	28	58,3	53	51,0
55 и старше	9	16,1	6	12,5	15	14,4
P	0,378					
Стаж врачебной деятельности						
0-4 лет	13	23,2	6	12,5	19	18,3
5-9 лет	5	8,9	8	16,7	13	12,5
10-14 лет	15	26,8	10	20,8	25	24,0
15-19 лет	8	14,3	10	20,8	18	17,3
20 лет и больше	15	26,8	14	29,2	29	27,9
P	0,415					
Квалификационная категория						
1 категория	14	25,0	23	47,9	37	35,6
2 категория	8	14,3	9	18,8	17	16,3
3 категория	5	8,9	3	6,2	8	7,7
Нет категории	29	51,8	13	27,1	42	40,4
P	0,041					

Примечание: p- достигнутый уровень значимости различий при сравнении групп (критерий Пирсона χ^2).

Если рассматривать связь между стажем работы и наличием квалификационной категории, то доля специалистов без категории была наиболее высокой среди врачей со стажем работы менее 10 лет (Таблица 24).

Таблица 24. Наличие квалификационной категории респондентов в зависимости от стажа работы

Стаж	Квалификационная категория				p
	1 категория	2 категория	3 категория	Нет категории	
От 0 до 4 лет	2 (10,5)	0	0	17 (89,5)	<0,001
С 5 до 9 лет	2 (15,4)	1 (7,7)	3 (23,1)	7 (53,8)	
С 10 до 14 лет	2 (8,0)	7 (28,0)	5 (20,0)	11 (44,0)	
С 15 до 19 лет	8 (44,4)	7 (38,9)	0	3 (16,7)	
20 лет и более	23 (79,3)	2 (6,9)	0	4 (13,8)	

Примечание: p- достигнутый уровень значимости различий при сравнении групп (критерий Пирсона χ^2).

Из 47 специалистов со стажем работы 15 и более лет 7 (15%) не имели квалификационной категории. Возможно, отсутствие квалификационных категорий у врачей с достаточно большим опытом работы связано со снижением роли квалификационной категории при начислении заработной платы, поскольку введенные с 2013 года «дорожные карты» по «майским» Указам Президента РФ В.В. Путина привели к активному внедрению системы стимулирующих выплат и эффективных контрактов. Гарантированные наличием квалификационной категории коэффициенты, при этом, не привели к весомому вкладу в общий рост заработной платы, как ежемесячно учитываемые показатели исполнения функции врачебной должности.

В дальнейшем по результатам опроса была оценена доступность и качество медицинской помощи как результат проводимых мероприятий в рамках национальных проектов.

На вопрос по мерам, предпринимаемым при реализации Нацпроектов в области охраны здоровья детского населения, увеличению уровня удовлетворения граждан уровнем качества и доступности медпомощи детям 54,8% опрошенных дали положительный ответ. При этом 62,5% из их числа представляли стационары, а 48,2% - республиканские поликлиники.

Негативной точки зрения придерживались 8,3% 10,7% респондентов соответственно. Остальная часть респондентов (36,6%) затруднились ответить на поставленный вопрос. Таким образом, половина опрошенных специалистов не отметило определенной связи между реализацией национальных проектов в сфере охраны здоровья детей и увеличением уровня качества и доступности медицинской помощи детям.

Уровень информатизации здравоохранения в медицинских организациях республики достаточно развит, поскольку каждая медицинская организация (в том числе в районах республики) имеет свой сайт, электронные медицинские карты (внутри единой региональной медицинской информационной системы – ЕРМИС), возможность электронной записи как внутри организации пациентами

(по portalу er14.ru) так и записи в организации второго и третьего уровней по информационным системам (МедВедь), имеется программа удаленного приема врача портала госуслуг «Облачная поликлиника» как веб- и мобильное приложение. Тем не менее, исходя из ответов респондентов, подключение непосредственно автоматического рабочего места (АРМ) врача к сети Интернет имеется не у всех – 17,6% специалистов из поликлиник и 4,2% из стационаров отметили его отсутствие на рабочем месте. В части фактического использования программ удаленного доступа для поддержания контакта с семьей ребенка с помощью электронных ресурсов медицинской организации 26,8% респондентов из поликлиники и 33,3% из стационара отметили возможность такой работы в организации. При учете места работы отмечено, что большая часть врачей-педиатров (57,1%), работающих в районах с развитой сетью подключенных подразделений, пользуются данными технологиями.

Таким образом, можно предположить, что врачи-педиатры амбулаторных подразделений медицинских организаций не обеспечены полностью всеми возможностями инфокоммуникационных технологий по дистанционному, в т.ч. телемедицинскому приему.

95,8% опрошенных врачей из стационаров дали положительный ответ на вопрос о наличии стандартов и порядков оказания медпомощи детям на месте работы. На этот же вопрос положительно ответили 94,6% опрошенных врачей поликлиник.

По результатам опроса по изменениям, связанным с реализацией Программы модернизации здравоохранения (далее – ПМЗ) и Национального проекта «Здравоохранение» были получены следующие результаты (Таблица 25).

По мнению респондентов реализация программы модернизации здравоохранения (2011-2013гг.) улучшило материально-техническую базу учреждений и позволило приобрести новое медицинское оборудование. Вместе с тем только 25% опрошенных из поликлинического звена и 21% респондентов из стационаров считают, что это расширило лечебные возможности организаций, в которых они работают.

Таблица 25 - Оценка изменений, произошедших в результате реализации Программы модернизации здравоохранения и Национального проекта «Здравоохранение»

Изменения	Поликлиника		Стационар		p
	n	%	n	%	
Программа модернизации здравоохранения (2011-2013гг.)					
Улучшилась МТБ	34	60,7	22	45,8	0,129
Установлено новое медоборудование	16	28,6	19	39,6	0,236
Расширились терапевтические возможности	14	25,0	10	20,8	0,615
Ничего не изменилось	6	10,7	3	6,2	0,420
Затрудняюсь с ответом	14	25	15	31,2	0,470
НП «Здравоохранение» (2019-2024гг.)					
Улучшилась МТБ	28	50,0	14	29,2	0,031
Установлено новое медоборудование	26	46,4	10	20,8	0,006
Расширились лечебные возможности	15	26,8	7	14,6	0,129
Ничего не изменилось	4	7,1	10	20,8	0,041
Затрудняюсь с ответом	10	17,9	22	45,8	0,002
Знаю, что будет поставлено новое оборудование	7	12,9	4	8,3	0,491

Примечание: p- достигнутый уровень значимости различий при сравнении групп (критерий Пирсона χ^2).

Результаты реализации Национального проекта «Здравоохранение» более позитивно оценили респонденты из поликлинических учреждений. 21% опрошенных врачей из стационарных отделений считают, что «ничего не изменилось». Улучшение материально-технической базы отметили 29% респондентов из стационара, оснащение новым диагностическим оборудованием 21%. Считают, что расширились лечебные возможности — 15%. Таким образом, по мнению опрошенных врачей, реализация вышеуказанных программ положительно влияет на оснащение больниц, в большей мере это наблюдается в первичном звене здравоохранения.

В здравоохранении продолжается реализация мер по созданию единой профилактической среды в педиатрии. В связи с этим при опросе врачей-педиатров амбулаторного звена была проведена оценка рабочего времени, уделяемого профилактической работе (Рисунок 9).

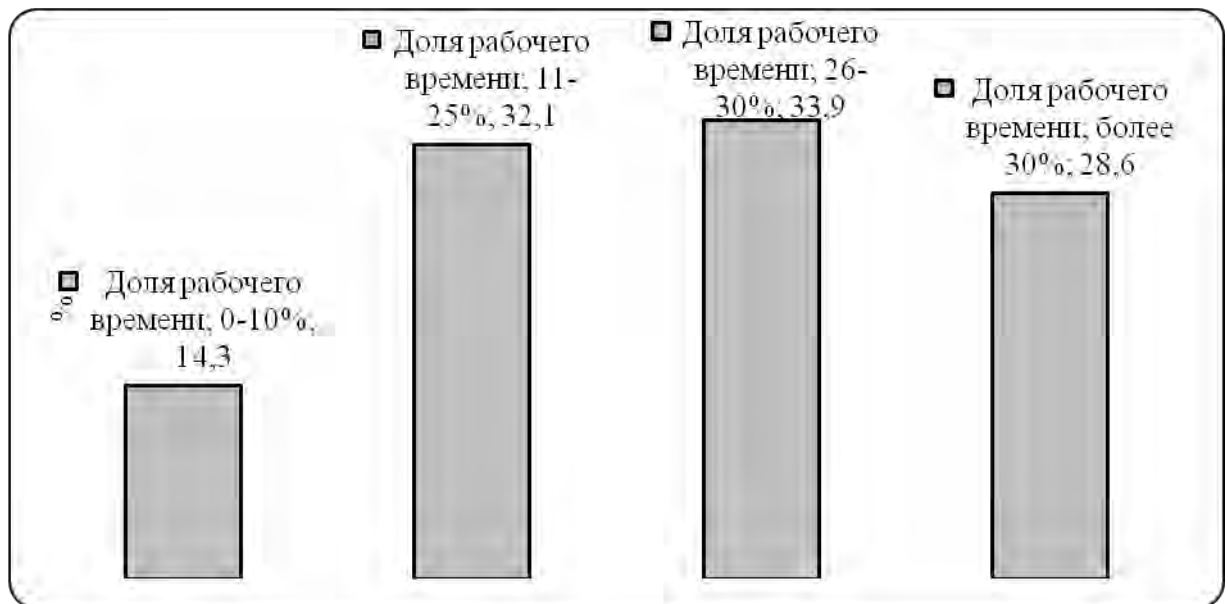


Рисунок 9 - Затраты рабочего времени врача-педиатра на профилактическую работу (%).

Получены данные, что относительно большая часть опрошенных врачей-педиатров (62,5%) амбулаторного звена уделяет значительное внимание вопросам профилактики заболеваний, треть имеет 11-25% продолжительности рабочего времени на эти цели, а у каждого седьмого анкетированного (14,3%) профилактическая работа не занимает более 10%.

61,7% опрошенных врачей стационаров дали утвердительный ответ на вопрос об улучшении мер по предупреждению возникновения и развития заболеваний у детей центрами здоровья для детей. На тот же вопрос утвердительно ответили 89,3% врачей-педиатров, которые представляют амбулаторное звено. 27,7% и 10,7% опрошенных соответственно затруднились с ответом. Следует заметить, что затруднения с ответом чаще испытывали врачи из Арктической зоны и сельских населенных пунктов, где данные центры отсутствуют, и за последние годы не осуществлялась выездная работа Центра здоровья г. Якутска. Полученные сведения позволяют сделать вывод о нехватке Центров здоровья в районах республики, несмотря на достаточно высокие тарифы в системе ОМС. При этом одной из главных причин отсутствия данных Центров

здоровья в районах являются большие расстояния между населенными пунктами и малая численность населения.

С целью изучения мнения врачей о критериях оценки качества работы врача-педиатра было использовано 2 варианта опросника (для поликлинического и стационарного звена). По мнению респондентов из поликлинических учреждений при оценке качества работы врача-педиатра в первую очередь надо учитывать уровень качества и соответствие стандартам процесса диспансеризации, распределение детей по отдельным категориям состояния здоровья, а также идентификацию факторов, обуславливающих риск развития неинфекционной болезнью (Таблица 26).

Таблица 26 – Показатели уровня качества осуществления профессиональной деятельности медицинских специалистов педиатрического профиля, идентифицированные на основании итогов социологического исследования, проведенного среди медицинских специалистов педиатрического профиля.

Показатели уровня качества	№	%	Ранг
Врачи поликлиник			
Качество диспансеризации	34	60,7	1
Распределение детей по группам здоровья	29	51,8	2
Выявление факторов риска неинфекционных заболеваний	26	46,4	3
Заболеваемость детей хроническими неинфекционными болезнями	25	44,6	4
Время, затраченное на профилактическую работу	24	42,8	4
Количество детей на участке с повышенным весом или дефицитом массы тела	5	8,9	5
Другое (указать)	0	0	0
Врачи стационаров			
Результаты профилактических осмотров	32	68,1	1
Заболеваемость детей хроническими неинфекционными болезнями	28	59,6	2
Распределение детей по группам здоровья	24	51,1	3
Оценка физического развития	16	34,0	4

На основании итогов социологического исследования, осуществленного среди медицинских специалистов стационаров, доминирующие позиции занимают результаты медосмотров в профилактических целях, заболеваемость детей хроническими неинфекционными болезнями и распределение детей по

группам здоровья. Таким образом, за критерии уровня качества функционирования медучреждений медицинские специалисты берут интенсивность работы в целях профилактики.

Для оценки ответов на вопрос о факторах, которые в наибольшей степени воздействуют на уровень доступности и качества оказания медицинской помощи детям применялся следующий ключ: ответы со значениями 1-3 балла соответствовали слабому влиянию на оказание медицинской помощи, 4- среднее влияние, 5-7 — сильное влияние (Таблица 27).

Респонденты из амбулаторного звена считают, что наибольшее влияние оказывают профилактика болезней с раннего возраста и отношение родителей к здоровью детей (более половины опрошенных). Также сильное влияние оказывают состояние материально технической базы подразделений и квалификация медицинского персонала.

Таблица 27 - Факторы, оказывающие наибольшее воздействие на уровень качества и доступности медицинской помощи детскому населению на территории РС (Я)

Наименование фактора	Сильное влияние	Среднее влияние	Слабое влияние
Профилактика болезней с самого раннего возраста	53,6%	19,6%	26,8%
Отношение родителей к здоровью детей	48,2%	23,2%	28,6%
Материально-техническая база подразделений, оказывающих медицинскую помощь детям	41,1%	28,6%	30,3%
Квалификация медицинского персонала	37,5%	28,6%	33,9%
Возможность для медицинского персонала своевременно повышать квалификацию	30,4%	28,6%	41,0%
Наличие Интернет-ресурса в медицинском учреждении и у населения	23,2%	25,0%	51,8%

В содержании Таблицы 28 отображены ответы врачей-респондентов на вопрос, связанный с факторами, которые нужны в целях повышения качества медицинской помощи детям в МО, респонденты придерживаются точки зрения о том, что самыми существенными из числа таких факторов выступают оснащенность медучреждений, уровень квалификации медицинского персонала и его материальное стимулирование.

Таблица 28 – Факторы, способствующие повышению уровня качества медпомощи, выделенные по итогам анкетирования среди врачей-педиатров работающих в круглосуточных стационарах.

Фактор	№	%
Состояние МТБ и оснащение оборудованием	43	91,5
Профессиональные познания	34	72,3
Стимулирующие материальные факторы (премии, выплаты)	31	66,0
Укомплектованность штатов	29	61,7
Морально-психологические стимулы	25	53,5
Знания в области качества медицинской помощи	24	51,1
Знания по организации здравоохранения	20	42,6
Другое	0	0

Следующий блок вопросов был посвящен основным показателям деятельности стационара, в которых работают специалисты стационаров (большее число было представлено специалистами ГАУ РС (Я) «РБ № 1 - Национальный центр медицины» и государственного бюджетного учреждения «Детская инфекционная клиническая больница»).

Осуществлена аналитическая работа с точки зрения оценки эффективности функционирования через причастность к достигнутым результатам. Врачам, принимавшим участие в соцопросе, предложили дать объективную оценку целому комплексу показателей функционирования стационара. Данные показатели могут говорить о результатах работы и организации медучреждений третьего и второго уровней.

На основании полученных в рамках анкетирования итогов можно сказать, что порядка 97,9% опрошенных считают доступной в РС (Я) стационарную помощь детям. 61,7% врачей-респондентов дали положительный ответ на вопрос, который касается оценки оптимальности структурного устройства коечного фонда медучреждения по профилям подразделений. Оставшиеся 38,3% дали отрицательный ответ или испытывали трудности с его формулировкой.

Также на вопросы об исполнении плановых нормативов числа койко-дней и плановом нормативе нагрузки на медицинских работников в организации, в которой они работают, утвердительно ответило большинство врачей – 83,0 и 87,2% соответственно. Стоит отметить, что проведенные преобразования в виде

установления дорожных карт повышения уровня заработных плат медицинских работников привели к необходимости разработки более детального механизма начисления стимулирующих выплат, что соответственно привело к большей осведомленности специалистов по вопросам исполнения плановых значений госзаказа по ОМС и нормативов нагрузки на врача.

Таким образом, можно предположить, что врачи стационаров достаточно информированы о структуре учреждения, коечном фонде, плановых объемах оказываемой помощи, следовательно, и об эффективности работы стационара.

Утвержденные порядки и стандарты оказания медицинской помощи пациентам ориентированы на единые подходы и объемы медицинской помощи с учетом статистически значимых форм и видов заболеваний. Это обстоятельство дополнительно должно обуславливать оптимизацию показателя длительности нахождения детей на больничной койке (при учете единообразного структурного устройства принимаемых в крупных отделах многопрофильных республиканских стационаров. Поэтому в рамки соцопроса был интегрирован вопрос, касающийся актуальности потребности в уменьшении усредненной продолжительности прохождения пациентами терапии внутри медучреждения, где респондент ведет свою профессиональную деятельность. Был получен ответ от 29,8% анкетированных о наличии необходимости в пересмотре длительности пребывания пациента, либо в затруднении ответа на данный вопрос (57,4% – отрицательный ответ, 12,8% затруднилось с ответом). Следовательно, почти каждый третий врач стационара рекомендовал бы сократить время пребывания пациентов в стационаре.

Данная ситуация может являться основанием для дачи рекомендации руководству стационаров 2-го и 3-го уровней проводить более подробный анализ работы коек в отделениях различного профиля для дальнейшего учета их результатов при формировании заявок в Территориальный фонд ОМС по объемам медицинской помощи и КСГ.

В содержание социологического исследования интегрированы вопросы, касающиеся знания врачами педиатрами стационарных подразделений наличия

расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов, а также больничной летальности.

В процессе формулировки и представления ответов на данную пару вопросов, многие опрошенные медицинские специалисты выделили низкий уровень индикаторов летальности в больницах (78,7%) и расхождения между патологоанатомическими и клиническими диагнозами (70,2%). Не смогли дать ответ 10,6% и 25,5% медицинских специалистов.

Используемый в рамках соцопроса вопрос, касающийся оценки уровня эффективности осуществляемой высокотехнологичной помощи детям в рамках медорганизации, ориентирован на целевую выборку опрашиваемых, которые ведут свою деятельность в медучреждении третьего уровня – ГАУ РС (Я) «РБ №1 – Национальный центр медицины). Полученные ответы на него свидетельствуют о том, что основная доля медицинских специалистов, принимавших участие в социологическом исследовании, прекрасно справляются с ситуацией и считают, что данное направление характеризуется высоким уровнем продуктивности. В процентном выражении такой ответ дали 95,5% врачей-респондентов.

В процессе заблаговременной записи больных в медучреждение третьего и второго уровней, составления врачебных направлений, детальных бланков и форм возникающие у больных вопросы к процедуре оформления и регистрации в медучреждения должны сводиться к самому минимуму. Однако, потребность в повышении уровня качества диагностики больных внутри медучреждения выделили 87% медицинских специалистов, представляющих стационары.

Отсутствовали какие-либо вопросы относительно подготовки больных к последующей госпитализацией. Сложности с ответом имело 6,5% медицинских специалистов, которые принимали участие в социологическом опросе. Кроме того, на вопрос, который касается потребности в разработке и практической реализации мероприятий, направленных на повышение уровня и качества преемственных отношений между стационаром и поликлиникой, ответы имели сходство с ответами на вопрос, обозначенный выше. Так, положительный ответ дали 89,1% респондентов, отрицательный – 6,5%, затруднилось ответить – 4,4%.

Проведение оптимизации сети медицинских организаций республики с 2019 года было неоднозначно воспринято как населением, средствами массовой информации, так и органами законодательной власти Республики Саха (Якутия), ввиду сокращения сверхнормативных коек, штатов медицинского персонала (СМП и ММП) и прочих работников, обеспечивающих функционирование круглосуточных коек. Интересен в данном случае опрос самих медицинских работников по данной теме.

Для изучения мнения врачебного сообщества об изменениях в сфере оказания медицинской помощи детям, которые произойдут при реализации проходящей оптимизации и упорядочивания сети медицинских организаций, врачам поликлинического звена также как и руководителям медицинских организаций был задан вопрос «Какие, по Вашему мнению, изменения в сфере оказания медицинской помощи детям произойдут при реализации проходящей оптимизации и упорядочивания сети медицинских организаций? (отметьте, дифференцируя изменения по уровню существенности, используя для обозначения цифровые символы 1-3, где 3 – наименее существенный). Распределение ответов представлено в Таблице 29.

Таблица 29 - Оценка изменений в сфере оказания медицинской помощи детям, которые произойдут при реализации проходящей оптимизации и упорядочивания сети медицинских организаций РС (Я)

Ожидаемые изменения	Всего ответов	Степень значимости		
		1	2	3
Снизится доступность ПМСП	36	14	13	9
Повысится доступность отдельных видов медицинской помощи	40	15	14	11
Увеличатся случаи необходимости вылетов санитарной авиации	28	7	14	7
Снизятся случаи необходимости вылетов санитарной авиации	28	7	11	10
Увеличится число госпитализаций в стационары центральных районных больниц и города Якутска	36	3	21	12
Увеличится нагрузка на участковую службу	40	16	7	17
Увеличится доля обоснованных госпитализаций	35	9	8	18

Если учитывать варианты 1 и 2, как «очень значимо» и «значимо», то по мнению ответивших врачей-педиатров первичного звена здравоохранения,

проводимые мероприятия по оптимизации могут привести снижению доступности ПМСП, на фоне повышения доступности отдельных видов медицинской помощи. Большая часть респондентов отметили возможность дальнейшего увеличения числа госпитализаций в стационары центральных районных больниц и города Якутска, а также увеличения нагрузки на участковую службу в целом. В отношении случаев вылета санитарной авиации мнения и увеличения доли обоснованных госпитализаций респондентов разделились поровну, что не дает возможности однозначной оценки. Таким образом, большая часть респондентов ожидает на фоне реализации мероприятий по оптимизации и упорядочивания сети медицинских организаций сокращения уровня доступности санитарно-медицинской помощи (первичной), с наращением уровня доступности обособленных разновидностей медпомощи, а также увеличения нагрузки на участковую службу в целом.

Для изучения приоритетов, которыми руководствовались или будут руководствоваться специалисты при устройстве на работу был проведен факторный анализ. Респондентам необходимо было ранжировать по степени важности от 1 до 10 баллов следующие факторы:

1. Достойный уровень заработной платы
2. Наличие программ, реализуемых МЗ РС (Я) («Земский доктор»)
3. Наличие программ, реализуемых другими ОИГВ и органами местного самоуправления (предоставление служебного жилья, земельного участка)
4. Наличие программ и преференций, реализуемых другими ОИГВ и органами местного самоуправления (предоставление субсидий на приобретение недвижимости, мест в школе, детском саду)
5. Хорошая материально-техническая база подразделений, оказывающих медицинскую помощь детям
6. Хороший коллектив

7. Наличие большого числа объектов для проведения досуга (кинотеатры, музеи, театры, торгово-развлекательные центры, кафе, рестораны, дискотеки и т.д.)

8. Наличие знакомых, друзей, родственников в населенном пункте по месту трудоустройства

9. Расположение медицинской организации относительно дома, объектов соцкультбыта

10. Наличие высокоскоростного интернета в населенном пункте по месту трудоустройства

В качестве метода извлечения факторов был использован метод главных компонент. Ротация матрицы компонентов проводилась по методу Varimax. Для проверки пригодности массива данных для факторного анализа применяли тесты Кайзера-Мейера-Олкина (КМО) и Бартлетта. Значения теста КМО равное 0,705 свидетельствует о приемлемости построенной факторной модели. Уровень значимости теста Бартлетта равный 0,000 означает, что между переменными массива существуют корреляционные связи и на основании силы связи между ними возможно их группировка.

Для определения числа групп факторной модели использованы «характеристические числа». Максимальное число компонентов (факторов) модели в которой значение этого показателя превышает 1, составляет 3. Полученная модель сохранила 63,0% исходной информации (Таблица 30).

Фактор 1 был связан с такими характеристиками как достойный уровень заработной платы, хорошая материально-техническая база подразделений, оказывающих медицинскую помощь детям, хороший коллектив, наличие высокоскоростного интернета в населенном пункте по месту трудоустройства и условно назван «Уверенный профессионал». Этот компонент обуславливает наибольшую долю общей дисперсии (30,7%).

Фактор 2, который объединял переменные «наличие большого числа объектов для проведения досуга», «наличие знакомых, друзей, родственников в населенном пункте по месту трудоустройства», «расположение медицинской

организации относительно дома, объектов соцкультбыта» был назван «Социальная активность» (17,5% общей дисперсии).

Фактор 3, объединявший переменные «наличие программ, реализуемых МЗ РС (Я) («Земский доктор»)), «наличие программ, реализуемых другими ОИГВ и органами местного самоуправления (предоставление служебного жилья, земельного участка)), «наличие программ и преференций, реализуемых другими ОИГВ и органами местного самоуправления (предоставление субсидий на приобретение недвижимости, мест в школе, детском саду))» был назван «Государственная поддержка» (14,7% общей дисперсии).

Таблица 30 - Ротированная матрица компонентов факторной модели

Переменная	Фактор		
	1	2	3
Хорошая материально-техническая база подразделений, оказывающих медицинскую помощь детям	,824		
Хороший коллектив	,696		
Наличие высокоскоростного интернета в населенном пункте по месту трудоустройства	,672		
Достойный уровень заработной платы	,547		
Наличие знакомых, друзей, родственников в населенном пункте по месту трудоустройства		,811	
Наличие большого числа объектов для проведения досуга (кинотеатры, музеи, театры, торгово-развлекательные центры, кафе, рестораны, дискотеки и т.д.)		,786	
Расположение медицинской организации относительно дома, объектов соцкультбыта		,733	
Наличие программ, реализуемых другими ОИГВ и органами местного самоуправления (предоставление служебного жилья, земельного участка)			,834
Наличие программ, реализуемых МЗ РС (Я) («Земский доктор»)			,816
Наличие программ и преференций, реализуемых другими ОИГВ и органами местного самоуправления (предоставление субсидий на приобретение недвижимости, мест в школе, детском саду)			,716

Таким образом, по результатам факторного анализа выявлены 3 типа специалистов с характерными особенностями ожиданий при устройстве на работу. Первый тип - уверен в своих профессиональных компетенциях, ожидает

достойные условия и оплату труда. Второй тип – нацелен на комфортное проживание по месту трудоустройства и активные коммуникации. Третий тип — ожидает преференций, связанных с профессиональной деятельностью.

Исходя из приведенной выше информации и результатов социологического опроса, проведенного с привлечением медицинских специалистов амбулаторных подразделений и стационаров, можно сформулировать следующие итоги:

1. Врачи оценили результаты ПМЗ и НП «Здравоохранение» по большей части позитивно преимущественно в части укрепления МТБ и приобретения нового медицинского диагностического оборудования. При этом врачи педиатрического профиля стационаров улучшения в результате реализации ПМЗ и НП «Здравоохранение» отметили в меньшей степени. Данный фактор, возможно, связан с отсутствием программ по оснащению и переоснащению многопрофильных медицинских организаций с 2013 года (окончания действия мероприятий в рамках ПМЗ).

2. Проведенные мероприятия по реализации целевых комплексных программ не привнесли больших изменений в отношении врачей к ценностям, связанным с профессией врача. Об этом свидетельствуют следующие выявленные факты:

- снижение мотивации к подтверждению квалификационных категорий врачами-педиатрами первичного звена здравоохранения (около трети специалистов с врачебным стажем более 10 лет не имело или утратило квалификационную категорию);

- фактор уровня заработной платы и хорошей материально-технической базы является определяющим фактором выбора медицинской организации при трудоустройстве.

3. Большая часть опрошенных специалистов не отметило связи реализации национальных проектов в сфере охраны здоровья детей с повышением доступности и качества медицинской помощи детям, а также только треть респондентов связывает реализацию данных программ с расширением лечебных возможностей поликлиники, в которой они работают.

4. Имеется определенный недостаток в охвате центрами здоровья районов республики и отсутствие вновь создаваемых центров здоровья за последние годы.

5. Почти каждый третий врач стационаров (29,8%) рекомендовал бы сократить время пребывания пациентов в стационаре. Данная ситуация может являться основанием для дачи рекомендации руководству стационаров 2-го и 3-го уровней проводить более подробный анализ работы коек в отделениях различного профиля для дальнейшего учета их результатов при формировании заявок в Территориальный фонд ОМС по объемам медицинской помощи и КСГ.

6. Целесообразно уделить внимание вопросам критериев эффективности работы врача-педиатра первичного звена здравоохранения.

7. Проведенный факторный анализ приоритетов врачей-педиатров при устройстве на работу позволил определить, что наибольшую долю общей дисперсии (30,7%) составили такие компоненты как: достойный уровень заработной платы, хорошая материально-техническая база подразделений, оказывающих медицинскую помощь детям, хороший коллектив, наличие высокоскоростного интернета, а наименьшую оказываемая государственная поддержка (программы «земский доктор», предоставление служебного жилья, субсидий на его приобретение и т.д.).

Сформулированные информационные данные можно использовать в качестве полноценной базы в процессе принятия последующего решения управленческого характера органом исполнительной власти: формулировка и практическая интеграция локального НПА, включающего критерии эффективности ведения профессиональной деятельности специалистом педиатрического профиля и «рамочной» методики – эффективного контракта, с учетом включения критериев по наличию квалификационных категорий по стажу или их подтверждения, использованию дистанционных и телемедицинских технологий.

Также получены сведения о небольшой доле общей дисперсии таких элементов как государственная поддержка (программы «земский доктор», предоставление служебного жилья, субсидий на его приобретение и т.д.) в

списках приоритетов при устройстве на работу врачей-педиатров. Возможно данный факт связан со снижающейся долей единовременных выплат в структуре средних заработных плат за последние 5 лет (единовременная выплата деленная на число месяцев из пяти лет, которые необходимо проработать в медицинской организации), а также сочетания отсутствия или несоответствия ожиданиям служебного жилья и условий субсидирования с сокращением числа работников врачебного состава нуждающихся в жилье.

4.3. Результаты социологического опроса родителей детей, проходящих обследование и лечение в поликлиниках и стационарах

В соответствии с поставленными перед настоящей исследовательской работой задачами, итоги осуществления соответствующих программ и проектов подвергались оценке со стороны родителей детей. В общей сложности в рамках социологического исследования привлечено 247 респондентов (83 из стационаров и 164 из поликлиник) из всех 14 медицинских организаций-баз исследования. Для проведения анкетирования в каждой медицинской организации - базе исследования было отведено равное время в течении каждого дня недели сплошным методом (по 1 неделе), опрос проводился среди фактически находящихся на приеме у врача-педиатра участкового и в стационаре. Ответы давались только в отношении одного ребенка, с которым родитель подошел на прием к врачу или находился в стационаре.

4.3.1. Результаты опроса родителей, посещающих поликлиники

В условиях амбулаторного приема было опрошено 164 родителя детей, посещавших поликлиники медицинских организаций - баз исследования в период с 15.01.2020 по 15.04.2020 г. (Приложение Г).

Родители, посещавшие поликлиники, имели детей всех возрастных групп: до 1 года – 15 человек (9,1%), 1-4 года – 51 человек (31,1%), 5-9 лет – 49 (29,9%), 10-14 лет – 36 (20,1%) и 15-17 лет – 16 (9,7%) опрошенных.

В Таблице 31 представлена частота и поводы обращения в поликлинику. Анализ числа посещений поликлиники, сделанных за полный календарный год, предшествующий опросу, показал, что половина детей посещала поликлинику от 1 до 3 раз (51,2%). Доля детей, посещавших 4-6 раз, составила 25,6%. Более 7 раз — 17% соответственно. Не указали количество посещений 10 родителей детей до 1 года и подростков. Частота посещений отрицательно коррелировала с возрастом детей ($r=-0,21$, $p=0,006$).

Таблица 31 - Частота и поводы обращений в поликлиники с ребенком за полный календарный год, который предшествовал настоящему социологическому исследованию (период 2019-го года).

	№	%
Количество посещений поликлиники за календарный год		
От одного до трех	84	51,2
От четырех до шести	42	25,6
От семи до девяти	18	11,0
От десяти и более	10	6,1
Не указали количество	10	6,1
Цель с которой подошли в поликлинику		
С лечебно-диагностической	101	61,6
С консультативной	49	29,9
По вопросам диспансерного наблюдения	19	11,6
Профилактическое посещение	46	28,0
С целью прохождения профилактического осмотра/диспансеризации	30	18,3
С целью прохождения медицинской реабилитации	3	1,8
Прочие цели	11	6,7

Из полученных сведений выявлено, что из 164 родителей 101 (61,6%) хотя бы 1 раз за год посещали поликлинику с ребенком с лечебно-диагностической целью по поводу заболевания. Указали на посещение за консультацией 49 (29,9%) опрошенных. В итоге 128 из 164 (78%) детей хотя бы 1 раз за год обращались в поликлинику по поводу заболевания с лечебно-диагностической или консультативной целью.

В перечень посещений, которые были осуществлены в профилактических целях, были включены диспансерное наблюдение, профилактические посещения и профосмотры. В течение календарного года с этой целью посетили поликлинику хотя бы раз 82 ребенка (50%). Из них 24 посетили поликлинику только с профилактической целью.

Для анализа связи поводов обращений в зависимости от возрастных групп детей были выделены следующие группы: 0-3 лет, 3-7 лет, от 7 лет (Таблица 32).

Таблица 32 - Поводы обращений в поликлиники в зависимости от возраста детей.

Возрастные группы	Повод обращения			
	Лечебно-диагностический и консультативный		Профилактический	
	№	%	№	%
Все возраста N=164	128	78,	82	50,0
до 3 лет, N=40	25	62,5	21	52,5
от 3 до 7 лет, N=53	45	84,9	25	47,2
7 лет и старше, N=71	58	81,7	36	50,7
P	0,022		0,868	

Дети до 3 лет согласно доступной статистической информации, гораздо реже, чем дети старшего возраста обращались по поводу заболеваний. Частота профилактических посещений не зависела от возраста детей.

Таким образом, несмотря на то, что преобладающая часть посещений в качестве повода имеет наличие тех или иных болезней, каждый второй ребенок, вне зависимости от возраста, в течение года посещал поликлиническое учреждение с профилактической целью. С учетом профилактических осмотров организованным детям по месту учебы в школе или детском саду, данный показатель характеризует достаточно высокую активность родителей в вопросах профилактики.

Общие принципы повышения доступности медицинской помощи включают расширение возможностей электронной записи к врачу. Вместе с тем, основным показателем удовлетворения граждан, как и прежде, выступает длительность

ожидания того, когда их примет к себе медицинский специалист. Соответствующая информация отражена в содержании Таблицы 33.

Таблица 33 – Длительность ожидания приема медицинского специалиста в поликлиниках (в соответствии с информацией, полученной в ходе социологического опроса с применением анкетирования)

Время ожидания приема врача в поликлинике	№	%
Попали на прием сразу по приходу в поликлинику	74	45,1
Ожидали до одного часа	79	48,2
Ожидали до двух часов	8	4,9
Ожидали более двух часов	3	1,8

Согласно итогам опроса родителей, 93,3% респондентов оказываются на приеме у специалиста педиатрического профиля в рамках временного интервала в 60 минут. 45,1% участников опроса указали, что оказываются на приеме именно в то время, которое им было назначено.

Представленное выше обстоятельство говорит о повышении эффективности функционирования сервисов электронного типа, интенсивным применением соответствующих организационных решений проживающими на территории РС (Я) гражданами. Также это говорит о том, что находящиеся в РС поликлиники на приемлемом уровне укомплектованы врачами-педиатрами.

Стоит отметить и то, что опрошенные на вопрос, который связан с возможностью оказаться на приеме у доктора, 82,3% родителей привели указание на то, что прием, как правило, осуществляется либо на следующий день, либо в тот день, на который был заблаговременно назначен прием. Лишь 17,7% граждан, принимавших участие в социологическом исследовании, привели указание на то, что медицинский специалист их принимал лишь спустя несколько дней после того, как было назначение. Потому можно сказать, что в подавляющей части ситуаций врачебный прием происходит своевременно, согласно программе государственных гарантий.

В процессе анализа структурного устройства первопричин того, почему у родителей в тот или иной период времени не получилось оказаться на приеме у

узкого специалиста в дату обращения, было обнаружено, что самая распространенная причина такой ситуации – оконченная запись. Соответствующая информация отражена на Рисунке 10.

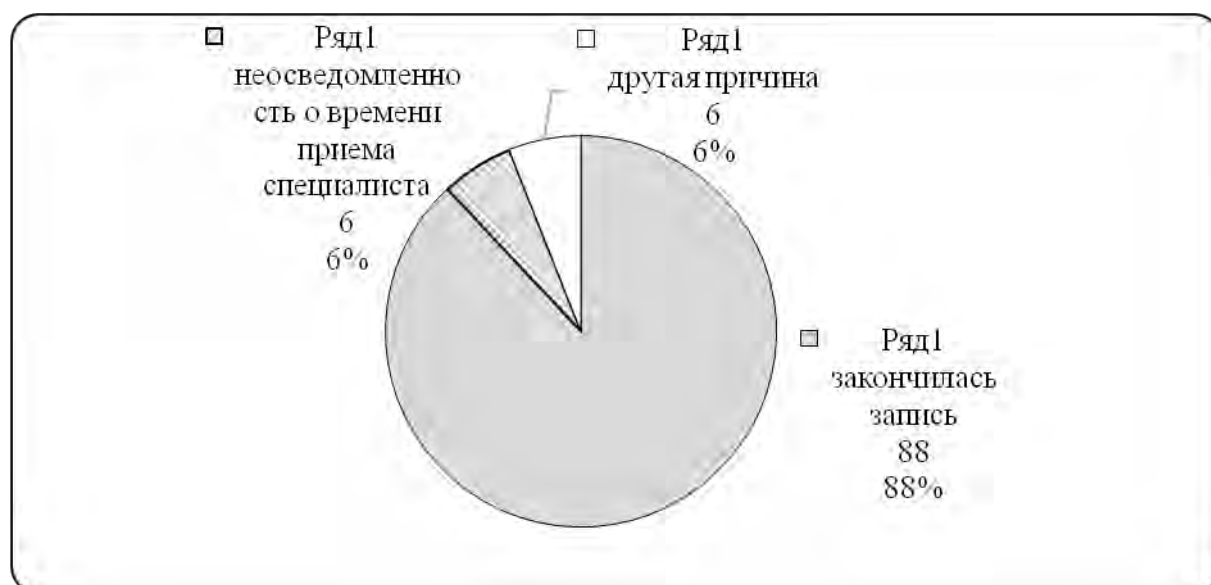


Рисунок 10 – Самые часто встречающиеся первопричины отсутствие возможности записаться к врачу-специалисту на прием

Следующий включенный в содержание анкетной формы вопрос имел отношение к медицинским специалистам, запись на прием к которым по тем или иным причинам существенно осложнена (Таблица 34). В рамках настоящей исследовательской работы обнаружена, что самый острый для родителей проблемный аспект, связанные с записью на прием к доктору, - это запись на прием к неврологу (отметило 45,1% опрошенных).

Таблица 34 – Список врачей поликлиник с наиболее сложной возможностью приема (в соответствии с информацией, которая была сформирована в рамках социологического опроса с применением анкетирования).

Наименование специалиста	№	%
Врач-невролог	74	45,1
Врач-эндокринолог	34	20,7
Врач-отоларинголог	35	21,3
Врач-хирург	26	15,9
Врач-уролог	14	8,5
Другие специалисты	23	14,0

Каждый пятый родитель отметил проблему записи на прием к врачу-отоларингологу и врачу-эндокринологу. Примечательно, что респонденты из Арктических районов отметили преимущественно отсутствие врачей узких специальностей (врач-эндокринолог, врач-уролог), а также отсутствие записи врача-стоматолога и не имели проблем с записью к врачу-неврологу как основная доля граждан, принимавших участие в социологическом исследовании.

Следующий вопрос был направлен на определение причин и частоты использования платных медицинских услуг. Выявлено, что опыт получения платных медицинских услуг для ребенка имело 59 из 164 (36,0%) опрошенных родителей. 99 опрошенных не пользовались этим видом услуг. 6 респондентов не ответили на вопрос. В причинах обращения за платными медицинскими услугами респонденты отметили очереди на функциональные и лабораторно-инструментальные исследования (50,8% из пользовавшихся платными услугами), существенную продолжительность ожидания врачебного приема (порядка 35,6%), недостаточный уровень развитости МТБ республиканских медучреждений (порядка 40,7%), иные первопричины отметило 16,9% опрошенных, использовавших платные услуги.

Из 59 лиц, использовавших платные услуги, 57,6% указали на получение диагностических услуг, 40,7% — лечебных, 39% — консультативных и 13,6% — реабилитационных (Рисунок 11).

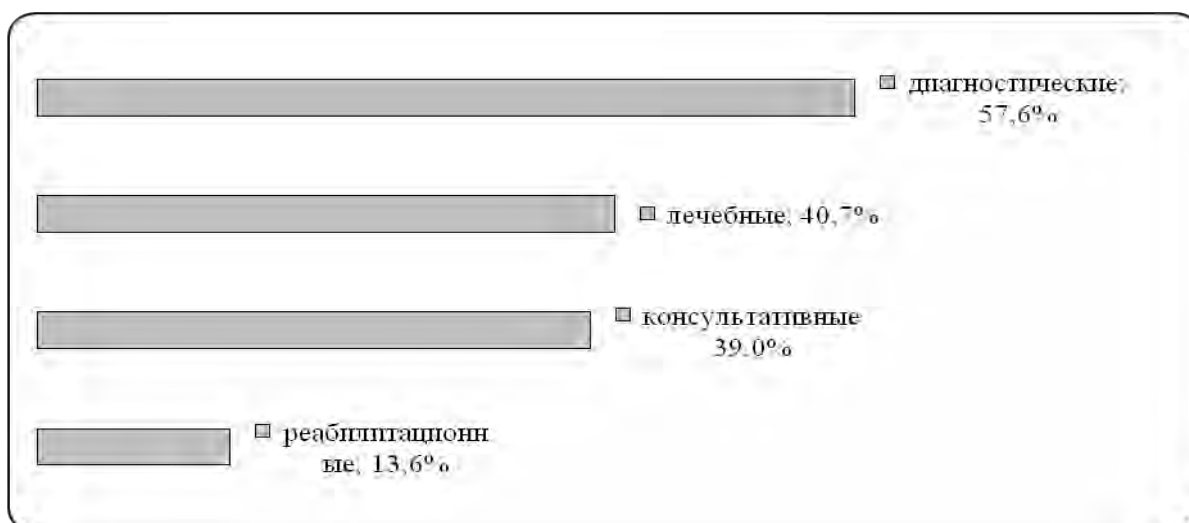


Рисунок 11 - Виды платных услуг полученных детьми в стационарах по результатам анкетирования родителей.

Последние вопросы первого раздела были посвящены оценке произошедших изменений качества медицинской помощи.

Благоприятные преобразования в плане функционирования поликлиники были выделены 53% опрошенными. 21,9% участников социологического исследования привели указание на то, что никаких позитивных перемен не было. 24,4% респондентов испытывали сложности с представлением четкого ответа.

Отрицательные изменения выделил лишь единственный респондент, что в процентном выражении от общего количества опрошенных составило 0,6%. Следует отметить то, что повышение уровня качества предоставления медицинской помощи респонденты в основном отождествляли с усилением внимания и доброжелательного отношения к ним со стороны сотрудников медицинского учреждения. Соответствующие ответы дали 44,3% опрошенных. 38,3% участников социологического исследования связывали повышение уровня качества предоставления медпомощи с увеличением перечня предоставляемых пациентам услуг медицинского типа.

В рамках следующего модуля опрошенным представили целый комплекс вопросов, которые ориентированы на детальный анализ точек зрения граждан-потребителей медицинских услуг относительно уровня удовлетворения профессиональной деятельностью сотрудников медучреждений и функционирования поликлиники в целом.

Наиболее значимой для всех родителей должностью в рамках педиатрического подразделения выступает специалист-педиатр. Авторитет, умения и познания данного медика с позиции родителей по многим аспектам детерминирует развитие корректных ценностных ориентиров, связанных с соблюдением ЗОЖ ребенка внутри семьи, комплаентность при врачебных назначениях и стремление к выполнению предоставленных участковым педиатром советов. Соответствующая информация отражена на Рисунке 12.

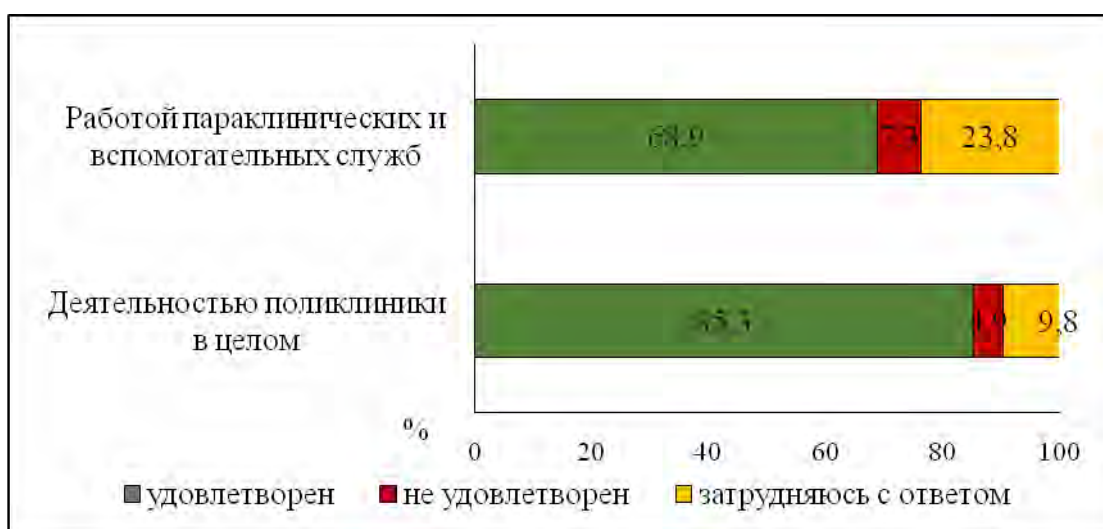
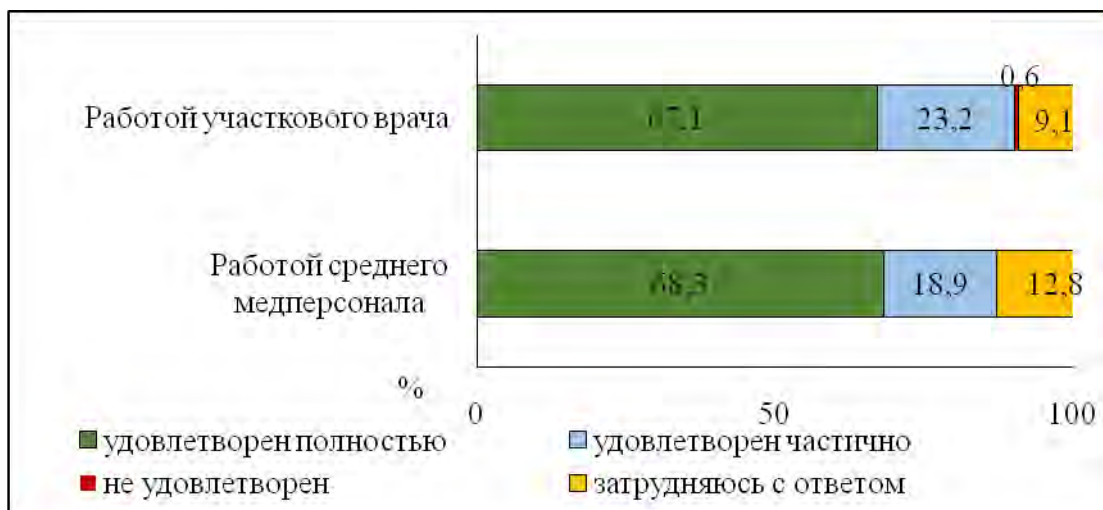


Рисунок 12 – Уровень удовлетворения профессиональной деятельностью доктора, среднего медперсонала, параклинических и вспомогательных служб поликлиники (в %)

Итоги осуществленного социологического исследования указывают на то, что 67% родителей (большая часть) удовлетворительно оценивают профессиональную деятельность и компетентность специалиста-педиатра по своему участку. Частично удовлетворены работой данного медика 23,2% родителей. Единственный опрошенный выразил неудовлетворительное отношение, 9,1% опрошенных затруднились дать ответ.

Мнение о работе специалистов детской службы поликлиники складывается, в том числе, и при контакте с сестринским персоналом и вспомогательными

подразделениями. Полученные в рамках соответствующего этапа социологического исследования ответы оказались аналогичны итогам изучения мнения медицинских специалистов: 68,3% участников социологического исследования испытывают удовлетворительное отношение к профессиональной деятельности среднего медперсонала, 18,9% опрошенных испытывают частичное удовлетворение от профессиональной деятельности среднего медперсонала, 12,8% участников социологического исследования испытывали сложности с представлением четкого ответа. Ни один из участников социологического исследования не выразил негативного отношения.

В части удовлетворенности работой параклинических и вспомогательных служб поликлиники опрос показал схожие показатели по удовлетворенности (68,9%), неудовлетворены работой данных служб 7,3% опрошенных.

В целом выразили полную удовлетворенность работой поликлиники 85,3% опрошенных родителей, неудовлетворенность — 5% соответственно.

Эффективность диспансерного наблюдения в поликлинике положительно оценена 58,2% респондентами, при этом 37,3% опрошенных затруднились с ответом, а 4,4% отметили недостаточность работы в данном направлении.

Среди главных причин неудовлетворенности деятельностью детской поликлиникой по результатам опроса отмечены: отсутствие «узких» специалистов, дефицит высокотехнологичного оснащения, длинные и продолжительные очереди пациентов на прием к медицинским специалистам, длинные очереди в дополнительные врачебные кабинеты, низкий уровень квалификации и в ряде случаев недостаточная компетентность медицинских специалистов, отсутствие уважительного отношения к пациентам со стороны сотрудников медучреждения, отсутствия удобства для пациентов в части режима и графика функционирования медучреждений. Данные сведения позволяют рассмотреть наиболее важные направления в улучшении деятельности детских поликлиник, а полученные результаты возможно и далее применять для определений уровня качества и эффективности медучреждений с точки зрения обращающихся к ним граждан.

Финальный блок анкетной формы ориентирован на анализ точек зрения родителей детей относительно ЗОЖ. Его содержательная сторона имела в себе вопросы, которые ориентированы на идентификацию наиболее актуальных проблем в плане организации и осуществления мер по поддержанию детского здоровья внутри семьи.

Вопрос, который стоит в анкетной форме самым первым, имел отношение к точке зрения родителей детей в плане того, где их чада должны получать знания и умения по поддержанию ЗОЖ. Соответствующая информация отображена в содержании Таблицы 35. Итоги соответствующего этапа социологического исследования говорят о том, что большая часть родителей берет на себя ответственность за формирование навыков ЗОЖ – 86,0%. Интересен факт, что более трети родителей считает важным источником приобретения навыков ЗОЖ образовательное учреждение – 36,6%, а средства массовой информации и врач-педиатра отметило менее четверти опрошенных – по 23,8%.

Таблица 35 – Самые существенные источники получения ребенком знаний и умений в плане соблюдения ЗОЖ (в соответствии с информацией, которая была получена в рамках социологического исследования).

Источники приобретения детьми навыков здорового образа жизни	№	%
Семья ребенка (родители, родственники)	141	86,0
Образовательная организация (педагоги)	60	36,6
СМИ и средства эл. коммуникации (ТВ, интернет)	39	23,8
Медицинская организация (врач-педиатр)	39	23,8

3 вопроса, которые стояли в анкетной форме последними, имели отношение к функционированию детских центров здоровья. Невзирая на достаточно продолжительный период их работы и появление новых подразделений как в России в общем, так и на территории РФ, в частности, о существовании центров здоровья знали 61 родитель, что в процентном выражении составило 37,2%. Вместе с тем, 22 участника социологического исследования привели указание на то обстоятельство, что проходили диагностические процедуры в таком

подразделении. 16 респондентов из их числа были в полной мере удовлетворены приемом и качеством предоставленных услуг, 6 человек частично.

Итоговый вопрос анкетной формы был ориентирован на рекомендации родителей детей в плане преобразований в функционировании МО для детей в целях повышения уровня доступности и качества медицинской помощи в первичном звене (Таблица 36).

Таблица 36 – Наиболее значимые направления совершенствования медицинской помощи в амбулаторных условиях (в соответствии с информацией, полученной в рамках социологического опроса с применением анкетирования)

Приоритеты	№	%
Укомплектованность поликлиники врачами-специалистами	106	64,6
Улучшить электронную запись на прием к врачу	66	40,2
Удобный сайт поликлиники	60	36,6
Контакт с врачом и медицинской сестрой онлайн	54	32,9
Укрепление материально-технической базы МО	32	19,5
Шаговая доступность детских поликлиник в для населения	18	11,0

При рассмотрении результатов изучения мнения родителей по приоритетам развития амбулаторно-поликлинической педиатрической помощи наибольшее внимание было уделено укомплектованности поликлиник узкими специалистами (64,6% респондентов), стоит отметить, что данные вопросы были отмечены не только представителями районов, но и жителями города Якутска, где имеется максимально возможное число специалистов. Такой ответ возможно связан с тем, что врачи-специалисты педиатрического профиля находятся преимущественно в специализированных организациях 2-го и 3-го уровней, которые не имеют прикрепленного населения и не находятся в территориальной доступности как медицинские организаций с детскими поликлиниками по прикреплению.

Полученные в рамках социологического исследования ответы дают возможность предположить, что наиболее значимые направления повышения эффективности и качества амбулаторно-поликлинической помощи подобраны оптимально.

Самое большое количество ответов имеют связь с цифровизацией системы здравоохранения (запись к врачу посредством электронных средств, интернет-сайт для граждан, онлайн-связь с медсестрой и врачом).

Таким образом, результаты опроса родителей, посещающих поликлиники, позволили сделать следующие выводы:

1. Каждый второй ребенок вне зависимости от возраста в течение года посещал поликлиническое учреждение с профилактической целью.

2. Большинство опрошенных респондентов считает, что доступность и качество медицинской помощи повысились. Это подтверждается своевременностью оказываемых услуг (93,3% респондентов попадают к врачу-педиатру в течение часа, а 45,1% среди всех опрошенных попадают на прием сразу по приходу в поликлинику в назначенное время), а также низким процентом неудовлетворенности работой специалистов и служб детских поликлиник. Вместе с тем, повышение уровня качества предоставления медпомощи граждане в основном связывали с усилением внимания и доброжелательности со стороны сотрудников МО. Таковых респондентов оказалось 44,3%. 38,3% участников опроса связывали данное обстоятельство с увеличением перечня предоставляемых медицинских услуг.

3. Основными причинами неудовлетворенности в работе детских поликлиник стали отсутствие «узких» специалистов, недостаточная оснащенность современным оборудованием, и очереди к врачам. Также рекомендации по расширению укомплектованности «узкими» специалистами были приоритетно отмечены родителями как рекомендация развития АПП населению РС (Я), что позволяет сделать заключение о необходимости пересмотра маршрутизации, системы направления, укомплектованности врачами специалистами и формированию системы дистанционных консультаций для районов республики.

4. Положителен момент, что большая часть родителей берет на себя ответственность за формирование навыков ЗОЖ – 86,0%. При этом более трети родителей считает важным источником приобретения навыков ЗОЖ образовательное учреждение (36,6%). Полученные сведения согласуются с

основными принципами формирования ЗОЖ у ребенка, а также раскрывают вопрос развития школьной медицины.

5. Приоритеты развития амбулаторно-поликлинической помощи в РС (Я) выбраны родителями преимущественно в части поддержки цифровизации отрасли. В последние годы наблюдается достаточно большой прогресс по всем видам услуг, который наблюдается не только в многопрофильных порталах (например, портал госуслуг), но и по отдельным видам экономической деятельности. Увеличивается число автоматизации процессов, что приводит к более комфортному получению услуг, экономии времени и повышению эффективности. Несомненно, в части здравоохранения ожидания пациентов также будут связаны с общим ходом цифрового и технологического прогресса.

4.3.2. Результаты опроса родителей детей, находящихся в стационаре

Всего было опрошено 83 родителя по анкете, содержащей 31 вопрос (Приложение Д). По результатам опроса порядка 66,3% детей проходили терапию в условиях стационара в последнюю пару лет 1 раз. Порядка 15,7% опрошенных дважды пребывали на лечении в стационаре. 18,1% детей не менее 3-х раз за последнюю пару лет проходили лечение в условиях стационара. Частота госпитализаций положительно коррелировала с возрастом детей (Таблица 37) ($r=0,32$, $p=0,003$). Повторная госпитализация реже отмечалась у детей, возраст которых не старше 7 лет.

Таблица 37 – Периодичность госпитализаций в течение последних двух лет, в различных возрастных группах детей, находящихся в стационарах.

Возраст	Количество госпитализаций						p
	1		2		3		
	N	%	n	%	n	%	
до 3 лет, n=28	23	82,1	3	10,7	2	7,1	0,147
от 3 до 7 лет, n=25	16	64,0	5	20,0	4	16,0	
7 лет и старше, n=30	16	53,3	5	16,7	9	30,0	
Все возраста, n=83	55	66,3	13	15,7	15	18,1	

Примечание: p-достигнутый уровень значимости при сравнении возрастных групп.

В течение данного периода поступали в стационар по экстренным показаниям 54,3% детей, по плановым – 19,8%, по обоим видам показаний было госпитализировано 25,9% детей (Таблица 38). Дети младшего возраста чаще госпитализировались по экстренным показаниям.

Таблица 38 - Характер госпитализаций в зависимости от возраста детей

Возраст, лет	Характер						p
	Экстренная		Плановая		Экстренная и плановая		
	N	%	N	%	n	%	
до 3 лет, n=26	16	61,5	4	15,4	6	23,1	0,403
от 3 до 7 лет, n=25	16	64,0	4	16,0	5	20,0	
7 лет и старше, n=30	12	40,0	8	26,7	10	33,3	
Все возраста, n=81	44	54,3	16	19,8	21	25,9	

Примечание: p-достигнутый уровень значимости при сравнении возрастных групп.

Сообщили о факте отказа в госпитализации в условиях наличия врачебного направления 4,8% родителей (4 человека).

В процессе изучения ответов относительно длительности ожидания госпитализации планового типа было идентифицировано то, что основная доля детей госпитализировались в плановом порядке в сроки, не превышающие 2 недель (82,7%), ожидали от двух недель до месяца 13,5% опрошенных, а 3,8% респондентов отметили, что срок ожидания превысил 1 месяц. Данные сведения позволяют сделать предположение о достаточном уровне доступности стационарной медицинской помощи в общем, однако для полной оценки ситуации и получения высокого уровня достоверности информации конечно необходимы более углубленные сведения и отдельное исследование, включающее указания место жительства, диагнозы, профили отделений, оценку утвержденных маршрутизаций, причин длительного ожидания и др.

С целью выявления проблем в организации работы приемного покоя были заданы вопросы по оценке процесса приема пациентов.

Большинство респондентов отметило небольшое время ожидания врача в приемном покое – 71,8% до 30 минут и 23,1% в течение 1 часа. Остальные 5,1% указали, что время ожидания превысило 1 час (Рисунок 13).

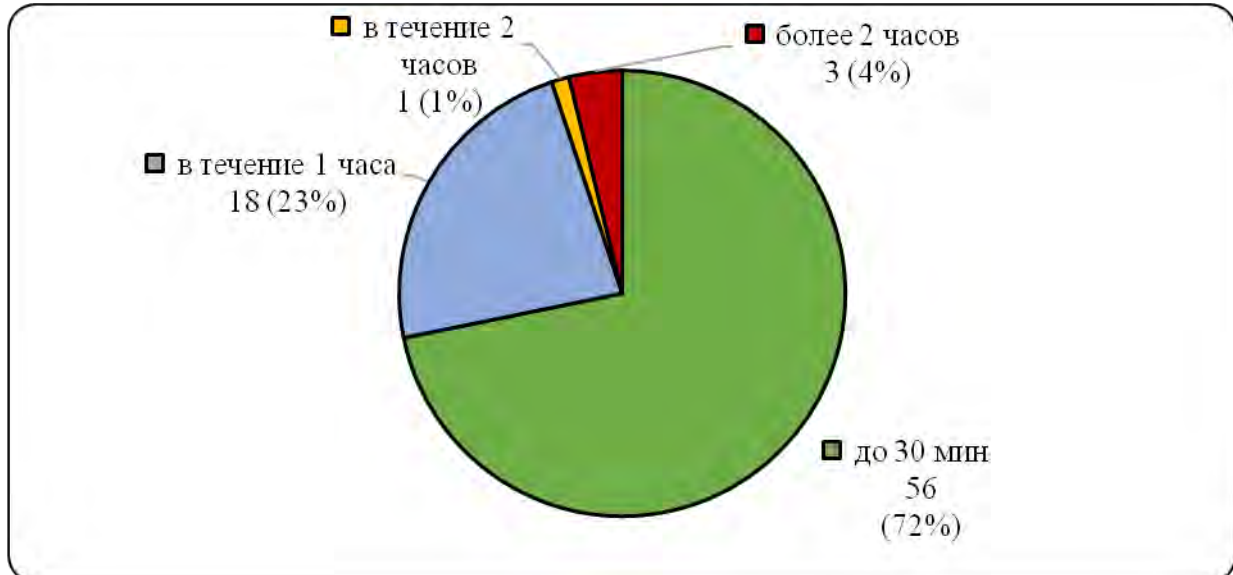


Рисунок 13 - Время ожидания первичного осмотра врачом в приемном покое стационарах - базах исследования (по данным анкетирования)

Полностью удовлетворены организацией приема пациентов в приемном отделении 59 (72%) человек, удовлетворены частично — 16 (19,5%), затруднились с ответом — 7 (8,5%). Из числа лиц частично удовлетворенных или воздержавшихся от ответа 7 человек указали причины неудовлетворенности работой приемного покоя. Трое респондентов выделили то, что помещение находилось в неудовлетворительном состоянии. Один опрошенный указал, что сотрудники медицинского учреждения относятся к больным без чувства такта. Один респондент указал, что прием проходил в спешке, а доктор не проявлял должной внимательности. Двое человек выделили, что перевод в соответствующее отделение занял довольно много времени.

Исходя из итогов полученных ответов от респондентов, есть возможность сформулировать предположение о том, что существуют определенные проблемные зоны в работе приемных отделений. Одним из них является неудовлетворительная материально-техническая база учреждений. Проблемы,

связанные с персоналом, не носят систематического характера. Стоит отметить, что среди причин неудовлетворенности в работе приемного покоя отсутствовали подтверждения ответов респондентов на вопросы о длительном ожидании приема врача.

Следующий вопрос был связан с получением дополнительных платных услуг в стационарах. По результатам опроса 16,9% респондентов-родителей (14 человек) высказались о том, что платили за медицинские услуги для своих детей, проходивших терапию в условиях стационара, в основном по терапевтическим и диагностическим услугам. В 50% ситуаций из них платными услугами пользовались ввиду того, что в данной медицинской организации не было нужной медицинской услуги. В 10% случаев данное обстоятельство имело связь с продолжительным ожиданием длинной очереди из пациентов на последующую госпитализацию. В 40% случаев платность было обусловлена иными причинами, в том числе по собственному желанию.

Примечательно, что использование платных услуг преимущественно отметили представители Арктической зоны (57% из получивших). Такая активность, возможно, связана с большой удаленностью от центра (стоимость авиабилетов на 1 человека могут достигать более 60 тыс. рублей в один конец), когда получая медицинскую помощь по одному из видов клинико-статистических групп, родители желают пройти дополнительные виды исследований, а также получить определенные виды медицинских услуг, которые не присутствуют в содержании Программы госгарантий.

При ответе на вопрос, который связан с инициатором предоставляемых на оплачиваемой основе медицинских услуг во время нахождения в стационарных условиях, порядка 21,4% респондентов-родителей указали на то, что платные медицинские услуги им предложил сам доктор. 28,5% решили сами воспользоваться медицинскими услугами. 50% случаев связаны с иными причинами. У единственного опрошенного причина заключалась в приобретении определенного лекарственного препарата.

Среди 14 опрошенных, которые воспользовались медицинскими услугами на оплачиваемой основе, 6 человек получили терапевтическую помощь, 7 опрошенных – диагностическую, 1 человек – консультативную.

Предоставление медицинских услуг на платной основе в рамках медучреждения – абсолютно законное действие, когда список данных услуг не включен в перечни Программы государственных гарантий.

Именно поэтому респондентам был представлен вопрос, который касается направлений оплаты медицинской услуги. Получены следующие результаты:

- 14,3% участников социологического исследования внесли наличные средства в кассу медучреждения, не заключая никаких соглашений в письменной форме;

- 85,7% опрошенных заключили официальный договор с медучреждением и лишь после этого внесли средства.

10 респондентов-родителей ответили на вопрос, касающийся компенсации фирмой-страховщиком расходов на получение медицинских услуг на платной основе. Среди них за соответствующей компенсацией обратились 5 респондентов. Затраты компенсированы лишь в одном случае. Оставшиеся 4 родителей не смогли получить заключения по компенсации понесенных расходов со стороны страховых компаний.

Затем участникам социологического исследования позволили дать личностную оценку уровню качества медпомощи в стационарных условиях.

Полностью удовлетворены качеством медицинской помощи 61 (73,5) респондент, частично удовлетворены — 17 (20,5%), затруднились ответить — 5 (6,0%) соответственно (Рисунок 14).

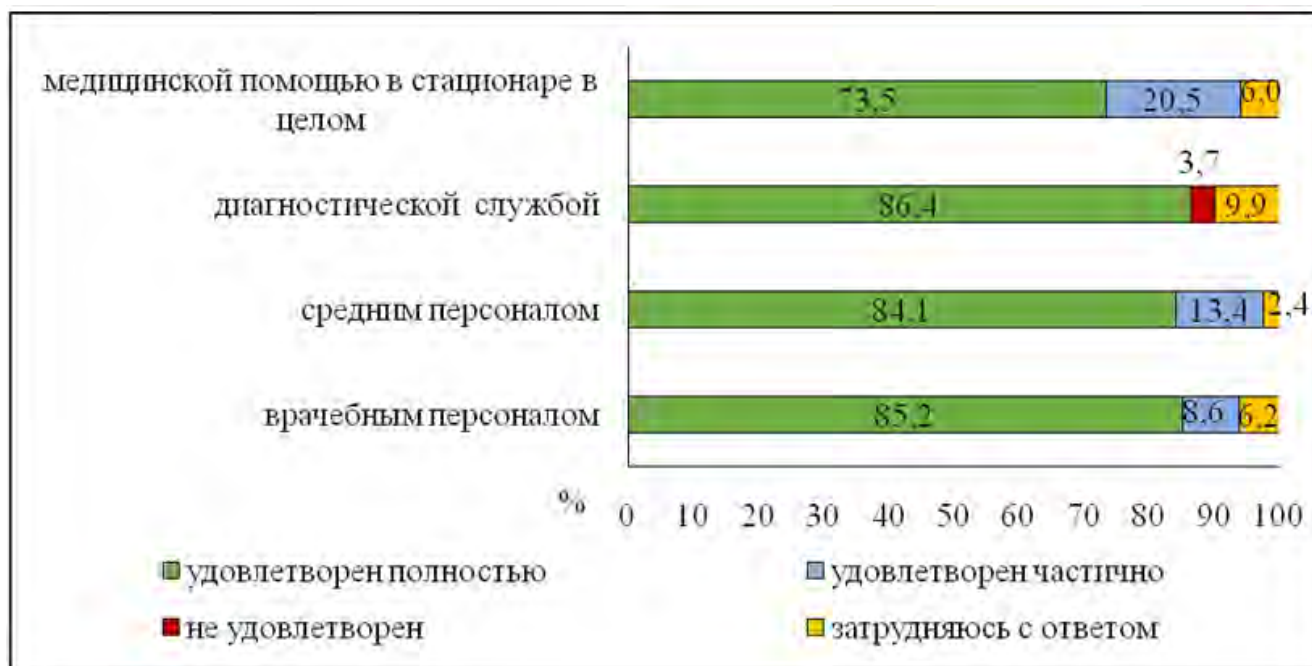


Рисунок 14 - Удовлетворенность медицинской помощью и персоналом.

Ответы респондентов о причинах неудовлетворенности медицинской помощью в стационарах среди частично удовлетворенных или воздержавшихся от ответа на предыдущий вопрос распределились следующим образом: плохие бытовые условия в стационаре (5 ответов), плохое качество питания (5), трудности с получением консультации врача-специалиста (2), трудности с проведением лабораторно-инструментальными видами исследования (2), обеспечение медикаментами (2), недостаточная квалификацией врачей (2). 3 родителя затруднились ответить на поставленный вопрос.

Среди ответов нет указаний на такие пункты как нетактичное отношение медицинского персонала, не совсем полное терапевтические и диагностические мероприятия, нехватка преемственной связи между поликлиниками, иные организационные пробелы.

В процессе идентификации первопричин частичного удовлетворения выделены непонятные для пациента объяснения медицинского специалиста, низкий уровень информирования лиц-родителей о фактическом состоянии здоровья их детей, осуществляемой терапии и диагностике. Здесь же отметилась чрезмерная спешка в ходе осуществления медицинского осмотра.

При изучении причин неполной удовлетворенности работой медицинских сестер и диагностической службы стационара были получены ответы от 7 респондентов. Основной причиной неудовлетворенности работой СМП было указано нетактичное отношение к пациентам, также 1 респондент отметил недостаточное наблюдение за ребенком и несвоевременность выполнения назначений врача. Ведущей причиной неудовлетворенности работой диагностическими службами стал недостаточный спектр исследований.

Следующие вопросы касались оценки результативности лечения в стационаре, по результатам которого были получены ответы об улучшении состояния здоровья от 91,0% респондента, отметило выписку без улучшения 9,0% опрошенных, ухудшений состояния здоровья отмечено не было.

При рассмотрении изменений в качестве оказания стационарной медицинской помощи при повторной госпитализации положительную тенденцию отметила почти половина (47,0%) опрошенных. Проявлялась она в основном в улучшении отношения медицинского персонала (40,0%) и расширении спектра медицинских услуг (36,4%).

Финальный вопрос, включенный в содержание анкетной формы, связан с советами родителей в плане повышения эффективности и качества функционирования стационарного отделения с целью улучшения предоставления медицинской помощи пациента (Рисунок 15).

Основными предпочтениями выступили уровень обеспеченности медучреждений технологическим оснащением и кадровыми ресурсами. Соответствующие ответы дали 22,9% респондентов. Бесперывность в части предоставления медпомощи выделили 17,4% респондентов. 15,6% участников социологического исследования отметили уровень комфорта нахождения в стационарных условиях. 13,8% опрошенных отметили такие предложения, как своевременность и удобство оказания услуг информационного характера. 11,9% респондентов выделили взаимоотношения межличностного плана, возникающие между потребителями и поставщиками медицинских услуг.

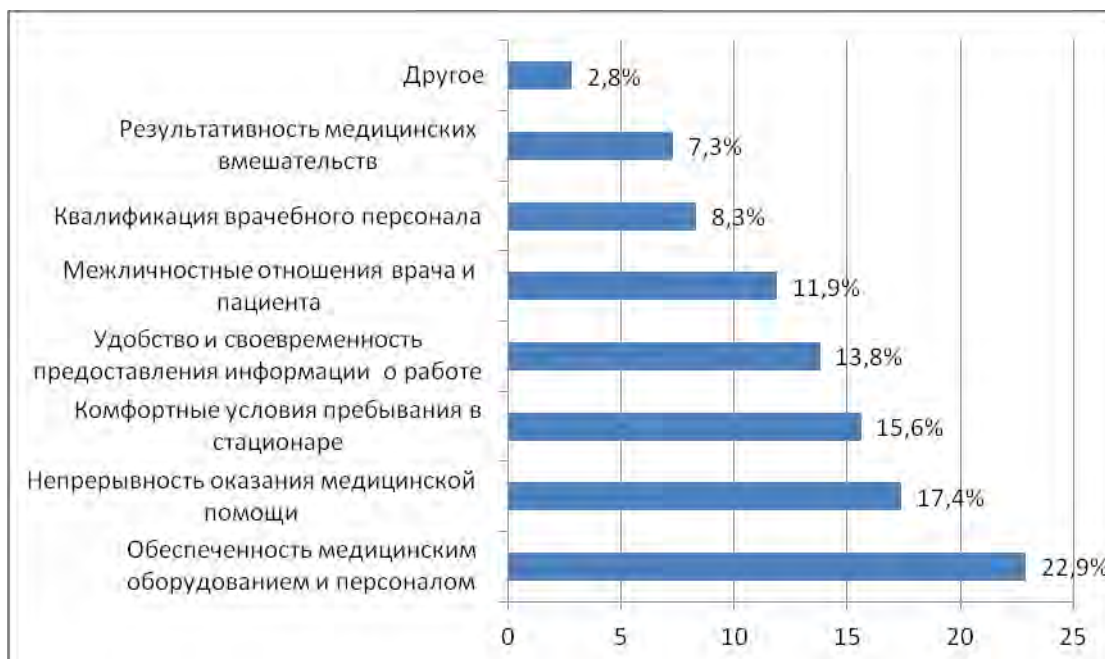


Рисунок 15 – Основные направления повышения эффективности и качества медицинской помощи в стационаре с точки зрения родителей детей.

Перечень пожеланий опрошенных также в себя включил улучшение квалификационного уровня сотрудников МО. Соответствующие ответы дали 8,3% участников анкетирования. Примечательно то, что с предложением нарастить степень продуктивности вмешательств медицинского характера выступило только 7,3% участников анкетирования. Эта информация дает возможность сформулировать умозаключение о том, что на данный момент результативность вмешательства находится на весьма положительном уровне.

Из результатов проведенного анкетирования следует:

1. Повышение эффективности и качества информатизации на территории РС (Я) значительно и благоприятно повлияло на степень доступности медпомощи и уровень удовлетворения ею гражданами.

2. Улучшение качества предоставления медицинской помощи родители в стационарах и поликлиниках отождествляли преимущественно с повышением уровня внимательности и доброжелательности со стороны сотрудников медучреждения, а во вторую очередь с увеличением перечня предоставляемых медицинских услуг.

3. Руководствуясь представленным выше умозаключением, есть возможность сделать вывод о том, что родители на каждой стадии предоставления медицинской помощи выделяют повышенный уровень значимости взаимных отношений между пациентом и медицинским специалистом.

4. Ответы на вопросы, представленные респондентами-родителями, дают возможность выделить самые острые проблемы в плане организации оказания медицинской помощи населению, а также осуществить оперативный анализ мер, направленных на изменение ситуации в лучшую сторону.

5. Было выявлено, что представители Арктической зоны более активно пользуются платными услугами (57% из получивших) при нахождении на стационарном лечении. В связи с этим, Территориальному фонду ОМС и страховым медицинским организациям предлагается рассмотреть вопрос отмены штрафов при одновременном получении стационарной помощи и консультативно-диагностической в условиях поликлиники той же многопрофильной организации по решениям врачебных комиссий.

ГЛАВА 5. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

5.1. Организация медико-социальной помощи детям в Республике Саха (Якутия)

Согласно статистической информации, в России 15-20% детей от совокупной численности детей оказались в сложной жизненной ситуации. Вместе с тем, эти сведения обладают лишь ориентировочным характером и связаны только с такими ситуациями, когда ребенок уже столкнулся с существенными затруднениями [1, 4, 5, 31, 60, 69, 81].

Неблагополучие в семье часто вызывает стойкие неблагоприятные последствия в виде нарушений психического развития ребенка в процессе роста, проявлениям девиантного поведения. В результате невротические реакции нередко перерастают в соответствующие неврозы, особенности характера – в психопатические черты личности – психопатии, специфические симптомы и синдромы, реактивные состояния, психопатические расстройства. Отсутствие навыков самоконтроля, навыков самосохранения, которым не научили ребенка родители, приводит к таким тяжелым последствиям, как жестокость.

Осуществлен анализ нормативно-правовых актов, обеспечивающей регламентацию организации и предоставления медико-социальной помощи детям на территории РС (Я).

Учреждения и органы существующей республиканской системы здравоохранения – это один из субъектов профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних.

Принятие соответствующих мер при взаимодействии друг с другом – это явная возможность оказать целенаправленное воздействие на экзогенные причинные факторы, на предупреждение нарушения норм права относительно несовершеннолетних.

Идентификация критериев жестокого обращения с несовершеннолетними и пренебрежительного отношения к родительскому долгу – это непосредственная обязанность, закрепленная за работниками учреждений и органов системы профилактики правонарушений и безнадзорности несовершеннолетних.

Информирование органов профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних реализуется посредством экстренных извещений. Данная обязанность имеет распространение на каждую медицинскую организацию, которая предоставляет медицинскую помощь детскому населению. Направляется 2 вида экстренных извещений: в органы профилактики о факте нахождения в социально-опасном положении и в органы внутренних дел и прокуратуру по фактам обращений с наличием оснований полагать, что вред здоровью был причинен в результате противоправных действий.

Ежегодно направляется в органы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних более 1 тыс. извещений о социально-опасном положении и аналогичное число извещений в органы внутренних дел и прокуратуры по фактам обращений с наличием оснований полагать, что вред здоровью был причинен в результате противоправных действий.

На начало 2020 г. в медицинских организациях РС (Я) на профилактическом учете у участковых педиатров по РС (Я) состояло 1648 семей. С 2012 года данная цифра снизилась на 54,9% (в 2012 году – 3656 семей).

В республике в 2012 году открыто 1 обособленное подразделение – кабинет медико-социальной помощи для детей и подростков в г. Якутске и имеются ответственные закрепленные врачи-педиатры участковые по функции данного кабинета в районах.

Главной целью деятельности данных кабинетов является оказание медико-социальной помощи детям и подросткам из семей социального риска, в том числе оказание экстренной психологической помощи несовершеннолетним, родственникам и друзьям лиц, покончивших жизнь самоубийством (совершивших попытки), а также в целях профилактики фактов суицидов несовершеннолетних.

В структуре проблем группы риска, наблюдающихся в кабинете медико-социальной помощи, ежегодно с 2013-2019 гг. на первом месте – проблема детско-родительских отношений – от 69,0 до 87,9% г., на втором месте отсутствие школьной мотивации – от 7,6 до 25,4%, на третьем месте – игровая зависимость – от 0,9 до 2,9%. В 2014 году достаточно большая доля среди обратившихся имела склонности к суицидальному поведению – 9,6%. Среди прочих проблем детей и подростков являлись бродяжничество, kleптомания, противоправные действия, токсикомания (Таблица 39).

Таблица 39 - Структура проблем детей и подростков из группы риска за 2013-2019 гг., наблюдающихся в кабинете медико-социальной помощи

Годы	Всего лиц из группы риска / % от всех	Из них имеющие проблемы: Детско-родительские отношения Абс. число / %	Из них имеющие проблемы: Отсутствие школьной мотивации Абс. число / %	Из них имеющие проблемы: Игровая зависимость Абс. число / %	Из них имеющие проблемы: Прочие
2013	1009 / 65,3%	735 / 72,8%	230 / 22,8%	23 / 2,3%	21 / 2,1%
2014	771 / 61,8%	615 / 79,8%	73 / 9,5%	7 / 0,9%	76 / 9,8%
2015	720 / 54,7%	497 / 69,0%	183 / 25,4%	15 / 2,1%	25 / 3,5%
2016	824 / 71%	570 / 69,0%	184 / 22,0%	31 / 4,5%	39 / 4,7%
2017	993 / 79,7%	746 / 75,1	216 / 21,7	16 / 1,6	15 / 1,5
2018	1620 / 97,3%	1270 / 78,4%	288 / 17,8%	47 / 2,9%	15 / 0,9%
2019	1515 / 83,7%	1332 / 87,9	115 / 7,6%	34 / 2,2%	34 / 2,2%

Проводя анализ за период 2013-2019 г.г. можно сделать вывод, что главной причиной нарушения поведения у детей и подростков, включая девиантное поведение, является проблема детско-родительских отношений. Данная проблема в 2 раза чаще возникает в неполных семьях, в семьях социального риска, а также в полных семьях, где между родителями существуют межличностные негативные отношения, где отец уклоняется от воспитания ребенка, где ребенка не ценят как личность, где проблему ребенка не соотносят к себе, где ребенок длительное время (в период раннего возраста) воспитывается бабушкой, дедушкой или другими родственниками.

Второй существенной причиной, провоцирующей и поддерживающей любое нездоровье ребенка (психосоматическое, невротическое, депрессивное, психическое), является неблагоприятный психологический климат в семье.

Пациенты, посещающие данный кабинет, в большей части не имели определенных и регламентированных сроков прохождения занятий. Основной акцент был ориентирован на достижении установленных результатов.

Минздравом России письмом от 25.05.2017 г. № 15-2/10/2-3461 [104] были направлены субъектам и рекомендованы к применению методологические рекомендации, ориентированные на обеспечение стабильного и эффективного функционирования трехуровневой системы медико-социальной помощи детям.

Рассматривая применимость данного подхода для Республики Саха (Якутия) нами были выделены основные факторы, затрудняющие введение их в действие, изучались подходы, позволяющие организовать фактическое оказание данной помощи несовершеннолетним. Установлено, что в районах имеется малое число врачей-педиатров и врачей общей практики (от 1 до 3) и 1 врач-психиатр-нарколог на район для взрослых и детей. При этом большое число населенных пунктов в районах, транспортное сообщение по зимнику, водным транспортом, расстояния иногда в 500 км до районного центра, не позволяют оказывать данные виды помощи на местах, вводить уровни их оказания. Таким образом, вся работа по медико-социальной помощи в таких населенных пунктах и районах выполняется фельдшерами, участковыми педиатрами, врачами общей практики, врачами психиатрами-наркологами без формирования подразделений. В городах основные проблемы были связаны с отсутствием утвержденных тарифов ОМС на оказание данной помощи, других источников финансирования, утвержденных порядков, требуемых объемов. Вместе с тем, исполнение возложенных полномочий и обязанностей контролируется надзорными органами, держится на контроле и прорабатывается комиссиями по делам несовершеннолетних при муниципальных образованиях, межведомственными комиссиями при Правительстве республики.

В процессе рассмотрения функционирования кризисных центров медико-

психологической поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации в 2014-2019 гг. и количества аборт у несовершеннолетних, и отказов от младенцев установлено более активное снижение данных показателей по сравнению с периодом 2010-2013 гг. (Таблица 40).

Таблица 40 – Показатели функционирования кризисных центров медико-психологической поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, за период 2014-2019 гг.

№		2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
1.	Индивидуальные консультации	1789	3139	4415	8011	6906	7232
2.	в том числе беременные и в ТЖС	194	389	669	788	895	718
3.	в том числе несовершеннолетние беременные	23	15	58	65	96	65
4.	Доабортное консультирование	230	3139	1962	3143	3272	3538
5.	Приняли решение сохранить беременность	542	636	567	665	566	593
6.	Количество абортов в возрасте 0-17 лет, всего по РС (Я)	97	78	61	75	68	60
7.	Женщин, планирующих отказ от новорожденного	8	35	38	30	9	13
8.	Изменили решение по отказу от новорожденного ребенка в пользу принятия	8	24	36	26	7	10
9.	Количество отказов от новорожденных, всего по РС (Я)	28	22	22	19	6	12
10.	Численность родивших несовершеннолетних, всего по РС (Я)	213	230	189	144	142	131

Дети-сироты и дети, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации (ТЖС), ежегодно проходят углубленную диспансеризацию узкими специалистами. По данным мониторинга Федерального портала, за 2019 год осмотрено 4350 детей-сирот, детей, находящихся в ТЖС, оставшихся без попечения родителей, принятых под опеку (попечительство). Дети, в случае отсутствия попечителей и

опекунов, госпитализируются по показаниям в медицинские учреждения, где они находятся до момента устройства в учреждения управления социальной защиты и образования.

Психиатрическая помощь в Республике Саха (Якутия) оказывается в 4 психоневрологических диспансерах, 29 психиатрических и 2 психотерапевтических кабинетах.

Министерством здравоохранения РС (Я) совместно с ЯРПНД организован мониторинг случаев суицида среди несовершеннолетних, в кратчайшие сроки врачом-психиатром проводится медицинское освидетельствование всех лиц после незавершенной суицидальной попытки, а также их регистрация и работа с семьей.

По данным государственной статистики, в России в 2017 году частота завершённых суицидов в возрасте 0-17 лет составила 1,3 случая на 100 тыс. детского населения. В самом неблагополучном регионе за 2017 год, Республике Алтай, частота суицидов среди несовершеннолетних составила 9,0 на 100 тыс. детского населения и превысила среднероссийский показатель в 6,9 раза. Данный показатель в РС (Я) также ежегодно значительно превышает средние по Российской Федерации и составил в 2017 году 4,2, а в 2019 году – 7,2 на 100 тыс. детского населения.

Неблагоприятной тенденцией является рост числа парасуицидов (попыток суицида) за последние 4 года, в 2019 году их число выросло в 2,7 раза и составило 106 случаев (Таблица 41).

Таблица 41 - Смертность от суицидов и число их попыток среди несовершеннолетних в Республике Саха (Якутия) за 2010-2019 гг.

	Годы									
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.
Число суицидов в РС (Я) среди несовершеннолетних	33	33	25	18	23	19	9	11	20	19
на 100 тыс. детского населения в РС (Я)	13,2	13,1	9,8	7,1	9,0	7,3	3,4	4,2	7,6	7,2
Парасуициды	н/д	н/д	41	31	24	12	12	40	68	106

Смертность от самоубийств среди несовершеннолетних за период 2010-2019 гг., к сожалению, не имеет тенденции к снижению. В основном от суицида умирают подростки в возрасте от 15 до 17 лет. При рассмотрении показателей завершенных суицидов наблюдается снижение в период с 2011 по 2016 годы, затем рост до 2019 года по обоим показателям.

В Республике Саха (Якутия) специализированная медицинская помощь лицам с кризисным состоянием и суицидальным поведением оказывается в ЯРПНД. Детское отделение ЯРПНД на 20 коек также оказывает помощь несовершеннолетним с кризисными состояниями и суицидальными наклонностями. В 2016 году пролечено 102 ребенка, в 2017 г. – 152, в 2018 и 2019 гг. – 145 и 132 соответственно. При этом число детей с суицидальным поведением составляет от 2 до 4 ежегодно. Таким образом, отмечается значительная проблема с проведением работы в стационарных условиях как по месту (только в г. Якутске), так и по числу согласившихся на курс специализированного лечения (2-4 в год при более 100 парасуицидов в 2019 г.). Дети, совершившие попытку суицида, берутся на профилактический учет в органах системы профилактики и наблюдаются по большей части у психологов организаций образования и молодежной политики.

Согласно постановлению Республиканской межведомственной комиссией по делам несовершеннолетних и защите их прав при Правительстве РС (Я) был издан межведомственный план по профилактике аутоагрессивного поведения несовершеннолетних. Ведущим ответственным органом определено Министерство образования и науки РС (Я), соисполнителями – остальные органы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних. Также разработана программа «Концепция развития психиатрической службы Республики Саха (Якутия)», в которой предусмотрено совершенствование психотерапевтической службы, суицидологической службы, обучение специалистов на курсах повышения квалификации по суицидологии, психотерапии.

Неоспоримым в настоящее время является факт, что одной из причин суицидов являются депрессивные состояния. Также при рассмотрении общей статистики за 2010-2019 гг. установлено, что на профилактическом учете у педиатра состоят около половины среди завершенных суицидов (от 34,8 до 59,1%). По данным исследования ЮНИСЕФ «Смертность российских подростков от самоубийств» – более 90% самоубийств среди подростков связано с неблагополучием в семье.

Таким образом, выявление случаев неблагополучия в семье и своевременное оказание необходимой всесторонней помощи является важной задачей, решаемой рядом ведомств и при их взаимодействии.

Специализированную помощь в антикризисных кабинетах при медицинских организациях взрослым, в том числе и несовершеннолетним, с кризисными состояниями и суицидальным поведением оказывают психиатры-психотерапевты, психологи. Для снижения самоубийств среди лиц, страдающих психическими расстройствами, требуются более целенаправленные усилия со стороны врачей-психиатров, своевременная диагностика психических расстройств и их качественное лечение.

Наркологическая помощь в республике оказывается в диспансерах: «ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский наркологический диспансер»» (далее – ЯРНД), Алданским и Вилюйским психоневрологическими диспансерами, Ленским и Нерюнгринским наркологическими диспансерами, Мирнинским наркологическим отделением ЦРБ и 29 наркологическими кабинетами в составе центральных районных больниц. Число детско-подростковых наркологических кабинетов составляет 3 (Мирнинский, Нерюнгринский районы и г. Якутск), в остальных районах наркологическая помощь детям и подросткам осуществляется в кабинетах врача-нарколога.

Наркологическая ситуация среди населения республики характеризуется значительным преобладанием численности лиц, находящихся в алкогольной зависимости, в сравнении с потребителями наркотиков. За период 2010-2019 гг. на диспансерном учете по хроническому алкоголизму (синдром зависимости от

алкоголя), наркомании и токсикомании подростки и дети не зарегистрированы. Наблюдается факт отсутствия постановки диагнозов наркоманий, токсикоманий и алкоголизма у несовершеннолетних и установка пагубного употребления без сформированной зависимости.

Одним из приоритетных направлений работы наркологической службы республики является активизация раннего выявления потребления алкоголя, наркотиков и других психоактивных веществ несовершеннолетними на стадии еще не сформировавшегося синдрома зависимости от психоактивных веществ для того, чтобы подросток вовремя попал в поле зрения наркологов, педагогов. При данных обстоятельствах отсутствуют законные основания к наложению ограничений по вопросам дальнейшей учебы, трудоустройства, а значит, имеются благоприятные возможности к полноценной реабилитации и ресоциализации этих детей.

Массированный старт проведения наркотестирования в образовательных организациях позволил повысить уровень выявляемости употребления несовершеннолетними наркотических веществ, алкоголя с вредными последствиями.

С целью профилактики злоупотребления алкоголем и наркотиками в организованных группах несовершеннолетних и молодежи, в группах риска, в неорганизованных коллективах, работы с безнадзорными детьми важно активно проводить выездные мероприятия в виде лекций, акций, различных мероприятий (семинары, ярмарки здоровья, конференции, круглые столы), обеспечить внешкольную занятость детей и подростков спортивными, культурными, досуговыми и другими мероприятиями.

5.2. SWOT-анализ системы медико-социальной помощи детскому населению в Республике Саха (Якутия)

В целях оценки существующей системы медико-социальной помощи детям в РС (Я) применялся SWOT-анализ. В результате, сформирована

соответствующая таблица, отображающая наиболее важные и актуальные факторы (Таблица 42). В общей таблице определены основные проблемы в организации медико-социальной помощи детскому населению республики и способы их решения.

Осуществленная работа с применением SWOT-анализа дала возможность идентифицировать наиболее острые проблемы, которые имеют место в процессе организации системы медико-социальной помощи детскому населению на территории РС (Я).

Таблица 42 - Общий SWOT-анализ организации медико-социальной помощи детскому населению РС (Я)

Сильные стороны	Слабые стороны
<p>Активная вовлеченность Правительства РС (Я) по решению задач по профилактике правонарушений несовершеннолетними и в их отношении, оказанию медико-социальной помощи детям.</p> <p>Активное решение вопросов на уровне комиссий по делам несовершеннолетних, подведомственных организаций органов исполнительной власти и структур входящих в органы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних</p>	<p>Сложности взаимодействия органов профилактики в целях выявления семей с детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации.</p> <p>Недостаточная укомплектованность медицинских организаций подготовленными кадрами.</p> <p>находящимся в ТЖС Дефицит навыков работы у специалистов в детских поликлиниках</p>
Благоприятные возможности	Угрозы
<p>Нормативная база Минздрава РС (Я), органов системы профилактики. Активное подключение кабинетов медико-социальной помощи (отв. специалистов районов), подростковой <u>сущидологической службы</u>, телефона доверия.</p> <p>Проведение мероприятий, по формированию здорового образа жизни, профилактике беспризорности и безнадзорности детей и подростков</p>	<p>Несформированная позиция населения по самостоятельному обращению за медико-социальной помощью</p> <p>Низкая доступность медико-социальной помощи. Недостаточность разработанных механизмов (правовых, организационных, информационных, финансовых), обеспечивающих межведомственную координацию органов профилактики</p>

Дальнейший SWOT-анализ представлен в виде схем реализации возможностей, нейтрализации угроз и использования благоприятных возможностей (Таблицы 43-45).

Таблица 43 - Схема реализации возможностей с помощью сильных сторон

Сильные стороны	Благоприятные возможности	Мероприятия
Политическая воля руководства Правительства РС (Я) по решению задач по профилактике правонарушений несовершеннолетними и в их отношении, оказанию медико-социальной помощи детям	Нормативная база Минздрава РС (Я), органов системы профилактики	В план мероприятий "Десятилетия детства с 2020 года" включены мероприятия, обеспечивающие медико-социальную помощь, профилактику суицидов
Активное решение вопросов на уровне комиссий по делам несовершеннолетних, подведомственных организаций органов исполнительной власти и структур входящих в органы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних	Проведение мероприятий, по формированию здорового образа жизни, профилактике беспризорности и безнадзорности детей и подростков	Осуществление межведомственных мероприятий. Проведение семинаров, круглых столов, конференций по обмену опытом и усовершенствования необходимых знаний и практических навыков

Таблица 44 - Схема нейтрализации угроз с помощью сильных сторон

Сильные стороны	Угрозы	Мероприятия
Активное решение вопросов на уровне комиссий по делам несовершеннолетних, подведомственных организаций органов исполнительной власти и структур входящих в органы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних	Несформированная позиция населения по самостоятельному обращению за медико-социальной помощью	Формирование в детско-родительской среде доверия к организациям, оказывающим медико-социальное сопровождение. Распространение информации и социальных роликов в СМИ, сайтах органов профилактики безнадзорности и профилактики правонарушений
Политическая воля руководства Правительства РС (Я) по решению задач по профилактике правонарушений несовершеннолетними и в их отношении, оказанию медико-социальной помощи детям	Низкая доступность медико-социальной помощи	Внедрение дистанционных технологий, закрепление Арктических и малонаселенных пунктов за крупными районами. Практика использования выездными бригадами попутного проведения индивидуальной профилактической работы и массовых мероприятий

Активное решение вопросов на уровне комиссий по делам несовершеннолетних, подведомственных организаций органов исполнительной власти и структур входящих в органы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних	Недостаточность разработанных механизмов (правовых, организационных, информационных, финансовых), обеспечивающих межведомственную координацию органов профилактики	Разработка и внедрение регламентов и соглашений о межведомственном взаимодействии. Модернизация форм экстренного извещения о случае нахождения ребенка в социально опасной ситуации с последующим пошаговым алгоритмом действий
---	--	--

Таблица 45 - Схема применения положительных возможностей для устранения слабых сторон

Слабые стороны	Благоприятные возможности	Мероприятия
Сложности взаимодействия органов профилактики в целях выявления семей с детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации	Нормативная база Минздрава РС (Я), органов системы профилактики	Осуществление межведомственных мероприятий. Создание единого электронного регистра семей, находящихся в социально-опасном положении, для межведомственного взаимодействия и оказания индивидуальной профилактической работы
Недостаточная укомплектованность медицинских организаций подготовленными кадрами	Нормативная база Минздрава РС (Я), органов системы профилактики. Активное подключение кабинетов медико-социальной помощи (отв. специалистов районов), подростковой <u>суицидологической службы, телефона доверия</u>	Тематическая подготовка врачей-психиатров-наркологов на курсах ПК и ТУ по детской психиатрии, детской наркологии, <u>суицидологии</u> , в т.ч. путем приглашения организаций в РС (Я) на выездные курсы. Развитие дистанционных образовательных технологий для обучения на местах
Дефицит навыков работы у специалистов в детских поликлиниках	Активное подключение кабинетов медико-социальной помощи (отв. специалистов районов), подростковой <u>суицидологической службы, телефона доверия</u>	Развитие дистанционных образовательных технологий для обучения на местах. Осуществление межведомственных мероприятий. Проведение межведомственных и ведомственных мероприятий с обменом опытом

Таким образом, рассматривая организацию оказания медико-социальной

помощи детям в республике можно отметить следующие моменты:

1. При рассмотрении следственными и надзорными органами случаев правонарушений несовершеннолетними и в их отношении, суицидов, кроме основных мер также оценивается и анализируется межведомственная работа органов профилактики, устанавливаются условия, приведшие к итоговому событию, действия и бездействия. Таким образом, разобщенность действий органов профилактики и отсутствие комплексности индивидуальной профилактической работы с семьями может иметь определенные значимые последствия.

2. Ведущими организаторами здравоохранения и Минздравом России рекомендуется организация трехуровневой медико-социальной помощи детскому населению в субъектах. При этом, в условиях территорий с низкой плотностью населения, особенностях расселения в Республике Саха (Якутия), организация данной службы возможна только с помощью дистанционных методов работы.

3. Одним из важнейших направлений будет развитие дистанционных форм работы и межведомственного взаимодействия, создания единой учетной системы – единого банка данных республики о детях, находящихся в социально опасном положении, и их семьях, дальнейшее осуществление индивидуальной профилактической работы в едином портале. С учетом реализации регионального проекта Национального проекта «Цифровая экономика Республики Саха (Якутия)», активное подключение ФАП и ВА, расположенных в отдаленных и малочисленных населенных пунктах, Арктики к сети Интернет до 2024 года позволит решить большинство задач цифровизации и решить проблемы удаленности и труднодоступности.

ГЛАВА 6. РЕАЛИЗАЦИЯ ЦЕЛЕВЫХ КОМПЛЕКСНЫХ ПРОГРАММ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

6.1. Реализация Приоритетного национального проекта «Здоровье» и Программы модернизации здравоохранения Республики Саха (Якутия) в контексте развития педиатрической службы

Реализация Приоритетного национального проекта «Здоровье» и Программы модернизации здравоохранения в 2009-2013 годах осуществлялась по 5 основным направлениям. Все мероприятия осуществлялись в соответствии с сетевыми графиками Минздрава России и Министерства здравоохранения РС (Я).

Реализация проекта в сфере здравоохранения проводилась согласно основным мероприятиям и параметрам Приоритетных национальных проектов «Образование», «Здоровье», «Доступное и комфортное жилье – гражданам России» в 2009-2012 годах. Финансовое обеспечение Приоритетного национального проекта «Здоровье» в Республике Саха (Якутия) в период с 2012-го по 2013-й гг. осуществлялось в пределах расходных обязательств, предусмотренных Государственной программой «Развитие здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2012-2016 годы».

С 2008 года диспансеризации подлежат дети-сироты и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, пребывающие в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты.

Результаты диспансеризации подтвердили негативные явления в состоянии здоровья этой категории детей: низкую долю здоровых детей, увеличение удельного веса детей, имеющих хроническую патологию.

С 2009 года по республике осуществляется новое направление реализации проекта по формированию здорового образа жизни, активно создаются центры здоровья, обеспечивается тотальный охват неонатальным и аудиологическим скринингом новорожденных. Программа по родовым сертификатам дала серьезную отдачу: дополнительное финансирование учреждений службы

родовспоможения и детских поликлиник улучшило их оснащение, обеспечение медикаментами. Представленные выше обстоятельства стали первопричиной усиления потенциала в плане выявления осложнений и разного рода нарушения вынашивания плода и родового процесса, увеличению уровня качества мониторинга женщин при беременности в условиях диспансера, медпомощи женщинам в период вынашивания плода, родового процесса, в течение постродового периода и появившимся на свет младенцам.

В части оснащения медицинским оборудованием в рамках ПНП «Здоровье» отмечен низкий удельный вес поставок нового оборудования, предназначенный для оказания медицинской помощи детям, в 2009-2011 гг. он составил 8,85%.

Модернизация здравоохранения в 2011-2017 гг.

Одним из приоритетных направлений Программы модернизации здравоохранения является совершенствование системы охраны здоровья детского населения на основе инновационных медико-организационных технологий.

С 2014 года добавлена новая подпрограмма «Проектирование, строительство и ввод в эксплуатацию республиканского перинатального центра в г. Якутске на 2014-2017 годы в рамках Программы модернизации здравоохранения РС (Я).

В целом за 2011-2017 гг. было предусмотрено в общем 12,6 млрд. руб., из которых 7,4 млрд. руб. – средства Федерального Фонда ОМС, 2,9 млрд. руб. – бюджета республики, 0,8 млрд. руб. – бюджета ТФОМС. На реализацию данного направления предусмотрено 3,8 млрд. руб., из которых 2,4 – средства Федерального фонда ОМС; 1,4 – из бюджета республики.

В рамках реализации задачи № 1 «Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения» завершено строительство 9 объектов здравоохранения, из них 6 объектов оказывают медицинскую помощь детям и беременным. Проведены капитальные ремонты в большинстве городских, республиканских и районных больницах, началась замена ветхих зданий участковых больниц на современные модульные конструкции.

Следующим шагом модернизации стало оснащение современным оборудованием в соответствии с новыми порядками оказания медицинской

помощи. Всего для оснащения педиатрической службы в рамках программы проведен закуп более 1 тыс. единиц оборудования на общую сумму более 1 300,0 млн. руб.

Впервые созданы передвижные врачебные бригады для проведения профилактических осмотров и диспансеризации детского населения, проживающих в труднодоступных населенных пунктах республики и Арктике.

Помимо укрепления материально-технической базы также серьезный акцент был сделан на информатизации. В ходе модернизации в отрасли активно внедрялись современные информационные технологии, проводилось подключение всех медицинских организаций и крупных подразделений к сети Интернет, запущен электронный документооборот. Получили развитие и технологии телемедицины, дистанционного консультирования.

Реализация программных мероприятий способствовала позитивным изменениям демографической ситуации в республике, улучшению состояния здоровья населения. По предварительной оценке, показатель общей смертности по РС (Я) за 2013 г. снизился на 11,2% в сравнении с 2010 г. и составил 8,7 на 1000 нас. (2010 г. – 9,8). Увеличилась фондооснащенность и фондовооруженность учреждений здравоохранения более чем на 30%.

6.2. Реализация Стратегии действий в интересах детей Республики Саха (Якутия) на 2012-2017 годы

Для осуществления разработанной государством политики в плане повышения уровня качества детского населения, обеспечения охраны их здоровья, формирования оптимальной среды для их развития, воспитания, обучения и жизни, сформирована и внедрена в практику Стратегия действий в интересах детей РС (Я), рассчитанная на период с 2012-го по 2017-й гг. с приложенным к ней Планом приоритетных мер.

В процессе осуществления Стратегии был интегрирован комплекс мер, которые ориентированы на предоставление медико-социальной и медицинской помощи семьям и их детям на территории РС (Я).

Большая часть проводимых мероприятий была осуществлена при реализации госпрограммы «Развитие здравоохранения в Республике Саха (Якутия) на 2012-2019 годы». При рассмотрении целевых индикаторов (Таблица 46) можно увидеть улучшение показателей (индикаторов) за период 2012-2017 годы, особенно в части снижения абортотв у несовершеннолетних девушек (статистически значимое снижение более чем в 2 раза в период с 2012 по 2016 годы (χ^2 МакНемара=22,47; $p < 0,0001$)).

При проведении оценки достижения целевых индикаторов установлена статистическая значимость снижения показателей младенческой смертности к 2017 году (χ^2 МакНемара=35,74; $p < 0,0001$), увеличения доли детей 1 и 2 группы здоровья, обучающихся в общеобразовательных учреждениях (χ^2 МакНемара=409,62; $p < 0,0001$), увеличения охвата детей-сирот диспансерным наблюдением (χ^2 МакНемара=176,37; $p < 0,0001$).

Таблица 46 - Достижение целевых индикаторов Национальной стратегии действий в интересах детей за 2012-2017 гг.

Исполнение индикаторов															
3. Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни	№	Наименование целевого индикатора	Ед. изм.	Значение индикатора											
				в т.ч. по годам											
				2012 план.	2012 факт.	2013 план.	2013 факт.	2014 план.	2014 факт.	2015 план.	2015 факт.	2016 план.	2016 факт.	2017 план.	2017 факт.
	1	Количество отказов от новорожденных детей	абс. ч.	61	17	58	18	56	28	54	22	52	22	50	19
	2	Аборты у несовершеннолетних девушек	Абс. ч.	182	127	172	112	162	97	152	78	142	61	132	75
	3	Младенческая смертность	на 1000 род. живыми (%)	7.62	9.6	7.61	9.6	7.6	8.0	7.6	7,6	7.58	7.2	7.57	5.3
	4	Доля детей 1 и 2 группы здоровья, обучающихся в общеобразовательных учреждениях	%	85.2	86.4	85.4	87.4	85.6	86.5	85.8	86.5	86,0	88,0	86.6	89,1
	5	Охват детей диспансерным наблюдением, от плана	%	96,0	98,0	96,0	98.5	96,0	98,4	96,0	97.3	96,0	97,2	96,0	94,4

6.3. Реализация Государственной программы «Развитие здравоохранения в Республике Саха (Якутия)» и Национального проекта «Здравоохранение» в системе охраны здоровья детского населения

Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2012-2019 годы» (далее – Программа 2012-2019) впервые утверждена Указом Президента Республики Саха (Якутия) от 12 октября 2011 года № 982,. Программа с 2012 по 2016 гг. состояла из 10 подпрограмм, в т.ч. включала Приоритетный национальный проект «Здоровье», Модернизацию и развитие системы здравоохранения, имела базовый и интенсивный варианты реализации. Далее данная программа утверждалась на другие сроки, ежегодно корректировались финансовые параметры, Программа 2012-2019 гг. состояла из 14 подпрограмм.

С 2018 года вступила в силу Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2018-2022 гг.» (далее – Программа 2018-2022), утверждена Указом Президента Республики Саха (Якутия) от 15 декабря 2017 года № 2283. Программа 2018-2022 состоит из 9 подпрограмм, не имеет разделения на базовый и интенсивный варианты реализации, укрупнена роспись сумм мероприятий до подпрограмм. Дополнена финансируемыми мероприятиями, реализуемыми в рамках Регионального проекта Национального проекта «Здравоохранение».

На реализацию Программы 2012-2019 за период с 2012 по 2017 годы было предусмотрено 213 324,9 млн. рублей, в том числе: из федерального бюджета – 12 832,7 млн. рублей, из государственного бюджета Республики Саха (Якутия) – 110 271,1 млн. рублей, из внебюджетных средств – 90 221,2 млн. рублей [139]. На реализацию мероприятий в сфере охраны здоровья детей было направлено 5 733,7 млн. руб. из ГБ, 3 615,7 млн. руб. из ФБ, из них на строительство перинатального центра 34,2% средств ГБ и 99,3% средств ФБ.

Далее перечислены и описаны мероприятия и подпрограммы, которые имеют отношение к процессу организации предоставления медпомощи детям,

осуществлен их детальный анализ.

Подпрограмма «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни». В рамках временного интервала 2012-2019 гг. при реализации мероприятий вакцинопрофилактики контрольные уровни охвата граждан Республики прививками против дифтерии, коклюша, кори, эпидемического паротита и краснухи в декретированных возрастах достигались уровня не менее 95%, что свидетельствует о достаточной защищенности населения, в том числе детей, от данных заболеваний.

1. Проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот, детей, находящихся в ТЖС, несовершеннолетних.

Для осуществления целостного списка консультационных мероприятий этих группам детей в РС (Я) выезжает бригада врачей-специалистов из медицинской организации 3 уровня – ГАУ РС (Я) «Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины», в районы Республики Саха (Якутия) (преимущественно северные и арктические), где по нормативам проживающего населения не предусмотрено наличие необходимых для медицинских осмотров и диспансеризации врачей-специалистов.

В соответствии с ежегодно утверждаемой Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Саха (Якутия) за счет средств Государственного бюджета Республики Саха (Якутия) производится снабжение финансовыми ресурсами затрат, которые не числятся в совокупности тарифных ставок на оплату медпомощи, обозначенную в содержании Территориальной подпрограммы обязательного медицинского страхования.

Согласно согласованным и утвержденным в медицинских организациях планам-графикам, исходя из наличия специалистов, формируются и направляются врачебные бригады, состоящие до 10 специалистов. Ежегодно охватывается до 15 районов, в каждом районе осматривается до 6 населенных пунктов, сроки нахождения – от 3 до 8 дней. Охватываются 100% детей-сирот и детей,

находящихся в ТЖС в стационарных организациях. Оставшаяся часть районов, при отсутствии требуемых специалистов, заключает договора с соседними крупными районами, медицинскими организациями (в т.ч. негосударственной формы) г. Якутска. Высокая эффективность данного мероприятия обусловлена исполнением требований законодательства и прав несовершеннолетних, выявляемостью заболеваний, требующих специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

2. Совершенствование системы оказания акушерской и неонатологической помощи.

В 2013-2019 годах данные средства были направлены на приобретение медицинского оборудования согласно приказу Минздрава России от 15.11.2012 г. № 92н для учреждений родовспоможения. Реализация данного мероприятия было направлено на снижение перинатальной, младенческой и материнской смертности.

При рассмотрении проведенных закупок, с учетом отсутствия закупок для отделений реанимации и учреждений родовспоможения районов республики в рамках нормированного страхового запаса, наблюдается дальнейшее снижение показателя износа оборудования (рост износа с 2012 по 2017 гг. с 53 до 74%). Данное явление связано, с одной стороны, массовыми закупками медицинского оборудования в период действия Программы модернизации здравоохранения в 2011-2013 гг., с другой стороны, дальнейшие закупки медицинского оборудования не успевали обновлять устаревающее, поступавшее в период действия вышеуказанных программ. Только для обновления одного наименования оборудования – высокочастотных аппаратов ИВЛ для отделений реанимации 34 ЦРБ (оказание реанимационной помощи новорожденным) с 2014 по 2017 гг. (при пятилетнем сроке эксплуатации) должны были составить 8 ед. ежегодно, при 1-2 фактическикупаемых. В данном случае рост неблагоприятных последствий был нивелирован после ввода Перинатального центра в г. Якутске, пересмотра маршрутизации направления беременных на родоразрешение, резкого снижения числа родов в районах.

1. Приобретение комплектов для новорожденных.

В целях реализации Закона Республики Саха (Якутия) от 17 декабря 2008 года 643-З № 147-IV для поддержки малообеспеченной семьи при рождении ребенка, начиная с 2010 года, приобретаются комплекты для новорожденных.

4. Совершенствование медицинской помощи матерям и детям. Аудиологический скрининг новорожденных и детей до 1 года. Неонатальный скрининг.

На создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка в 2019 году направлено 28,3 млн. рублей, в том числе на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка 22,3 млн. рублей (в 2018 – 18,5 млн. рублей), закупку оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга 5,9 млн. рублей.

Аудиологический скрининг. Ежегодно предусмотрено на данные цели 1 100-1 200 тыс. рублей в период 2012-2020 гг. (в 2015 году – 1595 тыс. рублей) из Государственного бюджета РС (Я). Закупаются аппараты измерения отоакустической эмиссии для проведения аудиологического скрининга согласно: приказу Минздравсоцразвития РФ от 22 марта 2006 г. № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания», приказу Министерства здравоохранения РФ от 9 апреля 2015 г. № 178н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю “сурдология-оториноларингология”» в количестве 3 шт. ежегодно.

Ранее данное оборудование поступало в рамках ПНП «Здоровье в 2009 году во исполнение постановления Правительства РФ от 14 февраля 2009 года № 122 «Правила передачи диагностических средств, а также оборудования и расходных материалов аудиологического скрининга». В рамках вышеуказанной программы было поставлено оборудование для проведения аудиологического скрининга 1 этапа, 2 этапа и введено в эксплуатацию для 16 МО: РБ № 1 - НИЦМ, МУ «ЯГКБ» и 14 крупнейших районных больниц.

Таким образом, с начала действия мероприятия с 2012 года для полного оснащения ЦРБ в 34 районах республики, с учетом пятилетнего срока

эксплуатации, около половины центральных районных больниц в постоянном режиме не имело оборудование или истекали указанные сроки. Нехватка средств при реализации данного мероприятия привела к резкому снижению оснащенности районов, имеющих указанное оборудование с 2015 года, затем с 2017 года, когда первые партии, поступившие в 2012 году, начали выходить из строя. При этом, рассматривая показатели выявления детей с нарушениями слуха, достоверных признаков увеличения выявляемости не установлено. Таким образом, наличие данного мероприятия, возможно, увеличило уровень удобства при проведении аудиологического скрининга, однако достоверных признаков влияния на показатели охвата и выявляемости не выявлено.

Для проведения неонатального скрининга в 2012-2014 гг. предусматривалось 4509,0 тыс. руб. из Государственного бюджета РС (Я), 6 209,0 тыс. рублей в 2015-2017 гг., 5452,0 тыс. руб. в 2018 г. и 5 900 тыс. руб в 2019-2020 гг. На данные средства закупался расходный материал для проведения неонатального скрининга согласно приказу Минздравсоцразвития РФ от 22 марта 2006 г. № 185 «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания». Реализация данного мероприятия обеспечивает охват новорожденных неонатальным скринингом, исполняются требования законодательства при его проведении.

Неонатальный скрининг новорожденных (проведение 122077 обследований с 2012 по 2019 гг.) позволило выявить 42 наследственных заболевания на раннем этапе: 4 – с фенилкетонурией, 16 – с врожденным гипотиреозом, 12 – с адреногенитальным синдромом, 8 – с муковисцидозом, 2 – с галактоземией. Данное мероприятие позволило начать своевременную коррекцию выявленных нарушений.

Неонатальный скрининг обеспечивает экономию медицинских и социальных ресурсов. В России, том числе в РС (Я), реализуются программы неонатального скрининга по пяти заболеваниям (муковисцидоз, фенилкетонурия, галактоземия, адреногенитальный синдром, врожденный гипотиреоз). При этом своевременно не диагностируются десятки наследственных патологий обмена

веществ, суммарная частота которых высока. Заболевания имеют тяжелые, иногда фатальные проявления, но в то же время при своевременной диагностике и раннем начале терапии могут быть компенсированы. К сожалению, во многих случаях наследственные болезни обмена в нашей республике поздно диагностируются. Данную проблему может решить внедрение технологии тандемной масс-спектрометрии (ТМС) для расширения спектра выявляемых нарушений – более 30 заболеваний обмена. В мировой практике здравоохранения этот метод используют для проведения массового скрининга новорожденных на наследственные болезни обмена веществ (нарушения метаболизма аминокислот, органических кислот и дефектов митохондриального β -окисления жирных кислот). Скрининг предполагает выявление заболевания на доклинической стадии, когда еще возможно лечение. Своевременное лечение новорожденных детей позволит предотвратить тяжелые проявления этих болезней – умственную отсталость, слепоту, карликовость и другие – и обеспечить нормальное развитие детей, позволит снизить младенческую и детскую смертность и инвалидность от врожденных и наследственных заболеваний, уточнение диагноза позволит предупредить новые случаи в семьях. В РФ данная технология из регионов внедрена в Свердловской области.

Расширение массового скрининга новорожденных на наследственные заболевания обмена веществ с применением технологии тандемной масс-спектрометрии и подтверждающей диагностики предусматривает приобретение тандемного масс-спектрометра и высокоэффективного жидкостного хроматографа стоимостью в комплекте.

5. Развитие специализированной медицинской помощи женщинам и детям. Охрана здоровья женщин и детей в части развития специализированной медицинской помощи женщинам и детям.

Средства из государственного бюджета РС (Я) направлялись на проведение целевых обучающих мероприятий (первичная переподготовка, повышение квалификации специалистов, проезд и проживание приглашаемых лекторов на выездные обучающие курсы профессиональной переподготовки и

сертификационные циклы, не имеющих в РС (Я)), проведению Межрегиональных и Всероссийских мероприятий (оплата проезда, проживания ведущих специалистов РФ). На эти цели направлялось от 475 тыс. до 1100 тыс. руб. В 2017-2018 гг. выделенные средства были секвестированы. Также на эти цели в 2014-2015 гг. осуществлялась поставка средств, действующих на центральную нервную систему, поставка иммуносупрессивных средств, поставка лечебного питания с наследственными формами заболевания, поставка реагентов для обследования новорожденных.

6. В соответствии с информацией, которая была представлена Всемирной организацией здравоохранения, свыше 30% детей на всей планете младше 5 лет питаются неправильно [144]. На территории РС (Я) разрешение связанных с «северным завозом» проблемных аспектов и вопросов – это приоритетное направление работы Правительства республики.

Особенной значимостью, помимо всего прочего, обладают вопросы, которые касаются обеспечения детей высококачественными и полноценными питательными продуктами в процессе перехода на комбинированный или искусственный рацион. Это обстоятельство особенно касается семейств, характеризующихся средним душевым доходом, не превышающим установленный на территории РС прожиточный минимум, а также в которых развиваются и воспитываются дети, имеющие болезни в хронической форме.

Несмотря на развитие отраслей сельского хозяйства, в РС (Я) до 2015 года отсутствовали молочные комбинаты, имеющие соответствующие требованиям для питания детей раннего возраста молочную продукцию. Единственная имеющаяся в республике молочная кухня в г. Якутске была закрыта в 2009 году в связи с несоответствием требованиям к качеству и санитарным правилам, устаревшей технологией производства. В дальнейшем на основании локальных нормативных актов проводились торги на закупки сухих молочных смесей медицинскими организациями в каждом муниципальном образовании. Нормативно-правовым актом далее явилось постановление Правительства Республики Саха (Якутия) «О порядке обеспечения полноценным питанием

беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет в Республике Саха (Якутия)» № 105 от 16.04.2015 г. (далее – Порядок), в котором установлены единообразный размер обеспечения продуктами питания детей до 3-х лет, проживающих в семьях с доходами ниже прожиточного минимума. В соответствии с данным постановлением, семья с ребенком в возрасте до 3 лет может получить полноценное питание в рамках поддержки малоимущих семей. Также приказом Министерства здравоохранения РС (Я) № 01-07/1985 от 3 сентября 2015 г. утвержден административный регламент по предоставлению государственной услуги “Обеспечение полноценным питанием беременных женщин, кормящих матерей, а также детей в возрасте до трех лет в Республике Саха (Якутия)”, обеспечивающий стандартизацию процессов и получения данной социальной помощи.

На территориях, имеющих производство специализированных продуктов питания, возможности поставки, детям с 18 мес. до 3 лет вместо сухих молочных смесей возможна выдача набора № 10 (творог и молоко стерилизованное), при этом выбор набора осуществляет врач педиатр, врач общей практики или фельдшер.

Принятие Порядка позволило обеспечить нормативное соблюдение финансовых затрат, сократить расходы бюджета, увеличить охват, включив обеспечение беременных и кормящих женщин, включить продукцию местного производителя (молочный напиток для детей старше 1,5 лет и творог), а также увеличить число показаний для детей, нуждающихся в лечебном питании.

7. Охрана здоровья женщин и детей в части профилактики абортотв. Развитие центров медико-социальной помощи беременным, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

На профилактику абортотв и развитие центров медико-социальной помощи беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, направлено 2 475 тыс. рублей в период с 2014 по 2019 гг. (причем за 2018-2019 гг. данные суммы составили 0,2 и 0,3 млн. рублей соответственно).

В РС (Я) функционируют 2 центра медико-социальной помощи беременных

женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (кризисные центры), на базе Центра охраны здоровья семьи и репродукции ГАУ РС (Я) «Медицинский центр г. Якутска» и ГАУ РС (Я) «РБ № 1 - НЦМ», а также 16 кабинетов медико-социальной помощи беременным женщинам, оказавшихся в трудной жизненной ситуации на базе центральных районных больниц.

В целях развития школьной и дошкольной медицина, как определено в содержании плана мер Нацпроекта под названием «Здравоохранение», сформирована и внедрена в практику программа регионального уровня под названием «Развитие детского здравоохранения РС (Я)», в т.ч. формирование создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».

8. В подпрограмме «Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении» Госпрограммы также имеется направление по повышению квалификации кадров в симуляционных центрах на базе ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова» и ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.И. Кулакова» Минздрава РФ (с 2020 года) для неонатологов, акушеров-гинекологов, анестезиологов, педиатров на средства, обучение ежегодно проходят от 42 до 65 врачей по данным специальностям.

При формировании обширных стратегических программ формируются целевые показатели (индикаторы) реализации. Для Программы 2012-2019, Программы 2020-2024 в сфере организации медицинской помощи детям были утверждены следующие базовые целевые индикаторы (Таблицы 47, 48).

Результаты периода 2019-го года указывает на то, что уровень смертности детей от 0 до 4 лет, равняется значению в 6,4 на тысячу детей, которые появились на свет живыми. В период 2018-го года данный индикатор составлял 7,2%.

Удельный вес посещений медучреждений с целями профилактики детского населения в возрасте от 0 до 17 лет равняется 42%, тогда как годом ранее данная величина составляла 41,5%.

Таблица 47 – Целевые индикаторы Госпрограммы «Развитие здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2012-2019 годы» в сфере организации медицинской помощи детям

Наименование целевого Показателя	Показатели (индикаторы)					
	2012	2014	2016	Прогноз		
				2017	2018	2019
Подпрограмма 1. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни. Развитие первичной медико-санитарной помощи						
Охват диспансеризацией детей сирот, детей находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты (в % от подлежащих)	97,0	97,0	97,8	97,0	97,0	97,0
Подпрограмма 4. Охрана здоровья матери и ребенка						
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	9,6	8,0	7,2	6,5	6,5	6,4
Охват неонатальным скринингом	99,5	99,5	99,8	99,5	99,5	99,5
Охват аудиологическим скринингом	98,1	99,0	98,3	98,0	98,0	98,0
Смертность детей 0-17 лет (на 100 тыс. населения соотв. возраста)	120,0	104,0	79,4	90,0	81,0	80,0
Больничная летальность (доля умерших детей от числа поступивших)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Подпрограмма 5. Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе детям						
Охват реабилитационной помощью детей-инвалидов от числа нуждающихся	70,0	73,0	75,0	78,0	80,0	82,0
Подпрограмма 6. Оказание паллиативной помощи, в том числе детям						
Обеспеченность койками для оказания паллиативной помощью детям (коек на 100 тыс. детского населения)	0,0	3,9	3,8	3,9	3,9	4,5
Подпрограмма 11. Проектирование, строительство и ввод в эксплуатацию республиканского перинатального центра в г. Якутске на 2014-2019 годы в рамках Программы модернизации здравоохранения Республики Саха (Якутия)						
Перинатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)	12,7	11	9,8	8,55	8,4	8,1
Показатель мертворождаемости (на 1000 родившихся живыми)	8,1	7,0	7,3	5,5	5,5	5,4
Ранняя неонатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)	4,0	3,2	2,5	3,05	2,9	2,7
Выживаемость детей, имевших при рождении очень низкую и экстремально низкую массу тела, в акушерском стационаре	57,6	62,0	87,4	82,0	82,0	82,0

Таблица 48 – Основные индикаторы Госпрограммы «Развитие здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2020-2024 годы» в сфере организации медицинской помощи детям

Наименование целевого показателя	Показатели (индикаторы)				
	2020	2021	2022	2023	2024
Основное мероприятие 2.4. Развитие первичной медико-санитарной помощи, а также системы раннего выявления заболеваний, патологических состояний и факторов риска их развития, включая проведение медицинских осмотров и диспансеризации населения					
Охват диспансеризацией детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (в % от подлежащих)	98,5	98,5	98,5	98,5	98,5
Основное мероприятие 2.18. Совершенствование службы родовспоможения и выхаживания детей с экстремально низкой массой тела					
Ранняя неонатальная смертность (на 1000 родившихся живыми)	2,2	2,1	2,0	2,0	2,0
Основное мероприятие 2.19. Создание системы раннего выявления и коррекции нарушений развития ребенка					
Охват неонатальным скринингом	99,5	99,5	99,5	99,5	99,5
Охват аудиологическим скринингом	98,6	98,7	98,8	98,8	98,8
Основное мероприятие 2.20. Охрана здоровья женщин и детей					
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	5,2	5,0	4,8	4,5	4,2
Основное мероприятие 2.25. «Реализация регионального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»					
Доля преждевременных родов (22-37 недель) в перинатальных центрах (%)	60,7	60,6	59,0	57,0	55,0
Смертность детей в возрасте 0-4 года на 1000 родившихся живыми	6,2	6,2	6,1	6,1	5,9
Смертность детей в возрасте 0-17 лет на 100 000 детей соответствующего возраста (число случаев на 100 тысяч детей соответствующего возраста)	60,7	60,6	59,0	57,0	55,0
Доля посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями (%)	43,0	46,0	47,0	49,0	51,0
Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленным диагнозом болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (%)	50,0	60,0	70,0	80,0	90,0

Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленным диагнозом болезни глаза и его придаточного аппарата (%)	40,0	60,0	70,0	80,0	90,0
Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленным диагнозом болезни органов пищеварения (%)	40,0	60,0	70,0	80,0	90,0
Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения (%)	70,0	80,0	85,0	85,0	90,0
Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0-17 лет с впервые в жизни установленным диагнозом болезни эндокринной системы, расстройств питания и нарушения обмена веществ (%)	70,0	80,0	85,0	85,0	90,0

Удельный вес детей и подростков от совокупного количества детей, прошедших терапию в стационарных отделениях дневного типа медучреждений, предоставляющих медпомощь в амбулаторных условиях, равняется 2,1%, тогда как в период 2018-го года соответствующая величина составляла 1%.

Удельный вес детских подразделений и поликлиник РС, которые были дооборудованы изделиями медицинского назначения в целях достижения их соответствия нормам изданного российским Минздравом Приказа №-92-н от 07.03.2018 года достиг значения в 20%, тогда как в период 2018-го года соответствующая величина составляла 6,6%.

В процессе сопоставления индикаторов за период с 2018-го по 2019-й гг., которые определены показателями в Госпрограмме «Развитие здравоохранения в Республике Саха (Якутия) на период с 2020-го по 2024-й гг.» в области организации медицинской помощи детям с субъектами ДФО было выявлено следующее: показатели младенческой смертности и смертности среди детей в возрасте 0-4 года, 0-17 лет включительно ниже, чем в большинстве субъектов ДФО и в целом по РФ, доля преждевременных родов (22-37 недель) принятых в перинатальных центрах также выше большинства регионов ДФО.

Вместе с тем, доля посещений детьми медицинских организаций с профилактическими целями за 2018-2019 годы среди регионов ДФО находится на последнем 11 месте. Удельный вес детей, которые были приняты под диспансерный мониторинг в первый раз в жизни определенными болезнями в 2018 году, то есть до включения данного индикатора в региональный проект, была значительно ниже, чем в регионах ДФО, вместе с тем значительно выросла в 2019 году, такая же тенденция по наращиванию доли взятия под диспансерное наблюдение детей по поводу заболеваний сохраняется и по 2020 году. Таким образом, наблюдается улучшение ситуации по данному направлению по итогам реализации РП «Детское здравоохранение» за 2 года.

С начала реализации Национального проекта «Здравоохранение» в Программу 2018-2022 при согласовании Минздрава России были включены разделы региональных проектов (РП), один из которых направлен на охрану здоровья детей: Проект регионального уровня «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» (далее по тексту – РП).

Настоящий Проект ориентирован на совершенствовании профилактического рабочего направления в педиатрической сфере, закрепление МТБ медучреждений для детей и соответствующих подразделений при медучреждениях, получение изделий медицинского назначения и фармацевтической продукции организациями родовспоможения, минимум 95% педиатрических подразделений медучреждений и медучреждений для детей будут в полной мере отвечать актуальным требованиям, которые закреплены в соответствующей нормативно-правовой документации.

Реализация настоящей Программы предназначена для принятия нужных мер, ориентированных на дооборудование педиатрических подразделений необходимым оборудованием и формированию в их рамках организационно-планировочных решений. При этом должен обеспечиваться рост уровня удовлетворенности медицинской помощью со стороны населения.

Предусмотренный объем утвержденных средств на 2018-2020 годы

составил 404,07 млн. руб. При этом, при составлении данного РП учитывались только те педиатрические подразделения республики, которые были включены в 30-ю форму статистической отчетности, как детская поликлиника или детское поликлиническое отделение, соответственно в утвержденный список вошло 6 медицинских организаций г. Якутска, 21 центральные и городские больницы из 34 районов республики.

Охват подведомственных учреждений Минздравом РС(Я) по дооснащению медицинским оборудованием детских поликлиник за 2018 и 2019 годы составил 100%, а уровень удовлетворенности заявленной потребности - 85,4%. Из числа включенных в РП медицинских организаций, охват составил 67,5%, соответственно общий уровень удовлетворенности (при наличии заявок не включенных в проект медицинских организаций) мог бы составить около 60%. Таким образом, при условии включения данных медицинских организаций в региональный проект, мероприятие по дооснащению медицинским оборудованием детских поликлиник требует дальнейшей реализации с включением не менее 67% выделенных в 2018 и 2019 гг. средств.

Одним из основных стратегических документов в Республике Саха (Якутия) является Закон РС(Я) от 19.12.2018 2077-3 № 45-VI «О Стратегии социально-экономического развития Республики Саха (Якутия) до 2032 года с целевым видением до 2050 года» (далее – Стратегия СЭР-2032).

В соответствии со Стратегией СЭР-2032 одной из стратегических целей Ц-1.3 является «Эффективная пациентоориентированная система здравоохранения». Одной из задач данной стратегической цели является задача 3-1.3.2 по повышению доступности и качество медицинской помощи, эффективности предоставления медицинских услуг.

В состав мероприятий задачи 3-1.3.2 входит:

- наращение уровня качества и доступности специальной медпомощи детям (повышение уровня доступности и качестве фетальной и детской хирургии, кардиологической хирургии для детей; детской ортопедии и травматологии,

наращение степени продуктивности терапии спастических разновидностей церебрального паралича у детей, онкологии);

- увеличение уровня продуктивности службы детства и родовспоможения.

Представленные мероприятия не имеют финансового обеспечения, тем не менее при проведении сравнительного анализа было выявлено, что цели и задачи, реализуемые Стратегией СЭР -2032 и Региональным проектом, в целом соответствуют друг другу и взаимоувязаны между собой, однако при рассмотрении индикаторов выявлено, что по младенческой смертности имеются расхождения (Таблица 49).

Таблица 49 - Сравнение показателя «Младенческая смертность» Стратегии СЭР – 2032 с показателем Регионального проекта

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Младенческая смертность (до 4,2 случая на 1 тыс. родившихся детей)							
Стратегия СЭР -2032	5	4,6	4,9	4,8	4,7	4,6	4,5
Региональный проект	-	5,4	5,2	5,0	4,8	4,5	4,2
Расхождение		+0,8	+0,3	+0,2	+0,1	-0,1	-0,3

В дальнейшем нами были рассмотрены прогнозные показатели тех индикаторов, которые имели высокий уровень аппроксимации при формировании линий тренда и длительный период возможного наблюдения индикатора. Фактически при пересмотрах программ развития здравоохранения с 2012 года наблюдалось ежегодное внесение изменений в утвержденные параметры ретроспективно, таким образом, имеется необходимость подбора методик для расчета прогнозируемых индикаторов. В связи с этим, нами был проведен анализ показателей детской смертности с последующим прогнозированием до 2024 года.

По утвержденным индикаторам показателя детской смертности до 2024 года, с одной стороны, наблюдается высокий уровень аппроксимации с 2012 года (Рисунок 16).

При этом было обращено внимание на параметры, имеющие наименьшее влияние от системы здравоохранения, к примеру, показатели смертности от внешних причин, которые имеют наибольшие годовые колебания (Рисунок 17 и 18).

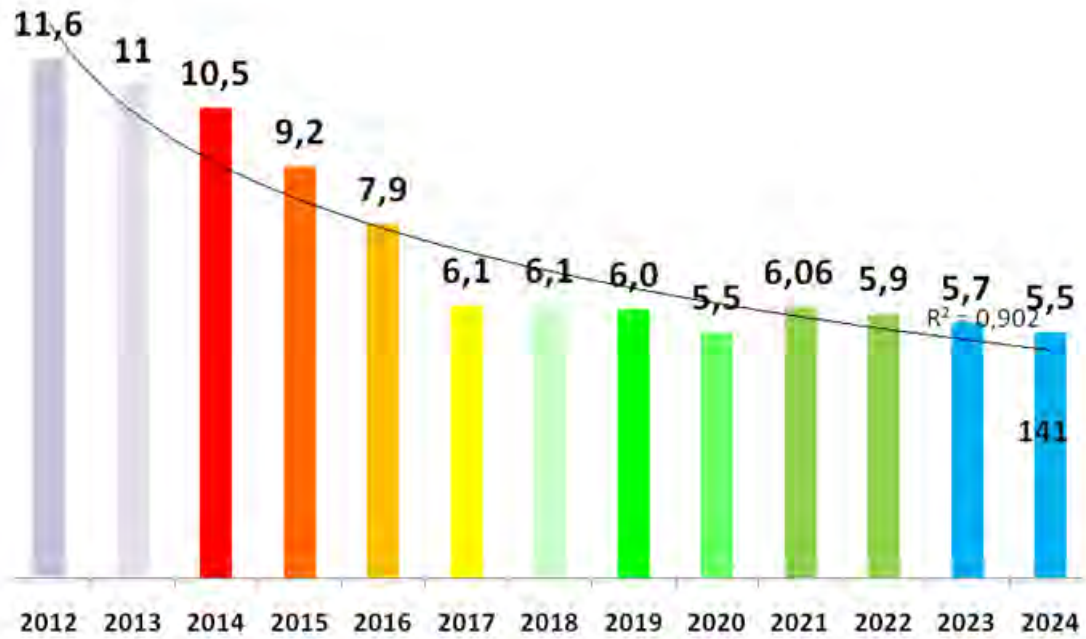


Рисунок 16 - Общие показатели детской смертности в Республике Саха (Якутия) с 2012 по 2020 годы, с прогнозом до 2024 года по утвержденным целевым показателям НП «Здравоохранение»

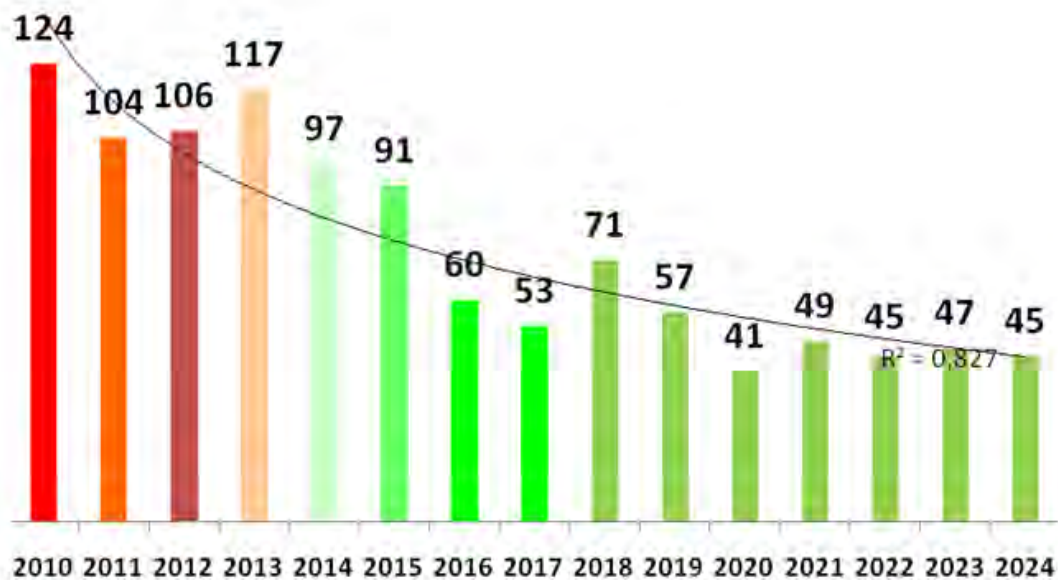


Рисунок 17 - Детская смертность от внешних причин в РС (Я) за 2010-2019 гг. с рассчитанным прогнозом до 2024 года



Рисунок 18 - Детская смертность от заболеваний в РС (Я) за 2010-2019 гг. с рассчитанным прогнозом до 2024 года

При рассмотрении линий тренда детской смертности для прогнозирования был использован метод скользящей средней, поскольку при данном методе по результатам ранее проведенных исследований уровней смертности наблюдалась наименьшая стандартная ошибка прогноза (П.Г. Гладких, 2015).

Таким образом, при рассмотрении линий тренда с расчетом прогнозных показателей были получены различающиеся показатели. Для показателя прогнозного уровня детской смертности от заболеваний в РС (Я) до 2024 года были получены данные с низким уровнем аппроксимации, а для такого же показателя от внешних причин несмотря на ежегодные отклонения за счет колебаний фактических показателей в период с 2016 по 2020 годы, соответственно прогноз строился при условии сохранения цикличности. Учитывая спорадичность, межведомственный характер мер по снижению детской смертности от внешних причин, при формировании индикаторов и прогнозированию предлагается указывать максимальные значения показателя как базовый вариант реализации мер, а минимальные текущие (например, за 2020 год) как интенсивный.

При рассмотрении основных мероприятий комплексных целевых программ были сформированы следующие пути решения основных задач и акцентированные направления:

- Совершенствование пренатальной диагностики (оснащение материально-технической базы, обучение специалистов, УЗ диагностики).
- Мероприятия, направленные на улучшение выявляемости врожденных аномалий развития (100% охват беременных женщин УЗ-исследованием в скрининговые сроки, мониторинг врожденных пороков развития и наследственной патологии, популяционный скрининг, генетическое типирование, использование вспомогательных репродуктивных технологий).
- Комплекс мер, направленных на улучшение маршрутизации женщин с патологией беременности и экстрагенитальными заболеваниями и новорожденных (развитие телемедицинских технологий, развитие Национальной санитарной авиации).
- Совершенствование работы катамнестического отделения Перинатального центра ГАУ РС (Я) «РБ № 1 - НЦМ».
- Дополнительное финансирование по оснащению медицинским оборудованием детских поликлинических отделений.

6.4. Организация школьной медицины в Республике Саха (Якутия)

Согласно проведенным исследованиям «НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков РАН», ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава РФ в части медицинского обеспечения в организациях образовательной системы РФ в субъектах страны были идентифицированы следующие проблемные аспекты.

Согласно утвержденному порядку оказания педиатрической помощи на 180-200 человек в детсадовских ясельных группах должен приходиться 1 специалист-педиатр. Также 1 специалист-педиатр должен приходиться на четыре сотни детей-

дошкольников, которые ходят в детсады, либо на 1 тыс. учеников в образовательных организациях (ОО).

Одна медсестра должна обслуживать меньшее количество детей. Так, 1 медсестра должна приходиться на сотню воспитанников яслей, либо на сотню детей дошкольного возраста, либо на 500 учеников ОО и среднего профессионального образования.

В рамках образовательной организаций российских субъектов индикатор укомплектованности кадрами не превышает 75% от совокупного объема педиатрических должностей. Уровень комплектации должностей врачебного типа физлицами в преобладающей части федеративных субъектов недостаточно удовлетворительный.

Итоги изучения уровня обеспеченности медработниками педиатрических подразделений образовательных организаций на территории российских субъектов говорят о том, что в рамках ОО количество учащихся, которые приходится на одну ставку на одну медсестру и специалиста-педиатра, в разы больше регламентированных норм. Почти во всех регионах специалисты педиатрического профиля вынужденным образом ведут свою профессиональную деятельность с превышением регламентированной нагрузки. Их объем работы нередко происходит на полторы-три ставки.

Показатель соотношения количества медсестер и специалистов-докторов в организациях образовательной системы говорит о существовании неблагоприятного тренда, связанного с уменьшением количества специалистов педиатрического профиля относительно количества сотрудников, относящихся к среднему медперсоналу. Следует отметить то, что в большей части федеративных субъектов зарплата медсестер и докторов варьируется в пределах от 10 000 до 20 000 рублей. Почти во всех российских субъектах недостаточно внимания уделено медобеспечению учащихся в образовательных организациях, не исполняются требования порядка оказания педиатрической помощи. Данное обстоятельство, конечно же, нуждается в том, чтобы надзорные органы и непосредственно Минздрав РФ вмешались в ситуацию [70].

Указанные проблемы имеются на всей территории Российской Федерации, что также нашло отражение в результатах исследований федеральных институтов.

При имеющейся картине регионов РФ по вопросам медицинского обеспечения образовательных организаций необходимо обратить внимание на эффективную организацию в условиях Севера, где находится большое количество малокомплектных образовательных организаций и имеется низкая доступность врачей-специалистов.

По части нормативного регулирования предоставления ПМСП и защиты состояния здоровья детей-учеников в общеобразовательных организациях были рассмотрены нормативные документы на федеральном уровне и уровне субъекта РФ.

Согласно проведенному анализу нормативно-правовой базы в области охраны здоровья детей, обучающихся в образовательных организациях, были выявлены существенные коллизии, не позволяющие регионам полноценно организовать данное направление.

Если в образовательной организации имеется собственный медицинский штат, который оказывает первичную медико-санитарную помощь обучающимся, то необходимо иметь лицензию на медицинские услуги. По данным за 2017 год, из 632 общеобразовательных организаций медицинские кабинеты имелись в 519, из них в 116 данные кабинеты не соответствовали требованиям СанПиН, а лицензии на медицинскую деятельность имело 285 ОО. К 2020 году лицензии сохранились лишь у 82 общеобразовательных организаций.

С момента внесения изменений в федеральное законодательство большинство образовательных организаций ликвидировали штаты медицинских работников в своих учреждениях.

Имеющиеся нормативы, отраженные в приказах Минздрава РФ от 5 ноября 2013 г. №-822-н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» и Минздравсоцразвития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» не позволяют создавать в каждой школе или

детской поликлинике отделения оказания медицинской помощи обучающимся, т.к. не хватает численности детей.

В связи с внедрением одноканального финансирования через систему ОМС и переходом бюджетного финансирования на систему государственных заданий, содержать отделения оказания медицинской помощи обучающимся становится экономически нецелесообразно – их функции передаются участковой службе в виде вменения в функциональные обязанности, что многократно увеличивает нагрузку на нее.

Первичная медико-санитарная помощь осуществляется территориальными поликлиниками, а именно участковой педиатрической службой, в подушевом финансировании которой уже предусмотрены финансовые средства на осуществление переданных полномочий по части ПМСП.

В целях предоставления ПМСП ученикам не требуется наличие договоров между образовательным учреждением и медицинскими организациями, т.к. эти полномочия возложены на медицинские организации федеральным законодательством.

В связи с проводимыми реформами в данной области, Правительством Республики Саха (Якутия) ранее были предприняты неотложные меры: в 2015 году был издан совместный приказ Министерства здравоохранения РС (Я) от 05.06.2015 г. № 01-07/1341, Министерства образования РС (Я) № 01-16/2482 от 05.06.2015 г. «О совершенствовании охраны здоровья обучающихся в образовательных организациях Республики Саха (Якутия)». Согласно данному приказу изданы рекомендации по созданию службы гигиенистов с медицинским образованием в образовательных организациях. При невозможности наличия гигиениста, если образовательная организация желает на правах аутсорсинга получить у медицинской организации услуги медицинского работника по охране здоровья обучающихся (в том числе, нахождение медработника в образовательной организации), требуется заключение договора с территориальной медицинской организацией.

При этом при проведении анализа (в 2017 году), из 632 школ типовые договора с медицинскими организациями заключили 435 школ, из 615 муниципальных детских садов таких договоров было заключено 420.

Особенностью Республики Саха (Якутия) является большое число малокомплектных общеобразовательных организаций: 19 – 1000 и более учащихся, 148 – от 200 до 399 учащихся, 71 – от 400 до 999 учащихся, 202 – от 100 до 199 учащихся, 192 – менее 100 учащихся.

Согласно Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, организация качественного горячего питания школьников включена в решение задачи укрепления здоровья детей и подростков. В Республике Саха (Якутия) наблюдается достаточно высокий процент охвата школьников горячим питанием и составляет более 95%. При этом, охват 2-хразовым горячим питанием составил 62% в 2017 году (в РФ от 20 до 60%).

С 2016 года в Российской Федерации стартовал пилотный проект «Школьная медицина». Данный проект инициирован Министерством здравоохранения РФ для выполнения требований ФЗ № 273 «Об образовании в Российской Федерации» и № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Участники: Тамбовская, Смоленская, Ростовская области, Ямало-Ненецкий автономный округ и Республика Саха (Якутия).

В РС (Я) в пилотный проект включены 6 общеобразовательных организаций, из них 3 в г. Якутске и 3 в районах республики.

В настоящее время в МО имеются отделения оказания медицинской помощи обучающимся (ООМПО), где имеется минимальный штат врачей-педиатров, фельдшеров и СМП. При этом фельдшера выполняют функции медицинской сестры. Штаты ООМПО распределены на несколько бригад, к которым прикреплены определенные школы для проведения вакцинации и профилактических осмотров несовершеннолетних. Рабочим местом врачей и медсестер являются ООМПО в МО, медицинская помощь учащимся оказывается в поликлиниках.

По данным центров здоровья, 19,9% из осмотренных детей признаны здоровыми, 80,1% детей имели факторы риска развития заболеваний. Каждый второй школьник нуждался в санации полости рта. Около 30% детей имели только кариес зубов, при санации которых могли быть отнесены к здоровым детям. В части районов, особенно в отдаленных, крайне низкая организация стоматологической помощи и низкая активность в данной проблеме родителей.

Состояние здоровья школьников выявляется в основном во время проведения профилактических медицинских осмотров, которые проводятся ежегодно. В отдаленные населенные пункты это осуществляется мобильными выездными бригадами врачей специалистов. Данные о результатах проведенных профилактических медицинских осмотров вызывают сомнения по качеству диспансеризации. С момента введения в работу приказа МЗ РФ № 1436 в РС (Я) показатель доли детей с 1-й группой здоровья составляет ежегодно 62-70%. В разрезе районов республики встречаются районы со 100%-ми абсолютно здоровых детей.

Проведен анализ укомплектованности кадрами и штатами школ республики. В РС (Я) имеется 24 шт. ед. врача, 104,3 шт. ед. фельдшера, 84 шт. ед. СМП (2017). По нормативам укомплектованность врачами/фельдшерами школ составила 97,7%, СМП – 63,6%. В системе образования республики находится 23 врача и 375,5 шт. ед. СМП/инструкторов по гигиеническому воспитанию. Количество учащихся на 1 педиатра или фельдшера по республике составляет 1028 (или 5495 на 1 педиатра), на 1 медсестру – 1570.

Для работы в ДООУ в МО имеется 10 шт. ед. врачей, 53 шт. ед. фельдшера и 90 шт. ед. медицинских сестер на 58423 дошкольников. Укомплектованность по нормативам (приказ № 366н – врачи 146 шт. ед., СМП – 584 шт. ед.) составляет: врачами – 6,8%, СМП – 15,4%.

Согласно Плану мероприятий (Дорожной карте) «Совершенствование и развитие медицинского обеспечения обучающихся в общеобразовательных организациях Республики Саха (Якутия)», по направлению обеспечения медицинскими кадрами образовательных организаций на конкурсной основе было

проведено территориальное планирование потребностей. С 2017 года на базе Якутского базового медицинского колледжа началась подготовка специалистов фельдшеров, которые проходят подготовку по программе «школьный фельдшер». Также сформированы и внедрены в практику специализированные программы, ориентированные на рост квалификационного уровня медработников, имеющих среднее медицинское образование.

Для решения вопроса статуса медицинского работника образовательной организации, оплаты труда медицинских работников, постоянно работающих в учреждениях образовательной системы за счет финансовых ресурсов обязательного медицинского страхования, необходимо внести изменения в федеральное законодательство.

Например, по переводу штатных единиц инструкторов по гигиеническому воспитанию ОО из структуры Министерства образования и науки РС (Я) в ведение Министерства здравоохранения РС (Я), по опыту других регионов РФ, с последующим урегулированием вопроса финансирования из образовательных организаций. Данный вариант не предусмотрит наличие субвенций для медицинских организаций, а перевод «необеспеченных ставок» не приведет к наличию специалистов на местах.

В рамках изданного Указа Главы РС (Я) от 22 августа 2016 г. № 1371 «О мерах по улучшению медицинского обслуживания и совершенствованию качества медицинской помощи в Республике Саха (Якутия)» были внедрены программы пациентоориентированных проектов «Вежливое здравоохранение» и «Стандарт поликлиники».

При разработке паспорта призывника (в рамках проводимых медицинских осмотров для мальчиков), создан инструмент для определения категорий годности к военной службе согласно расписанию болезней, а также своевременной коррекции и диспансерного наблюдения выявленных заболеваний. Нами была внедрена надстройка в Единую региональную медицинскую информационную систему, которая позволяет в автоматическом режиме предварительно устанавливать степень годности к военной службе на основе сопоставления

имеющихся ранее установленных диагнозов и расписания болезней (приложение к Положению о военно-врачебной экспертизе, утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565). Данная система позволит снизить процент возврата призывников с мест службы.

Дальнейший путь развития межведомственного взаимодействия видится в информатизации и автоматизации данных, обмене данными между медицинской организацией и образовательной организацией (медицинскими работниками по результатам проведенных медицинских осмотров, диспансеризации, вакцинации) для полноценного взаимодействия и планирования мероприятий по оказанию первичной медико-санитарной помощи и охране здоровья детей. В связи с этим, были проведены организационные мероприятия с разработчиками программных продуктов по дальнейшей модернизации информационных систем, наладке паспортов участков, рабочих мест участковых педиатров. Запланирована установка информационных систем и введение двустороннего обмена данных с медицинскими работниками пилотных образовательных организаций по результатам проведенных медицинских осмотров и консультаций специалистов. Также очень важна разработка алгоритмов действий: медицинский работник - администрация школы - иные сопряженные ведомственные структуры - педагог.

6.5. Мероприятия, проводимые в рамках Десятилетия детства в Российской Федерации на территории Республики Саха (Якутия)

Данная межведомственная программа исполняется во всех субъектах Российской Федерации в целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 г. № 240. На территории РС (Я) мероприятия данной программы утверждены распоряжением Правительства РС (Я) от 31 мая 2018 года № 638-р. Данная программа включает в себя 98 мероприятий, не имеет выделенного программного финансирования и целевых индикаторов. Соответственно включались мероприятия, реализуемые в рамках действующих

государственных программ и нелинейные меры, связанные с совершенствованием законодательства, которые запланированы в период с 2018 по 2020 годы:

1. Подготовка предложений по развитию паллиативной помощи детям в Российской Федерации.

2. Организация мероприятий в рамках Всемирной недели грудного вскармливания. В рамках недели ежегодно проводится широкая информационно-разъяснительная и агитационно-пропагандистская работа по вопросам охраны грудного вскармливания, здорового питания матерей и детей (лекции, уроки здорового питания, школы грудного вскармливания, семинары, круглые столы, беседы, выставки, конкурсы, интервью и публикации в СМИ), торжественные выписки новорожденных из родильных отделений, консультации медицинских работников в вопросах грудного вскармливания, здорового питания детей и матерей, в том числе по «горячей» телефонной линии. Медицинские организации городов и районов проходят аттестации ВОЗ по званию «Больница, доброжелательная к ребенку».

3. Внесение предложений в проект федерального закона «Об охране здоровья детей в Российской Федерации».

4. Совершенствование нормативно-правовой базы и организация медицинской помощи по медицинской реабилитации и абилитации детей.

Были изданы приказы Минздрава РС (Я) в области медицинской реабилитации и абилитации детей, организации мероприятий по реализации ИПРА, открытия функционирования отделения катамнеза в Перинатальном центре ГАУ РС (Я) «РБ № 1 - НЦМ», проводилась работа с Минтруда республики по совершенствованию маршрутизации детей, нуждающихся в ранней помощи.

5. Реализация пилотного проекта «Школьная медицина» в образовательных организациях Республики Саха (Якутия).

6. Реализация мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни представителей молодежной среды и лиц детского возраста, а также интеграция технологических решений здоровьесберегающего типа. Круглые

столы, семинары о роли питания в раннем возрасте при формировании здоровья детей.

Таким образом, в период с 2018 по 2020 годы, принятые ранее мероприятия проводились в рамках текущей деятельности Минздрава РС (Я).

6.6. Изменения в системе организации медицинской помощи детям при проведении упорядочения сети государственных медицинских организаций в Республике Саха (Якутия)

Со стороны законодательных, исполнительных органов власти, науки, образования и органов здравоохранения вопросам здоровья и здравоохранения в условиях Севера уделяется особое внимание.

Согласно информации Росстата, на территории Дальневосточного и Сибирского округах имеется сама низкая доля автодорог, обладающих твердым покрытием. Величина соответствующего индикатора лежит в пределах от 65% до 72%. Это обстоятельство существенно осложняет пространственное перемещение больных к МО и выступает вспомогательным фактором, ограничивающим уровень доступности медицинской помощи населению, вне зависимости от возрастной категории. В таких условиях МО, предоставляющие специализированную медпомощь, подразделения общей врачебной практики и амбулаторные подразделения нужно организовывать зачастую, вне зависимости от числа местного населения. При этом требования к расположению медучреждений в подобных субъектах обязательно должны брать в расчет доступность медучреждения для транспорта или возможность перевезти больного в МО в рамках так называемого «золотого часа».

Уменьшение уровня доступности медицинской помощи в процессе преобразования учреждений системы здравоохранения обуславливает увеличение выраженности рисков, связанных с возникновением осложнений у больных, вплоть до летального исхода.

Основная часть дальневосточных и сибирских регионов не имеют и 40% от всей совокупности величин показателей уровня качества и доступности предоставления медицинской помощи. На территории Приморского края и Хакасии данная величина составляет 47%, Забайкальского края – 55%.

Для поддержания оптимального уровня доступности предоставления медпомощи, в регионах с низкой степенью плотности заселения, нужно сформировать и внедрить в практику нужное количество МО и соответствующих подразделений, которые территориально локализируются при учете возможности приехать своими силами на общественном транспорте или личном автомобиле, и осуществляющих обслуживание меньшего количества закрепленных за ними граждан нежели, к примеру, в центральных регионах РФ. Вместе с тем, МО должны предоставлять все нужные разновидности медицинской помощи, они также должны обладать необходимыми аппаратами и изделиями медицинского назначения для предоставления неотложной и экстренной медпомощи, специалистами с высоким уровнем квалификации и развитой материально-технической базой [41].

Согласно Требованиям к размещению медицинских организаций (приказ Минздрава РФ от 27.02.2016 г. № 132н), участковая больница должна иметь от 5 до 20 тыс. населения с оказанием специализированной медицинской помощи (хирургия, акушерство-гинекология, травматология-ортопедия, кардиология и др.). В 152 участковых больницах имелось 500-2500 закрепленных граждан, предоставлялась медицинская помощь, включая педиатрическую в стационарных условиях. При анализе нормативных актов и текущего состояния организации медицинской помощи министерством здравоохранения республики участковые больницы были переведены во врачебные амбулатории.

Из приведенной выше информации следует, что с периода 2019-го года в плановом порядке проводятся мероприятия по упорядочению сети медицинских учреждений здравоохранения, в целях повышения предоставления оказания медицинских услуг.

В рамках «дорожной карты» определены мощности медицинских организаций для каждого учреждения на основании расчётов доступности медицинской помощи, исключения дублирования видов медицинской помощи с учетом особенностей территорий населенных пунктов, половозрастного состава населения, экономических и социальных факторов.

Приведение сети медицинских организаций в соответствие предусматривает дальнейшее увеличение числа врачей и профильного состава среднего медицинского персонала, уменьшение числа прочего персонала.

Проведение данных мероприятий позволит сократить расходы на сверхнормативные койки, содержание постоянного штата медицинского персонала (СМП и ММП) и прочих работников, обеспечивающих функционирование круглосуточных коек, а также увеличить не хватающие ставки врачебного персонала и профильных специалистов среднего медицинского персонала.

Резюме. При рассмотрении основных мероприятий целевых комплексных программ, аспектов организации медицинской помощи детям, разработан план мероприятий, учитывающий значимые ресурсы в будущем и направленный на повышение эффективности организационных аспектов в оказании медицинской помощи детскому населению на примере Республики Саха (Якутия) (представлен в Таблице 50).

Таблица 50 - План мероприятий по совершенствованию медицинской помощи детскому населению на примере Республики Саха (Якутия)

Цели	Мероприятия	Предложения и практические рекомендации
Снижение рисков недостижения показателей младенческой и детской смертности	Совершенствование специализированной медицинской помощи	Переоснащение медицинских организаций, не попадающих в целевые проекты, обучение специалистов
	Улучшение выявляемости врожденных аномалий развития	Мониторинг ВПР и наследственной патологии, популяционный скрининг, генетическое типирование

продолжение таблицы 50		
Снижение показателей детской инвалидности	Внесение изменений в ФЗ по включению плановой санавиации и бригад врачей	Предложение в ГД ФС РФ
	Развитие системы ранней помощи на межведомственной основе, в том числе на базе организаций Минтруда РС (Я)	Совершенствование работы катamnестического отделения Перинатального центра ГБУ РС (Я) «ЯРКБ»
Совершенствование медико-социальной помощи детям	Формирование единого банка данных республики о несовершеннолетних, находящихся в социально опасном положении, и их семьях, осуществление индивидуальной профилактической работы в едином портале	Внедрение Информационной системы «Учет и мониторинг семей и несовершеннолетних, находящихся в социально-опасном положении». Доклад в РМКДН при Правительстве РС (Я).
Снижение показателей детской смертности от суицидов	Развитие дистанционных образовательных технологий для повышения квалификации по вопросам медико-социальной помощи, суицидологии на местах	Издание локального нормативного акта Министерства здравоохранения РС (Я)
Снижение расходов Государственного бюджета на ДЛО	Расширение неонатального скрининга	Внедрение масс-спектрометрии, включение в ГП «Развитие здравоохранения»
Повышение эффективности медосмотров и диспансеризации	Обеспечение исполнения полной схемы профилактических осмотров несовершеннолетних на территории РС (Я)	Предусмотреть в штатных расписаниях центральных районных больниц крупных районов специалистов педиатрического профиля врача уролога-андролога, врача эндокринолога детского с утверждением маршрутизации покрытия соседних районов, привлечение по договорам с медицинскими организациями
	Информатизация и автоматизации данных, обмен данными между медицинской организацией и образовательной организацией (медицинскими работниками по результатам проведенных медицинских осмотров, диспансеризации, вакцинации)	Создание единой информационной базы и автоматизированной системы мониторинга здоровья обучающихся в образовательных организациях на основе ЕГИСЗ. Внедрение алгоритма взаимодействия всех участников по охране здоровья учащихся

продолжение таблицы 50		
Обеспечение питанием, правильное питание	Создание единой системы требований по составлению меню с региональными особенностями и особенностями принятия пищи детей с сахарным диабетом	Внедрение типовых меню на примере г. Якутска
	Принятие нормативного запрещающего продажу сладких газированных напитков, продуктов с высоким содержанием сахара и вредных добавок в общеобразовательных организациях	Направление предложений в исполнительный и законодательный орган власти ввиду несоблюдения СанПиН
Снижение числа возвратов из ВС РФ	Реализация межведомственного взаимодействия в работе по призыву граждан в ВС	Использование призывными комиссиями паспорта призывника (для юношей), (разработана надстройка в ТМ МИС)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из самых актуальных и сложных задач органов управления связан с обоснованным с научной точки зрения приоритетов на базе программно-целевого метода. Выбор главенствующих проблем среди ряда вопросов и своевременное направление ресурсов и усилий именно на ее разрешение требует соответствующего обоснования, «политической воли» руководителей, понимания проходящих процессов профессионалами и обществом в целом [7, 75, 114, 144].

Для образования приоритетных направлений в сфере здравоохранения в международной практике применяются следующие виды мер:

- подбор и выделение конкретизированных проблемных вопросов в отношении здоровья;
- направленность на этиологию ухудшения состояния здоровья
- идентификация соответствующих групп риска в части потерь здоровья [115, 144].

Наиболее трудоемким и значимым звеном в плане выбора определенных направлений реализации политики регионального уровня является подбор приоритетов стратегического развития через ряд целевых программ.

Исходя из систематизации итогов детальной статистической аналитической работы обобщенного положения дел, системы здравоохранения, дифференцированы наиболее острые проблемные аспекты, детерминирующие функционирование системы здравоохранения на перспективу, причем как на долгосрочную, так и на краткосрочную.

В демографической ситуации рассматриваемой республики за временной интервал с 2010-го по 2019-й годы отмечен рост показателей рождаемости (на 6,0%), естественного прироста (31,4%) до 2014 года, затем прогрессирующее их снижение до 2019 года (на 21,4 и 22,8% соответственно) на фоне ежегодного снижения смертности (на 20,4% с 2010 года).

За период с 2010 по 2019 гг. численность детского населения в возрасте 0-17 лет выросло на 5,3%, при этом характерно, что рост преимущественно

произошел за счет детей в возрасте 0-14 лет (на 9,6%), численность подростков за указанный период наоборот снизилась на 14,5%.

Показатель детской инвалидности в РС (Я) ежегодно выше, чем в среднем по РФ и ДФО. При этом в Республике Саха (Якутия) характерен более высокий удельный вес болезней, которые являются причиной инвалидности у лиц подросткового и детского возраста при заболеваниях ЦНС и низкий – при психических расстройствах.

Отмечено, что за период 2012-2019 годы в возрастной категории от 0 до 3 лет зафиксировано существенное наращение случаев первичной инвалидности по следующим категориям болезней, «Болезни системы кровообращения» (в 3 раза), «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (на 57,7%), «Новообразования» (на 71,1%).

При этом в возрастной группе до 1 года отмечено небольшое снижение данных показателей. Данные изменения свидетельствуют о значительном росте хронических заболеваний, потенциальном увеличении числа детей с инвалидностью в дальнейшем.

В ходе сопоставления с общероссийскими показателями, первичная заболеваемость детского населения на территории РС (Я) каждый год с 2010 года больше по пяти категориям заболеваний, из них преимущественно выделены болезни органов дыхания (более 40%), и заболевания органов пищеварения (более 35%).

По сравнению с показателями по ДФО и России у лиц подросткового возраста, проживающих на территории РС (Я), больше распространенность следующих патологий: новообразования (свыше 5%), заболевания крови (свыше 74%), болезни нервной системы (свыше 28%), болезни органов дыхания (свыше 24%), болезни органов пищеварения (свыше 20%), заболевания кожи и ПЖК (свыше 14%).

Показатель смертности новорожденных на территории РС (Я) меньше усредненного уровня по стране на 4%. По сравнению с ДФО, данный показатель меньше на 17,5%.

В результате анализа установлено также, что за период с 2012 по 2016 годы зафиксировано увеличение доли умерших до 1 года с заключительным диагнозом «синдром внезапной смерти» (от 6,2 до 9,9% среди всех умерших до 1 года), что свидетельствует о проблемах с квалификацией проводящих патологоанатомические вскрытия специалистов в районах республики на тот период, проблемах с транспортной доступностью (изменения в тканях и органах во временном периоде и при транспортировке).

Из существующих проблем также отмечены высокие показатели смертности от суицидов. По данным государственной статистики в России в 2017 году частота завершённых суицидов в возрасте 0-17 лет составила 1,3 случая на 100 тыс. детского населения. В самом неблагополучном регионе за 2017 год – Республике Алтай, частота суицидов среди несовершеннолетних составила 9,0 на 100 тыс. детского населения и превысила среднероссийский показатель в 6,9 раза. Данный показатель в Республике Саха (Якутия) также ежегодно значительно превышает средние по России и составил в 2019 году 7,2 на 100 тыс. детского населения.

В части достижения индикаторов по демографии, утвержденных Стратегиями (Стратегия социально-экономического развития РС (Я) до 2030 г. с определением основных направлений до 2050 г., одобренной постановлением Правительства РС (Я) № 455 от 26.12.2016 г. и Стратегия социально-экономического развития РС (Я) до 2032 г. с целевым видением до 2050 г., принятой Законом РС (Я) № 45-VI от 19.12.2018 г.), была отмечена их достижимость к 2024 году при условии дальнейшего сохранения темпов снижения общей и младенческой смертности населения [136]. При этом сохранение темпов снижения младенческой смертности (до 4,5 к 2024 году) во многом будет зависеть от проводимых программных и организационных мер, связанных с предоставлением медицинской помощи детскому населению.

Задачи, вытекающие из реализации целевых комплексных программ в сфере охраны здоровья детей.

На реализацию Государственной программы «Развитие здравоохранения в Республике Саха (Якутия)» за временной интервал 2012-2017 гг. было предусмотрено 213 324,9 млн. рублей, в том числе: из федерального бюджета – 12 832,7 млн. рублей, из государственного бюджета Республики Саха (Якутия) – 110 271,1 млн. рублей, из внебюджетных средств – 90 221,2 млн. рублей. На реализацию мероприятий в сфере охраны здоровья детей было направлено 5 733,7 млн. руб. из ГБ (5,2%), 3 615,7 млн. руб. из ФБ (28,2%). Из них на строительство перинатального центра – 34,2% средств ГБ и 99,3% средств ФБ. Эффективность показали бригады для диспансеризации детей-сирот и профилактических осмотров, неонатальный скрининг, оснащение кабинетов медико-социальной помощи матерям (кризисные центры), низкую эффективность мероприятия по закупке медоборудования, в том числе для аудиологического скрининга.

В целях осуществления мер в области охраны здоровья детского населения, предусмотренных Госпрограммой «Развитие здравоохранения в Республике Саха (Якутия), которая рассчитана на временной интервал 2018-2020 гг., было направлено 1 275,4 млн. рублей из ГБ и 405,5 млн. рублей из ФБ.

Основной объем средств направляется на приобретение медицинского оборудования для детских поликлиник и поликлинических подразделений согласно утвержденным стандартам оснащения.

Предусмотренный объем утвержденных средств на 2018-2020 гг. составил 404,07 млн. руб. Софинансирование из федерального бюджета составляет 92%. При этом при составлении данной Программы учитывались только те педиатрические подразделения республики, которые были включены в 30-ю форму статистической отчетности, такие как детская поликлиника или детское поликлиническое отделение, соответственно в утвержденный список вошло 6 медицинских организаций г. Якутска и центральные и городские больницы (21 из 34 районов республики). Также, при рассмотрении заявок утвержденных поликлиник и отделений, необходимый объем дополнительного финансирования для оснащения по утвержденному перечню на период 2020-2024 гг. составил 325,9 млн. руб.

При рассмотрении линий тренда индикаторов целевых комплексных программ с расчетом прогнозных показателей были получены различающиеся по тренду показатели одного из параметров детской смертности – смертности от внешних причин, имелись значительные ежегодные циклические отклонения, при этом прогнозирование таких показателей возможно при использовании метода скользящей средней с указанием максимальных значений отклонения как базовый вариант реализации мер, а минимальных как интенсивный.

Межведомственная программа Десятилетия детства исполняется во всех субъектах РФ. Данная программа состоит из 98 мероприятий министерств и ведомств республики, не имеет выделенного программного финансирования и целевых индикаторов. Соответственно включались мероприятия, реализуемые в рамках действующих государственных программ и нелинейные меры, связанные с совершенствованием законодательства, которые запланированы в период с 2018 по 2020 годы:

При рассмотрении следственными и надзорными органами случаев правонарушений несовершеннолетними и в их отношении, суицидов, кроме основных мер также оценивается и анализируется межведомственная работа органов профилактики, устанавливаются условия, приведшие к итоговому событию, действия и бездействия. Таким образом, разобщенность действий органов профилактики и отсутствие комплексности индивидуальной профилактической работы с семьями может иметь определенные значимые последствия.

Выпущенные Минздравом России рекомендации методического плана в части формирования 3-уровневой системы медико-социальной помощи детскому населению в сложных обстоятельствах были направлены всем субъектам и рекомендованы к применению в субъектах. При этом, в условиях территорий с низкой плотностью населения, Арктики организация данной службы требует дистанционных форм работы. Также одним из важнейших направлений будет создание единой учетной системы – банка данных республики детей находящихся в социально опасном положении, и их семьях, дальнейшее осуществление

индивидуальной профилактической работы в едином портале. С учетом реализации регионального проекта Национального проекта «Цифровая экономика Республики Саха (Якутия)», активное подключение ФАП и ВА, расположенных в отдаленных и малочисленных населенных пунктах, Арктики к сети Интернет до 2024 года позволит решить большинство задач цифровизации и решить проблемы удаленности и труднодоступности.

ВЫВОДЫ

1. Состояние здоровья детского населения в Республике Саха (Якутия) за анализируемый период с 2010 по 2019 гг. характеризуется: ежегодно высокими показателями общей и первичной заболеваемости у детей во всех возрастных группах, ростом заболеваний нервной системы в структуре инвалидности, ежегодно высокой долей суицидов среди внешних причин смертности у подростков (в 2019 г. она составила 67,8%). Выявлены проблемы при проведении структурного анализа медицинских организаций: низкая обеспеченность детского населения врачами специалистами педиатрического профиля (детскими стоматологами - 38% от требуемого, урологами-androлогами и врачами-эндокринологами детскими - 73,8% и 54,5% соответственно), снизился в 7 раз коэффициент обновления медицинского оборудования с 2012 (0,21) по 2018 гг. (0,03), вырос уровень износа медицинского оборудования (с 53% в 2012 году до 78% на 01.01.2019 г.), сокращение числа педиатрических соматических коек (на 20,2% с 2010 по 2019 гг.) не привело к общему повышению интенсивности их работы (среднегодовая занятость коек снизилась с 316 в 2010 г. до 278 в 2019 г.).

2. Экспертная оценка руководителей медицинских организаций и их заместителей выявила направление приоритетов в реализации мероприятий, проводимых в рамках целевых комплексных программ на укрепление материально-технической базы (строительство (84,2%), капитальный ремонт (89,5%) и поставки нового медицинского оборудования (100%), также среди предложений обозначена необходимость дополнительных мероприятий в программах здорового образа жизни, расширение выездной работы и пересмотр вопроса организации школьной медицины.

Опрос врачей педиатров амбулаторного звена и стационаров позволил сделать предположение об основных организационных проблемах при реализации целевых комплексных программ в сфере охраны здоровья детей:

- 54,8% опрошенных специалистов не отметило определенной связи между реализацией национальных проектов в сфере охраны здоровья детей и увеличением уровня качества и доступности медицинской помощи;

- только треть респондентов связывает реализацию данных программ с расширением лечебных возможностей поликлиники, в которой они работают;

- почти каждый третий врач стационаров (29,8%) рекомендовал бы сократить время пребывания пациентов в стационаре;

Проведенный факторный анализ приоритетов врачей-педиатров при устройстве на работу позволил определить 3 типа специалистов с характерными особенностями ожиданий при устройстве на работу. Первый тип - уверен в своих профессиональных компетенциях, ожидает достойные условия и оплату труда (наибольшая доля общей дисперсии - 30,7%). Второй тип – нацелен на комфортное проживание по месту трудоустройства и активные коммуникации с долей общей дисперсии - 17,5%. Третий тип — ожидает преференций, связанных с профессиональной деятельностью с долей общей дисперсии - 14,7%.

3. Доступность медицинской помощи оказалась высокой, что отразилось в ответах родителей в части возможности попасть к врачу-педиатру и врачу специалисту в назначенное время, а также низкого процента удовлетворенности работой специалистов и служб детских поликлиник (0,6% врачами, 7,3% параклиническими и вспомогательными службами, 4,9% работой поликлиники в целом) и стационаров (3,7% диагностическими службами).

4. Проводимые мероприятия в рамках целевых комплексных программ были включены в расходные обязательства субъекта в виде государственных программ. При рассмотрении индикаторов Стратегии действий в интересах детей (2012-2017 гг.) можно увидеть улучшение показателей, особенно в части снижения абортов у несовершеннолетних девушек (статистически значимое снижение более чем в 2 раза в период с 2012 по 2016 годы, снижения показателей младенческой смертности к 2017 году, увеличения доли детей 1 и 2 группы здоровья, обучающихся в общеобразовательных учреждениях, увеличения охвата детей-сирот диспансерным наблюдением. При рассмотрении проводимых

мероприятий в рамках целевых комплексных программ высокая значимость была зафиксирована при реализации следующих мероприятий: выездные бригады для диспансеризации детей-сирот и профилактических осмотров, неонатальный скрининг, оснащение кабинетов медико-социальной помощи матерям (кризисные центры).

5. Осуществленная аналитическая работа с применением SWOT-анализа дал возможность идентифицировать наиболее острые проблемы, которые имеют место в части организации системы медико-социальной помощи детскому населению на территории РС (Я). Было выявлено, что одним из важнейших направлений является развитие дистанционных форм работы и межведомственного взаимодействия, создания единой учетной системы – единого банка данных республики детях, находящихся в социально опасном положении, и их семьях, дальнейшее осуществление индивидуальной профилактической работы в едином портале. С учетом реализации регионального проекта Национального проекта «Цифровая экономика Республики Саха (Якутия)», активное подключение ФАП и ВА, расположенных в отдаленных и малочисленных населенных пунктах, Арктики к сети Интернет до 2024 года позволит решить большинство задач цифровизации и решить проблемы удаленности и труднодоступности.

6. На основе проведенного анализа были составлены цели, на реализацию которых предложен план мероприятий по совершенствованию медицинской помощи детскому населению на примере РС (Я).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На уровне Правительства Республики Саха (Якутия):

1. Внести предложения по дополнительному финансированию на федеральном уровне в целях переоснащения медицинским оборудованием специализированных отделений педиатрической службы (к примеру, включение в Программу Социально-экономического развития Дальнего Востока до 2035 года).

2. Рассмотреть вопрос внесения изменений в федеральное законодательство или произвести перевод штатных единиц инструкторов по гигиеническому воспитанию ОО из структуры Министерства образования и науки РС (Я) в ведение Министерства здравоохранения РС (Я), с последующим урегулированием вопроса финансирования из образовательных организаций.

3. Разработать или внести в практику уже разработанные информационные системы – регистры семей, находящихся в социально-опасном положении.

На уровне органа исполнительной власти субъекта в сфере здравоохранения (Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия):

1. При внедрении единой региональной медицинской информационной системы интегрировать надстройку «Паспорт призывника» медицинскими организациями и призывными комиссиями.

2. Установить медицинские информационные системы в образовательных организациях с целью введения двустороннего обмена данными с медицинскими организациями.

3. Подготовка распоряжения органа исполнительной власти субъекта с «рамочной» методикой и критериями эффективности работы врача-педиатра.

4. Пересмотреть финансирование статьи расходов по обеспечению деятельности выездных врачебных бригад в Госпрограмме РС (Я) «Развитие здравоохранения в Республике Саха (Якутия) на 2020-2024 годы.».

На уровне медицинских организаций:

1. Предусмотреть в штатных расписаниях центральных районных больниц крупных районов специалистов педиатрического профиля врача уролога-андролога, врача эндокринолога детского с утверждением маршрутизации покрытия соседних районов, привлечение по договорам медицинских организаций частной системы здравоохранения

2. Почти каждый третий врач стационара (29,8%) рекомендовал бы сократить время пребывания пациентов в стационаре. Данная ситуация может являться основанием для дачи рекомендации руководству стационаров 2-го и 3-го уровней проводить более подробный анализ работы коек в отделениях различного профиля для дальнейшего учета их результатов при формировании заявок в Территориальный фонд ОМС по объемам медицинской помощи и КСГ.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АПП	амбулаторно-поликлиническая помощь
ВА	врачебная амбулатория
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПР	врожденные пороки развития
ГБУ РС (Я)	Государственное бюджетное учреждение
«ЯРМИАЦ»	Республики Саха (Якутия) «Якутский республиканский медицинский информационно-аналитический центр»;
ЗОЖ	здоровый образ жизни
КСГ	клинико-статистическая группа
КМСП	кабинет медико-социальной помощи
МЗ РС (Я)	Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия)
ЕГИСЗ	Единая государственная информационная система здравоохранения
МО	медицинская организация
НПА	Нормативно-правовой акт
ОМС	обязательное медицинское страхование
ОО	образовательная организация
Р(М)КДНиЗП	Республиканская межведомственная комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав
СМИ	средства массовой информации
СМП	средний медицинский персонал
ТО ФСГС	Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики
ТФОМС	Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по Республике Саха (Якутия)
ФАП	фельдшерско-акушерский пункт
ЮНИСЕФ	Детский фонд Организации объединенных наций
ЯРНД	Государственное бюджетное учреждение Республики Саха (Якутия) «Якутский республиканский наркологический диспансер»
ЯРПНД	Государственное бюджетное учреждение Республики Саха (Якутия) «Якутский республиканский психоневрологический диспансер»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдулманапов, П.Г. Здоровье молодежи: сравнительное исследование Россия, Беларусь, Польша / П.Г. Абдулманапов, Р.В. Белая, М.А. Головчин [и др.]. Москва: Экон-Информ, 2016. – С. 214.
2. Альбицкий В.Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии. Избранные очерки. / В.Ю. Альбицкий. Москва: Педиатр, 2012. – С. 344.
3. Альбицкий, В.Ю. Заболеваемость детей и инвалидность / В.Ю. Альбицкий, Д.И. Зелинская, Р.Н. Терлецкая // Российский педиатрический журнал. 2008. - № 1. – С. 32.
4. Альбицкий, В.Ю. Смертность подростков в Российской Федерации / В.Ю. Альбицкий, А.Е. Иванова, А.Г. Ильин, Р.Н. Терлецкая, Е.В. Антонова // Российский педиатрический журнал. 2009. - № 3. – С. 4-9.
5. Альбицкий, В.Ю. Порядок организации работы отделения медико-социальной помощи детской поликлиники / В.Ю. Альбицкий, Н.В. Устинова, О.В. Куликов, А.В. Ким, М.В. Муратова, З.А. Рослова и др. // Вопросы современной педиатрии. 2013. - № 4(12). – С. 12-16.
6. Андреева, Е.Е. Об эффективных формах правового просвещения граждан Российской Федерации // Педагогическое образование в России. 2016. - № 1. – С. 76–80.
7. Андреева, О.В. Реализация программно-целевого метода планирования на федеральном уровне в сфере здравоохранения / О.В. Андреева, В.В. Одинцова // Социальные аспекты здоровья населения. 2008. № 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/realizatsiya-programmno-tselevogo-metoda-planirovaniya-na-federalnom-urovne-v-sfere-zdravoohraneniya/viewr> (дата обращения 15.02.2019 г.)
8. Аржакова, В.В. Состояние и перспективы кадровой политики здравоохранения Республики Саха (Якутия) / В.В. Аржакова, А.Л. Тимофеев, Е.Е. Уарова // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. - № 5, - С. 7-8.

9. Бадмацыренова, Т.З. Статистические показатели заболеваемости населения и факторы, оказывающие влияние на нее / Т.З. Бадмацыренова, Р.Д. Колокольцов // Современные тенденции развития науки и технологий. – 2016. - № 5–6., - С. 65– 67.
10. Байбарина, Е.Н. Итоги модернизации службы родовспоможения в РФ / Е.Н. Байбарина, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // Здоровоохранение. 2013. - № 11. – С. 30-39.
11. Байбарина, Е.Н. Модернизация службы охраны материнства и детства в Российской Федерации: результаты и перспективы / Е.Н. Байбарина, О.С. Филиппов, Е.В. Гусева // Акушерство и гинекология. 2013. - № 12. – С. 4-9.
12. Байбарина, Е.Н. Служба родовспоможения в Российской Федерации: достигнутые результаты и перспективы развития / Е.Н. Байбарина, О.С. Филиппов, Е.В. Гусев // Заместитель главного врача. 2014. - № 5. – С. 6-14.
13. Баранов, А.А. Смертность детского населения России в первое десятилетие XXI века / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, А.Е. Иванова, А.А. Иванова // Избранные очерки «Актуальные проблемы социальной педиатрии». Москва: Союз педиатров России. 2012. - Выпуск 16. – С. 152-165.
14. Баранов, А.А. Социальные инициативы педиатров по защите интересов и прав детей: история и современность / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Н.В. Устинова // Российский педиатрический журнал. 2013. - № 6. – С. 5-7.
15. Баранов, А.А.. Инвалидность детского населения. России. / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Д.И. Зелинская, Р.Н. Терлецкая // Центр развития межсекторальных программ, 2008. - 240 с.
16. Баранов, А.А. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая, Д.И. Зелинская // Вопросы современной педиатрии. 2014. – Том 13, - № 2. – С. 5-10.
17. Баранов, А.А. Детская инвалидность: состояние и пути решения (очерк 11) / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая, Д.И. Зелинская //

Актуальные проблемы социальной педиатрии: избранные очерки / Москва: Союз педиатров России, 2012. - С. 137-152.

18. Баранов, А.А. Концепция сокращения предотвратимых потерь здоровья детского населения. / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая, Д.И. Зелинская // Вопросы современной педиатрии. 2010. - № 5. - С. 8-12.

19. Баранов, А.А. Медико-социальные проблемы вспомогательных репродуктивных технологий с позиции педиатрии / А.А. Баранов, Л.С. Намазова Баранова, И.А. Беляева, Е.П. Бомбардирова, И.Е. Смирнов // Вестник Российской академии медицинских наук. 2015. Т. 70. - № 3. - С. 307–314.

20. Баранов, А.А. Сохранение и укрепление здоровья подростков – залог стабильного развития общества и государства (состояние проблемы) / А.А. Баранов, Л.С. Намазова Баранова, А.Г. Ильин // Вестник Российской академии медицинских наук. 2014. - № 5-6. - С. 65-70.

21. Баранов, А.А. Результаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Российской Федерации / А.А. Баранов, Л.С. Намазова Баранова, Л.Н. Терлецкая и др. // Российский педиатрический журнал. 2016. - № 5. – С. 287–293.

22. Баранов, А.А. Оценка качества проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Российской Федерации / А.А. Баранов, Л.С. Намазова Баранова, Л.Н. Терлецкая и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. – №1. – С.23–29.

23. Баранов, А.А. Проблемы детской инвалидности в современной России / А.А. Баранов, Л.С. Намазова Баранова, Л.Н. Терлецкая Е.В Антонова // Вестник Российской академии медицинских наук. 2017. Т.72. - №4. - С. 305–312.

24. Баранов, А.А. Медицинские и социальные аспекты адаптации современных подростков к условиям воспитания, обучения и трудовой деятельности / А.А. Баранов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 352.

25. Баранов, А.А. Смертность детского населения России. / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий // Москва: Союз педиатров, 2009. – С. 392.

26. Баранов, А.А. Тенденции заболеваемости и состояние здоровья

детского населения Российской Федерации / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, А.А. Иванова, Р.Н. Терлецкая, С.А. Косова // Российский педиатрический журнал. 2012. - № 6. - С. 4-9.

27. Баранов, А.А. Заболеваемость детского населения России. / Баранов А.А., В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, С.А. Косова, В.И. Бондарь, И.М. Волков // Москва: Союз педиатров России, 2013. – С. 280.

28. Баранов, А.А. Предотвращение потерь здоровья детского населения – концептуальные подходы (очерк 9) / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Р.Н., Д.И. Зелинская // Актуальные проблемы социальной педиатрии: избранные очерки / М.: Союз педиатров России, 2012. – С. 105-116.

29. Баранов, А.А. Смертность подростков в Российской Федерации (очерк 14). Актуальные проблемы социальной педиатрии: избранные очерки / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая // М.: Союз педиатров России, 2012. – С. 174-186.

30. Баранов, А.А. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Н.В. Устинова // Российский педиатрический журнал. 2013. - № 3. – С. 4-6.

31. Баранов, А.А. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения – стратегия социальной педиатрии / А.А. Баранов, Т.В. Яковлева, В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, Е.В. Антонова // Вопросы современной педиатрии. 2008. Т. 7. - № 4. – С. 6-8.

32. Богатова, И.В. Оценка социальной эффективности первичной медико-санитарной помощи / И.В. Богатова, Н.Ф. Шильникова // Здоровоохранение Российской Федерации. 2018. - № 1. – С. 24–29.

33. Борисова, Е.А. Особенности организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому и детскому населению на базе медицинского центра г. Якутска Республики Саха (Якутия) / Е.А. Борисова, И.П. Луцкан, Н.В. Саввина, А.Л. Тимофеев, О.Е. Коновалов // Наука молодых (Eruditio juvenium), 2020. Т. 8. - № 4. – С. 502-510.

34. Будущее Республики Саха (Якутия). Книга 3. Биомедицинские

проблемы воспроизводства коренных народов и задачи политики здравоохранения / Под ред. Е.И. Михайловой, В.С. Ефимова, Н.В. Саввиной / Якутск: Издательский дом СВФУ, 2015. – С. 182.

35. Василенко, Т.Д. Ранние эмоциональные дефициты и психосоматическое здоровье младенца / Т.Д. Василенко, И.Н. Земзюлина // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье», 2016, - №3 – С. 117.

36. Вильданов, И.Х. Управленческие решения по совершенствованию организации оказания первичной медико-санитарной помощи в детской поликлинике «Азино» ДРКБ МЗ РТ – пилотный проект // Практическая медицина. – 2016. – № 7. – С. 28–30.

37. Вишневский, А.Г. Смертность и продолжительность жизни в России за полвека / А.Г. Вишневский, А.Е. Щур // Вестник ВШОУЗ «ОРГЗДРАВ». 2019. Том 5. - № 2. – С. 10-20.

38. Власова, О.В. Анализ влияния табакокурения на развитие подростков в школьной среде / О.В. Власова, Н.Ф. Двойнова // Интернет-журнал СахГУ: Наука, образование, общество. 2010. - Т. 2010-11. - № 02. – С. 118.

39. Володин, Н.Н. Руководство по организации и деятельности перинатального центра / Н.Н. Володин, В.И. Кулаков, Р.А. Хальфин // Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - С. 354.

40. Войцех, В.Ф. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи / В.Ф. Войцех, Е.В. Гальцев // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. - № 2. – С. 17-25.

41. Гаврилов, Э.Л. Принципы территориального планирования сети медицинских организаций на территориях с низкой плотностью населения / Э.Л. Гаврилов // Вятский медицинский вестник. 2016. - № 4(52). – С. 67-76.

42. Гайдаров, Г.М. Модернизация здравоохранения субъекта Российской Федерации как новый этап в повышении доступности и качества медицинской помощи населению / Г.М. Гайдаров, Н.Ю. Алексеева // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. - № 1. – С. 11-30.

43. Гапшина, Л.А. Профилактика вредных привычек и приобщение школьников к здоровому образу жизни / Л.А. Гапшина, Н.А. Нестерченко, Н.Г. Саватьева // Новые ценности образования. 2010. - Т. 46. - № 4. - С. 179-182.

44. Голубева, Т.Ю. Анализ статистической медицинской документации по детской инвалидности / Т.Ю. Голубева // Молодой ученый. 2016. - №19. – С. 141–143.

45. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2014 году / Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), ГБУ РС (Я) Якутский республиканский информационно-аналитический центр; (ред. колл.: Вербицкая Л.И. и др.), 2015. [Эл. ресурс].

46. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2015 году / Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), ГБУ РС (Я) Якутский республиканский информационно-аналитический центр; (ред. колл.: Вербицкая Л.И. и др.), 2016. [Эл. ресурс].

47. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2016 году / Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), ГБУ РС (Я) Якутский республиканский информационно-аналитический центр; (ред. колл.: Вербицкая Л.И. и др.), 2017. [Эл. ресурс].

48. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2017 году / Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), ГБУ РС (Я) Якутский республиканский информационно-аналитический центр; (ред. колл.: Вербицкая Л.И. и др.), 2018. [Эл. ресурс].

49. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2018 году / Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), ГБУ РС (Я) Якутский республиканский информационно-аналитический центр; 2019. [Эл. ресурс].

50. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Республики Саха (Якутия) в 2019 году / Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия), ГБУ РС (Я) Якутский республиканский информационно-аналитический центр; 2020. [Эл. ресурс].

51. Гудинова, Ж.В. Оценка качества информации о здоровье детей в России: межрегиональные сравнения и классификация / Ж.В. Гудинова, Г.Н. Жернакова, С.С. Болотова [и др.]. // Гигиена и Санитария. 2015. - № 3. – С. 77–82.
52. Демографический ежегодник России. 2019: Стат. сб. Росстат. М., 2019. С. 254. [Эл. ресурс] URL: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Dem_ejegod-2019.pdf (дата обращения 10.06.2020 г.).
53. Деннер, В.А. Научный обзор вопроса детской инвалидности как медико- социальной проблемы / В.А. Деннер, П.С. Федюнина, О.В. Давлетшина, М.В. Набатчикова // Молодой ученый. 2016. - №20. – С. 71-75.
54. Дударева, В.А. Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья: текст дисс. канд. мед. наук: 14.02.03 / Дударева Виктория Андреевна. Чита. 2020. – С. 210.
55. Европейская база «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (БД – ЗДВ / HFA – DB). [Эл. ресурс] URL: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/> (дата обращения 17.07.2020 г.).
56. Жданова, Л.А. Научные исследования в области формирования здоровья детей в различных микросоциальных условиях: история и перспективы // Вестник Ивановской медицинской академии. 2016. - № 3. – С. 5–13.
57. Замиралова, Т.А. Охрана материнства и детства как аспект социальной политики / Т.А. Замиралова // Успехи современной науки. – 2017. - № 3. – С. 12– 14.
58. Зими́на, Э.В. Модернизация здравоохранения и формирование управленческого потенциала отрасли // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. 2011. - № 1. – С. 39-47.
59. Иванов, О.Б. Национальные проекты России: региональное измерение / О.Б. Иванов, Е.М. Бухвальд // ЭТАП: экономическая теория, анализ и практика. 2019. – С. 37-53.

60. Иваненко, А.В. Состояние здоровья детского и подросткового населения Москвы и его связь с социально-гигиеническими факторами / А.В. Иваненко, И.Ф. Волкова, А.П. Корниенко, Е.В. Судакова, Е.В. Козлова // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2009. - № 2. – С.28-29.

61. Иванова, А.А. Научное обоснование системы мер по формированию здорового образа жизни у детей и учащейся молодежи: автореф. дисс. доктора мед. наук: 14.02.03 / Иванова Анна Аркадьевна, Москва, 2013. - С. 38.

62. Камалбекова, Г.М. Совершенствование системы управления репродуктивным здоровьем женщин Казахстана в рамках программы Форсайт: текст дисс. PhD: 6D110200 / Камалбекова Гульнара Маратовна. Астана, 2014. – С. 125.

63. Камкин, Е.Г. Реализация программ «Модернизация здравоохранения субъектов Российской Федерации: опыт медико-социологической экспертизы: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.02.03 / Камкин Евгений Геннадьевич. Волгоград, 2013. – С. 23.

64. Канищева, Е.М. Оценка реализации государственной программы «Развитие здравоохранения в Курской области» / Е.М. Канищева, А.А. Конова, Е.А. Бескорвайная // *Наука молодых (Eruditto juvenium)*, 2019. Т. 1. - № 4. – С. 378-382.

65. Капранов, С.В. Разработка современной системы мониторинга среды жизнедеятельности и состояния здоровья населения // *Университетская клиника*. 2017. - № 4–2 (25). – С. 57–62.

66. Кондакова, Н.А. Инвалидность детского населения как медико-социальная проблема / Н.А. Кондакова, Л.Н. Нацун // *Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта*. 2019. - № 4, - С. 285-296.

67. Кузнецова, Ю.Н. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья: оптимизация лечено-профилактической помощи детям и подросткам, с инфекциями, передающимися половым путем / Ю.Н. Кузнецова, Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг, Н.П. Евстигнеева, Н.П. Малишевская [и др.]. // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016. - № 2. – С. 70-76.

68. Кулеш, Д.В. Медико-эпидемиологические и методологические подходы к прогнозированию показателей, характеризующих здоровье подростков на современном этапе / Д.В. Кулеш, С.И. Колесников, В.В. Долгих [и др.] // Вестник РАН. 2013. - № 6. – С. 9-14.

69. Кучма, В.Р., Звезда И.В., Жигарева Н.С. Медико-социальные аспекты формирования здоровья младших школьников / В.Р. Кучма, И.В. Звезда, Н.С. Жигарева // Вопросы современной педиатрии. 2008. - № 4. – С. 9-12.

70. Кучма, В.Р. Медицинское обеспечение детей в образовательных учреждениях в Российской Федерации: проблемы и пути решения // В.Р. Кучма, А.Ю. Макарова, И.К. Рапопорт // Здравоохранение Российской Федерации. 3 том. 2014. – С. 4-9.

71. Кучма, В.Р. Основы формирования здоровья детей: учебное пособие / В.Р. Кучма. // Ростов-на-Дону: Феникс, 2016. – С. 315.

72. Кучма, В.Р. Охрана здоровья детей и подростков в национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 / В.Р. Кучма // Гигиена и санитария. 2013. - № 6. – С. 26-30.

73. Кучма, В.Р. Школа здоровья: организация работы, мониторинг развития и эффективности (аудит школы в сфере здоровьесбережения детей) / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт [и др.]. – Москва: Просвещение, 2011. – С. 142.

74. Кучма, В.Р. Стратегия развития популяционной и персонализированной гигиены детей и подростков / В.Р. Кучма // Здоровье населения и среда обитания. 2017. - №.8. – С. 7–10.

75. Лазарев, С.В. Модернизация разрешительной системы в регулировании гражданского оборота в здравоохранении / С.В. Лазарев, А.В. Тихомиров // Главный врач: Хозяйство и право. 2010. - № 5. – С. 9-16.

76. Лебедева, У.М. Основы рационального питания детей и подростков, обучающихся в образовательных организациях республики Саха (Якутия) / У.М. Лебедева К.М. Степанов [и др.]. – Новосибирск: ИД «А-СИБ», 2017. – С. 186.

77. Левина, Л.И. Подростковая медицина: Руководство. 2-е изд./ Под ред. Л.И. Левиной, А.М. Куликова. – СПб: Питер, 2006. – С. 544.
78. Леонов, С.А. Руководство по анализу деятельности службы охраны материнства и детства в Российской Федерации / С.А. Леонов, И.М. Сон, Л.П. Суханова и др. Москва: ЦНИИОИЗ, 2009. – С. 173.
79. Линденбратен, А.Л. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / А.Л., Линденбратен, Р.У. Хабриев Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. - №3. – С. 3–6.
80. Лэнг, Т.А. Как описывать статистику в медицине / Т.А. Лэнг, М. Сесик // Москва: Практическая медицина, 2016. – С. 477.
81. Максимова, Т.М. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России. / Т.М. Максимова, В.Б. Белов, Н.П.Лушкина и др. // М.:ПЕРСЭ, 2008. – С. 367.
82. Манерова, О.А. Современное состояние социального сиротства в России: факторы и условия его формирования / О.А. Манерова, А.Ю. Маркина // Дневник казанской медицинской школы. 2018. - № 3 (21). - С. 153– 158.
83. Манерова, О.А. Современное состояние здоровья новорожденных и его особенности у детей, оставленных без попечения родителей / О.А. Манерова, А.Ю. Маркина // Дневник казанской медицинской школы. – 2018. – № 4 (22). – С. 99– 103.
84. Маркова, А.И. Школы здоровья и здоровье школьников (аналитический обзор) / А.И. Маркова // Гигиена и санитария. 2013. - № 3. - С. 60-66.
85. Маркина, А.Ю. Медико-правовые аспекты раннего социального сиротства / А.Ю. Маркина, О.А. Манерова. – Казань: Бук, 2020. – С. 87.
86. Меньшикова, Л.И. Оценка удовлетворенности родителей пациентов первичной медико-санитарной помощью, оказанной в детских поликлиниках / Л.И. Меньшикова, М.Г. Дьячкова, Э.А. Мордовский // Экология человека. 2017. - № 12. – С. 15–20.

87. Милушкина, О.Ю. Современные направления профилактической работы в образовательных организациях / О.Ю. Милушкина, Н.А. Бокарева, Н.А. Скоблина // Мат. Пленума «Приоритеты профилактического здравоохранения в устойчивом развитии общества: состояние и пути решения проблем» / под ред. акад. РАМН Ю.А. Рахманина. Москва, 2013. – С. 239-242.
88. Миронова, А.К. Роль центров восстановительного лечения детей от 0 до 3 лет, родившихся с очень низкой и экстремально низкой массой тела в совершенствовании медицинской помощи недоношенным детям / А.К. Миронова, И.М. Османов, Н.В. Полунина, В.С. Полунин, И.Д. Майкова, Е.Б. Бесчетнова // Российский медицинский журнал. 2019. – Т. 25. - № 2. – С. 92-95.
89. Моисеева, К.Е. Влияние медико-социальной характеристики семьи на самооценку здоровья ребенка / К.Е. Моисеева, Ю.В. Кондратьева, А.В. Алексеева, Ш.Д. Харбедия // Бюллетень науки и практики. 2018. - № 5 (4). - С. 122–129.
90. Мосиенко, Т.А. Правовая характеристика деятельности органов опеки и попечительства, института уполномоченного по правам ребенка в Российской Федерации / Т.А. Мосиенко, А.А. Никитина, М.М. Меркулов // Социально-политические науки. – 2017. – №6. – С. 77–81.
91. Мустафина, М.Д. Форсайт в общественном здравоохранении. Научно-практический журнал «Вестник КазНМУ». 2013. - № 1(1), - С. 319-321.
92. Нагаев, Р.Я. Анализ организационных форм оказания медико-социальной помощи подросткам / Р.Я. Нагаев, Л.П. Чичерин, А.С. Рахимкулов, С.Ф. Шамгулова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 1. – С. 116–120.
93. Намазова-Баранова, Л.С. Заболеваемость детей в возрасте от 5 до 15 лет в Российской Федерации / Л.С. Намазова-Баранова, В.Р. Кучма, А.Г. Ильин, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт // Медицинский совет. 2014. - № 1. – С. 6-10.
94. Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа», утв. Указом Президента Российской Федерации Д.А. Медведева от 04 февраля 2010 г.

№ р-271.

95. О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг. [Электронный ресурс]: Указ Президента РФ от 1 июня 2012 года № 761. – URL: <http://base.garant.ru/70183566/> (дата обращения 11.03.2020).

96. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323–ФЗ. URL: <http://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения 11.03.2020).

97. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №124–ФЗ. URL: <http://base.garant.ru/179146/> (дата обращения 11.03.2020).

98. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]: Постановление правительства РФ от 26.12.2017 г. №1640. URL: <https://base.garant.ru/71848440/> (дата обращения 11.03.2020).

99. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. № 92н. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/> (дата обращения 11.03.2020).

100. Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи [Электронный ресурс]: Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 г. № 366н. URL: <http://base.garant.ru/70183024/> (дата обращения 11.03.2020).

101. Овчинникова, З.А. Гигиеническая оценка влияния условий обучения на здоровье школьников медико-биологических классов // Дисс. канд. мед. наук. М., 2015. – С.5

102. Орел, В.И. Медико-социальный статус семьи, воспитывающей ребенка с детским церебральным параличом / В.И. Орел, В.М. Середа, Н.А. Гурьева и др. // Российский педиатрический журнал. 2015. Т. 18. - № 3. – С. 42–44.

103. Перепелкина, Н.Ю. Состояние здоровья и организации медицинской

помощи детскому населению Оренбургской области / Н.Ю. Перепелкина, О.Г. Павловская, Е.А. Калинина, С.Г. Димова // Лечение и профилактика. – 2017. – № 1 (21). – С. 63–67.

104. Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.05.2017 г. № 15-2/10/2-3461 «О направлении методических рекомендаций «Организация трехуровневой системы медико-социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации» URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_284542/ (дата обращения 12.06.2020 г.).

105. Плутницкий, А.Н. Научно-методическое обоснование определения приоритетных направлений развития здравоохранения территории: автореф. дисс. доктора мед. наук: 14.02.03/ Плутницкий Андрей Николаевич. Москва, 2014. - С. 48.

106. Полунина, Н.В. Состояние здоровья детей в современной России и пути его улучшения / Н.В. Полунина // Вестник Росздравнадзора. 2013. - №5. – С. 17- 24.

107. Попов, В.И. О необходимости совершенствования межведомственного взаимодействия в сфере охраны здоровья детей, подростков и молодежи / В.И. Попов, Л.П. Чичерин, В.О. Щепин // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2020. – №79. – С. 60–64.

108. Постановление Правительства Республики Саха (Якутия) от 01 апреля 2013 года № 108 «Об утверждении комплексной программы Республики Саха (Якутия) “Поэтапное устранение дефицита медицинских кадров на 2013-2017 годы”».

109. Решение Совета по региональному здравоохранению при Совете Федерации Федерального Собрания Российской Федерации на тему “Проблемы и перспективы развития инфраструктуры детского здравоохранения”; Сборник материалов совета по региональному здравоохранению «Проблемы и перспективы развития инфраструктуры детского здравоохранения», г. Москва от 7 февраля 2018 года, С. 46-47.

110. Саламатова, Т.В. К вопросу о деятельности отделения медико-

социальной помощи детской поликлиники как инновационной организационной формы «клиника, дружественная к молодежи» в охране репродуктивного здоровья девушек / Т.В. Саламатова, В.В. Мещеряков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2016. - № 1. - С. 11-15.

111. Самсонова, М.И. Здоровье детей и подростков Республики Саха (Якутия) // М.И. Самсонова, Д.А. Чичахов, Т.Е. Бурцева, Р.В. Учакина [и др.]. - Якутск: Офсет, 2013. – С. 224.

112. Самсонова, М.И. Состояние здоровья детей Республики Саха (Якутия): ключевые показатели / М.И. Самсонов, Т.Е. Бурцева // Материалы XIV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Якутск: Наука и социум. 2020, - С. 52-55.

113. Серегина, С.Ф. Закономерно ли появление Форсайта. / С.Ф. Серегина, И.А. Барышев // Журнал «Форсайт». 2008. - № 2 (6). - С. 4

114. Сибурина, Т.А. Программно-целевое планирование в системе стратегического управления здравоохранением (Сб. науч. трудов республиканской научно-практической конференции «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения», 28-30 мая 2002 г.). / Т.А. Сибурина, М.Г. Шестаков // Москва: ЦНИИОИЗ, 2002. – С. 18-20.

115. Сибурина, Т.А. Целевые программы – инструмент государственного регулирования в здравоохранении. Учебно-методическое пособие. - Москва, 2008. – С. 132.

116. Снашков, С.А. Информационная грамотность как фактор развития и совершенствования правовой культуры в современной правовой системе // Евразийский Союз Ученых. 2015. - № 5 (16). – С. 142–144.

117. Соколов, А.В. Форсайт: взгляд в будущее. / А.В. Соколов // Журнал «Форсайт», 2007. - № 1. - С. 8-15

118. Соколовская, Т.А. Динамика заболеваемости детей первого года жизни в Российской Федерации / Т.А. Соколовская // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики, 2018, №1. <http://healthproblem.ru/magazines?text=168> (дата обращения: 09.04.2021).

119. Стародубов, В.И. Направления развития здравоохранения / В.И. Стародубов, А.В. Тихомиров // Главный врач: Хозяйство и право. 2015., - № 3, - С. 4.

120. Стародубов, В.И. Медицинские кадры Российской Федерации / В.И. Стародубов, И.М. Сон, С.А. Леонов и др. // Москва: Менеджер здравоохранения, 2015. – 136 с.

121. Стародубов, В.И. Первичная медико-санитарная помощь: механизмы совершенствования / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, И.М. Сон, В.О. Щепин и др. // Vienna: «East West» Association for Advanced Studies and Higher Education GmbH, 2016. - С. 118.

122. Степанова, М.И. Современные проблемы школьного обучения: пути гигиенической оптимизации / М.И. Степанова, З.И. Сазанюк, Б.З. Воронова // Вестник РАМН. 2009. - № 5. – С. 30-33.

123. Степанова, М.И. Профильное обучение старшеклассников как гигиеническая проблема / М.И. Степанова, А.С. Седова // ЗНиСО. 2009. - № 8(197). – С. 30-33.

124. Тимофеев, А.Л., Организация медицинской помощи в Арктическом регионе Северо-Востока России / А.Л. Тимофеев, А.Р. Ермолаев, О.А. Припузов, А.М. Никитина, Н.В. Саввина. // Эл. журнал: Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2016. № 1. URL: <http://eport.fesmu.ru/voz/20161/2016103.aspx> (дата обращения: 15.05.2020)

125. Тимофеев, А.Л. Анализ демографического и социально-экономического статуса жителей г. Якутска как этап изучения влияния качества жизни на здоровье населения в условиях Крайнего севера / А.Л. Тимофеев, В.П. Николаев // Экология и здоровье человека на Севере: Сборник научных трудов V Конгресса с международным участием. / Под редакцией П.Г. Петровой, Н.В. Саввиной. Киров, 2014. – С. 635-641.

126. Тимофеев, Л.Ф. Состояние первичной инвалидности взрослого и детского населения в Республике Саха (Якутия) / Л.Ф.Тимофеев, А.И. Гоголева В.Г. Кривошапкин, А.Л. Тимофеев // Якутский медицинский журнал. 2018. - № 2,

- С. 100-103.

127. Тимофеев, Л.Ф. Медико-демографическая ситуация в Восточной и Южной экономических зонах Республики Саха (Якутия) / Л.Ф. Тимофеев, П.Г. Петрова, Н.В. Борисова, Л.К. Туркебаева, А.Л.Тимофеев // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2018. - № 1. – С. 15-26.

128. Тимофеев, Л.Ф. Медико-демографическая ситуация в Центральной экономической зоне Республики Саха (Якутия) / Л.Ф. Тимофеев П.Г. Петрова, Н.В. Борисова, Л.К., Туркебаева, А.Л. Тимофеев // Якутский медицинский журнал. 2018. - № 1. – С. 46-50.

129. Тимофеев, Л.Ф.. Заболеваемость населения в Южной экономической зоне Республики Саха (Якутия) / Л.Ф. Тимофеев П.Г. Петрова, Н.В. Борисова, Л.К., Туркебаева, А.Л. Тимофеев // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2018. - № 2. – С. 60-63.

130. Тимофеев, Л.Ф. Ресурсы здравоохранения в Южной экономической зоне Республики Саха (Якутия) / Л.Ф. Тимофеев П.Г. Петрова, Н.В. Борисова, Л.К., Туркебаева, А.Л. Тимофеев // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2019. - № 1. – С. 56-61.

131. Тимофеев, Л.Ф. Заболеваемость населения в Центральной экономической зоне Республики Саха (Якутия) / Л.Ф. Тимофеев П.Г. Петрова, Н.В. Борисова, Л.К., Туркебаева, А.Л. Тимофеев // Якутский медицинский журнал. 2019. - № 1. – С. 58-60.

132. Тимофеев, Л.Ф. Заболеваемость населения в Верхневиллюйском, Верхоянском, Татгинском, Эвено-Бытантайском улусах Республики Саха (Якутия) / Л.Ф. Тимофеев, Н.В. Саввина, А.Л. Тимофеев // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2018. - № 2. – С. 64-70.

133. Тимофеев, Л.Ф. Медико-демографическая ситуация в Республике

Саха (Якутия) / Л.Ф. Тимофеев, Н.В. Саввина, А.Л. Тимофеев // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2017. - № 4. – С. 109-116.

134. Тимофеев, Л.Ф. Характеристика некоторых показателей здоровья населения Республики Саха (Якутия) в сравнительном аспекте с другими субъектами Российской Федерации / Л.Ф. Тимофеев, А.Л. Тимофеев // Экология и здоровья человека на Севере. Сб. материалов VI конгресса с междунар. Участием. Россия, Якутск, СВФУ им. М.К. Аммосова, 12-14 ноября 2015 г. [Эл. ресурс]. – С. 574-579.

135. Тимофеев, Л.Ф. Здоровоохранение территорий с низкой плотностью населения: на примере Республики Саха (Якутия) / Л.Ф.Тимофеев, В.Г. Кривошапкин. Новосибирск: Наука, 2006. – С. 211.

136. Тимофеев, Л.Ф. Медико-демографическая ситуация в Республике Саха (Якутия) в контексте стратегических задач развития Российской Федерации до 2024 г. / Л.Ф. Тимофеев, Н.В. Саввина, В.Г. Кривошапкин, И.П. Луцкан, А.Л. Тимофеев // Якутский медицинский журнал. 2020. - № 1. – С. 49-52.

137. Тимофеев, Л.Ф. Заболеваемость социально значимыми болезнями и травматизм в Республике Саха (Якутия) в 2013-2014 гг. / Л.Ф. Тимофеев, А.Л. Тимофеев // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2016. - № 4. – С. 12-15.

138. Тимофеев, Л.Ф. Интегральный анализ показателей общественного здоровья и ресурсной обеспеченности здравоохранения по экономическим зонам Республики Саха (Якутия) / Л.Ф. Тимофеев П.Г. Петрова, Н.В. Борисова, Л.К., Туркебаева, А.Л. Тимофеев // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. Серия: Медицинские науки. 2020. - № 2. – С. 60-67.

139. Тимошенко, К.Т. Гигиеническая оценка образа жизни и состояния здоровья учеников 10-11 классов, ориентированных на получение высшего медицинского образования / К.Т. Тимошенко // Гигиена и санитария. 2008. - № 4. – С. 60-64.

140. Ткаченко, А.А. Демографическая ситуация и национальная экономика России в первом десятилетии XXI века // Власть. 2012. - №10. – С. 4–9.

141. Турбина, Ю.О. Социально-гигиеническая характеристика женщин репродуктивного возраста и ее роль в развитии гинекологической патологии / Ю.О. Турбина, Н.В. Полунина, В.С. Полунин // Российский медицинский журнал. 2019. Т. 25. - № 2. – С. 89-91.

142. Указ Главы Республики Саха (Якутия) от 12 октября 2011 года № 982 «О Государственной программе Республики Саха (Якутия) «Развитие здравоохранения Республики Саха (Якутия) на 2012-2019 годы».

143. Файзуллина, Р.А. Современные подходы к оценке состояния здоровья детского населения / Р.А. Файзуллина, А.Т. Шакирова, Э.Р. Валеева [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2015. - № 6., - С. 229.

144. Фаррахов, А.З. Научное обоснование совершенствования региональной системы охраны здоровья детского населения (комплексное социально-гигиеническое исследование на примере Республики Татарстан): текст дисс. д-ра мед. наук.: 14.02.03 / Фаррахов Айрат Закиевич. Москва. 2014. – С. 402.

145. Фаррахов, А.З. Организация трехуровневой системы оказания медицинской и медико-социальной помощи детскому населению республики Татарстан / А.З. Фаррахов, Н.В. Устинова, А.Г. Игнашина // Практическая медицина. 2014. - № 9 (85). – С. 161–163.

146. Филипова, А.Г. Оценка влияния региональных показателей на здоровье детей / А.Г. Филипова, А.В.Еськова // Ойкумена. Регионоведческие исследования. 2017. - №4. – С. 124–132.

147. Ходакова, О.В. О правовой функциональной грамотности населения в сфере реализации прав несовершеннолетних в области охраны здоровья / О.В. Ходакова, В.А. Дударева // Здравоохранение Российской Федерации. 2017. - №6 (61). – С. 30–36.

148. Ходакова, О.В. Организация медико-социальной помощи детскому населению на уровне субъекта РФ / О.В. Ходакова, В.А. Дударева // Менеджер здравоохранения. 2019. - №4. – С. 54-59.

149. Черкасов, С.Н. Анализ заболеваемости детей первого года жизни в Российской Федерации / С.Н., Черкасов, Ю.О. Камаев, С.В. Черкасова // Здоровье и образование в 21 веке. 2017. - №10, - С. 198-200.

150. Чичерин, Л.П. Актуальные проблемы социальной педиатрии России / Л.П. Чичерин // Вопросы современной педиатрии. 2006. Т. 5. - № 6. – С. 13-17.

151. Чичерин, Л.П. Ведомственная организационно-методическая база снижения риска для здоровья и жизни детей и подростков / Л.П. Чичерин, В.О. Щепин, М.В. Никитин // Общественное здоровье и здравоохранение. 2018. – №3. – С. 40–46.

152. Чичерин, Л.П. Проблемы общественного здравоохранения применительно к педиатрической службе / Л.П. Чичерин // Общественное здоровье и здравоохранение. 2005. - № 3-4. – С. 4-10.

153. Чичерин, Л.П. Медико-социальная поддержка детей и подростков России: проблемы и пути решения / Л.П. Чичерин, М.В. Никитин // Смоленский медицинский альманах. 2016. -№4. – С. 192–198.

154. Чичерин, Л.П. Охрана здоровья и жизни детей и подростков России - государственная проблема / Л.П. Чичерин, М.В. Никитин, В.О. Щепин // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2019. - №2. - С. 14–21.

155. Чичерин, Л.П. Правовое обеспечение государственных гарантий безопасности подрастающего поколения России / Л.П. Чичерин, В.О. Щепин, М.В. Никитин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2020. - №1. – С. 10–17.

156. Шавалиев, Р.Ф. Системные решения по мониторингу состояния здоровья детей, находящихся в трудной жизненной ситуации / Р.Ф. Шавалиев Д.Г. Губайдуллина, И.Х. Вильданов и др. // Российский педиатрический журнал. 2018. - Т. 21. - № 2. – С. 89–92.

157. Шубочкина, Е.И. Гигиеническая оценка профильного обучения в колледжах / Е.И. Шубочкина, Е.М. Ибрагимова // «Охрана здоровья и безопасность жизнедеятельности детей и подростков. Актуальные проблемы, тактика и стратегия действий»: Мат. IV Всеросс. Конгресса по школьной и

университетской медицине с межд. участием. СПб: ООО «Эри», 2014. – С.383-385.

158. Щепин, В.О. Кадровый ресурс: региональное здравоохранение. Современный взгляд на проблему / В.О. Щепин, Т.И. Расторгуева // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2019. - № 2. – С. 132–143.

159. Щепин, О.П. О развитии здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. - № 5. – С. 3–7.

160. Щербакова, А.А. Институциональные аспекты инновационного развития здравоохранения / А.А. Щербакова // Проблемы развития территорий. 2015. - Вып. 4 (78). – С. 46-56.

161. Экономика улусов и городов Республики Саха (Якутия) 1990, 2000-2009 гг. // Статистический сборник Саха (Якутия)стата. Якутск, 2010. 80 с.

162. Юмукян, А.В. Особенности состояния здоровья и образа жизни юношей-подростков на современном этапе развития общества / А.В. Юмукян // Вестник РГМУ. 2012. - № 1. – С. 75-79.

163. Яковлева, Т.В. Основные направления модернизации системы оздоровления детей и подростков в современных условиях / Т.В. Яковлева, А.А. Иванова, А.А. Модестов // Российский педиатрический журнал. 2011. - № 3. – С. 37-39.

164. Яковлева, Т.В. Проблемы формирования здорового образа жизни у детей и учащейся молодёжи / Т.В. Яковлева, А.А. Иванова, Р.Н. Терлецкая// Казанский медицинский журнал. 2012. Т. 93. - № 5. – С. 792-795.

165. Amorim, D.G. Integrated Management of Childhood Illness: efficiency of primary health in Northeast Brazil / D.G. Amorim, T.Adam, J.J Amaral [et al.] // Rev Saude Publica. 2008. № 42(2). P. 183-190.

166. Baltagi, B.H. Welfare Reform and Children's Health / B.H. Baltagi, Y.F. Yen // Health Econ. 2016. №25 (3). P. 277-291.

167. Carle, A.C. Reaching kids: partnering with preschools and schools to

improve children's Health / A.C. Carle // Issue brief (Grantmakers Health). 2009. V35. P. 1-41.

168. Chung, E.K. Screening for social determinants of health among children and families living in poverty: a guide for clinicians / E.K. Chung, B. S. Siegel, A. Garg, K. Conroy, R.S. Gross // *Curr probl pediatr adolesc health care.* - 2016. - №46(5). - P. 135– 153.

169. Clément, M.È. Collaboration entre les centres de pédiatrie sociale en communauté et les réseaux des services sociaux public et communautaire pour venir en aide aux familles: quelle place et quels enjeux pour les acteurs? / M.È. Clément, C. Lavergne, G. Turcotte [et al.] // *Can J Public Health.* - 2016. - № 14 (106) (7 Suppl 2). - P. 66-73.

170. DeJong, N.A. Identifying Social Determinants of Health and Legal Needs for Children with Special Health Care Needs / N.A. DeJong, C.T. Wood, M.C. Morreale, et al. // *Clin Pediatr (Phila).* 2016. № 55 (3). P. 272-277.

171. European report on child injury prevention [Electronic resource]. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2018. – Mode of access: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf (дата обращения 11.07.2020).

172. Greger, H.K. Child maltreatment and quality of life: a study of adolescents in residential care / H.K. Greger, A.K. Myhre, S. Lydersen, Th. Jozefiak // *Health Qual Life Outcomes.* – 2016. – №14. – p. 74.

173. Heuvel, M. Social pediatrics: weaving horizontal and vertical threads through pediatric residency / M. Heuvel [et al.] / *BMC Med Educ.* – 2017. – №17. – p.12.

174. Jones, C.P. Addressing the social determinants of children's health: a cliff analogy / C.P. Jones, C.Y. Jones, G.S. Perry, G. Barclay, C.A. Jones // *J Health Care Poor Underserved.* 2009. V. 20. № 6. P. 1-12.

175. Kassebaum, N. Child and Adolescent Health from 1990 to 2015: Findings from the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors 2015 Study / N Kassebaum, H.H. Kyu, L. Zoeckler [et al.] // *JAMA Pediatr.* - 2017. - № 171 (6). - P.

573-592.

176. Lax, Y. Social Determinants of Health and Hospital Readmission [Electronic resource] / Y. Lax, M. Martinez, N.M. Brown // *Pediatrics*. – 2017. – № 140 (5). – Mode of access: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/140/5/e20171427.full.pdf> (дата обращения 25.09.2020).

177. Mendelevich, B.D. Children mental and behavior disorders / B.D. Mendelevich, R.N. Terleckaja // *4th Europediatrics*. M., 2009. С. 418.

178. Merrick, J. A Review on The Prevalence of Disabilities In Children / J. Merrick, E. Curmeli // *The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology*. 2003. № 3.

179. Mock, C. Strengthening care of injured children globally / C. Mock, F. Abantanga, J. Goosen, M. Joshipura, C. Juillard // *Bull World Health Organ*. 2009. № 87(5). P. 382-389.

180. O'Connor, K.S. Vaccination coverage by special health care needs status in young children / K.S. O'Connor, M.D. Bramlett // *Pediatrics*. 2008. № 121(4). P. 768-774.

181. Oftedahl, E. National survey of children with special health care needs: Wisconsin-specific data / E. Oftedahl, R. Benedict, M.L. Katcher // *W.M.J.* 2004. Vol. 103, N 5. P. 88-90.

182. Paz-Zulueta, M. The role of prenatal care and social risk factors in the relationship between immigrant status and neonatal morbidity: a retrospective cohort study [Electronic resource] / M. Paz-Zulueta, J. Llorca, R. Sarabia-Lavín [et al.] // *PLoS One*. – 2015. – № 27. – Mode of access: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0120765> (дата обращения 25.09.2020).

183. Proceedings of the 4th IPLeiria's International Health Congress: Leiria, Portugal. 11-12 May 2018 // *BMC Health Serv Res*. – 2018. – №18 (Suppl 2). – p. 684.

184. Redmond, G. Alcohol and other drug related deaths among young people in CIS countries: proximal and distal causes and implications for policy / G. Redmond, C.Spooner // *Int J Drug Policy*. 2009. № 20(1). P. 38-47.

185. Riethmuller A.M. Efficacy of interventions to improve motor development in young children: a systematic review / A.M. Riethmuller, R.Jones, A.D. Okely //

Pediatrics. 2009. V. 124. № 4. P. 782-792.

186. Roberts, B. Changes in smoking prevalence in 8 countries of the former Soviet Union between 2001 and 2010 / B. Roberts, A. Gilmore, A. Stickley, D. Rotman, V. Prohoda [et al.] // *Am J Public Health*. 2012. № 7. P. 1320-1328.

187. Roberts, B. The persistence of irregular treatment of hypertension in the former Soviet Union / B. Roberts, A. Stickley, D. Balabanova, C. Haerper M. McKee // *J Epidemiol Community Health*. 2012. № 66(6). P. 482-488.

188. Rout, N. Risk factors of hearing impairment in Indian children: a retrospective case-file study / N. Rout, S. Parveen, D. Chattopadhyay, M. T. Kishore // *Int J Rehabil Res*. 2008. № 31(4). P. 293-296.

189. Sepehri, A. Guliani H. Socioeconomic status and children's health: evidence from a low-income country / A. Sepehri, H. Guliani // *Soc Sci Med*. 2015. № 130. P. 23-31.

190. Srivastava N.M. Neonatal Morbidity and Care-seeking Behavior in Urban Lucknow / N.M. Srivastava, S. Awasthi, R. Mishra // *Indian Pediatr*. 2008. № 45(3). P. 229-232.

191. Smith, L.E. Psychosocial factors affecting parental report of symptoms in children: a systematic review / L.E. Smith, J. Yiend, J. Rubin, J. Weinman // *Psychosom Med*. 2020. №82 (2). P. 187-196.

192. Stille, C.J. Communication, comanagement, and collaborative care for children and youth with special healthcare needs / C.J. Stille // *Pediatr Ann*. 2009. V. 38. № 9. P. 498-504.

193. Tahirović, E. Impact of the family socioeconomic status on health related quality of life in children operated on for congenital heart defects / E. Tahirović, H. Begić, A. Sutović, H. Tahirović // *Acta Med Croatica*. 2010. № 1. P. 9-16.

194. The Global Burden of Disease. 2004 update. WHO. Library Cataloguing-in-Publication Data. 2008. 160 p.

195. Wong, S.T. The social paediatrics initiative: a RICHER model of primary health care for at risk children and their families / S.T. Wong, M.J. Lynam, K.B. Khan [et al.] // *BMC Pediatr*. 2012. №12. P. 158.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анонимная анкета руководителей медицинских организаций

«О состоянии, проблемах и перспективах детского здравоохранения РС (Я)»

(для руководителей медицинских организаций: главные врачи, заместители главных врачей)

1. Общие данные об организации:

1.1. Примерная (с точностью до 10 чел) среднесписочная численность работников:

1.2. Примерный (с точностью до 0,1 млн. руб.) годовой фонд оплаты труда:

1.3. Степень износа зданий подразделений (при наличии):

1.3.1 Детская поликлиника:

1.3.2. Детский стационар:

2. Отметьте обеспеченность врачами-педиатрами (подчеркните)

- обеспечены полностью (86-100%);

- обеспечены удовлетворительно (70-85%)

- обеспечены неудовлетворительно (менее 70%)

3. Отметьте примерную обеспеченность средним медицинским персоналом отделений, где оказывается медицинская помощь детям (подчеркните)

- обеспечены полностью (86-100%);

- обеспечены удовлетворительно (70-85%)

- обеспечены неудовлетворительно (менее 70%)

4. Отметьте проблемы наиболее актуальные для Вашей МО (Отметьте не более трех. Ранжируйте их по степени значимости, обозначив цифрами от 1 до 3, где 1 самый значимый):

Вопрос	Ранг
Материально-техническая база медицинской организации (состояние зданий, сооружений)	
Износ медицинского оборудования	
Укомплектованность кадрами	
Недостаточное штатное расписание	
Недостаточное финансирование при составлении ПФХД	
Недостаточное финансирование из Государственного бюджета РС (Я) (ГП «Развитие здравоохранения РС (Я)»)	
Недостаток объемов медицинской помощи по ОМС	
Недостаточное транспортное обеспечение	
Проблемы в организации оказания медицинской помощи, связанные с проводимым упорядочиванием сети государственных и муниципальных учреждений РС (Я)	
Большое количество локальных нормативных актов со стороны органов управления здравоохранением	
Другой ответ _____	

5. Насколько Программа модернизации здравоохранения (2011-2013) смогла решить проблемы оснащения детских поликлиник (подчеркните):

- решила полностью;

- решила частично,

- не решила.

6. Насколько Национальный проект «Здравоохранение» решил проблемы оснащения детских поликлиник МО (подчеркните):

- да полностью; - частично, - не решил.

7. Какие вопросы требуют более высокого внимания при реализации Модернизации первичного звена здравоохранения и проекта мероприятий Министерства по развитию Арктики РФ в сфере организации оказания медицинской помощи детям (Отметьте, ранжируя их по степени значимости без повторений, обозначив цифрами от 1 до 7):

Вопрос	Ранг
Улучшение материально-технической базы отделений МО, оказывающих медицинскую помощь детям (капитальный ремонт, реконструкция)	
Улучшение материально-технической базы отделений МО, оказывающих медицинскую помощь детям (строительство новых объектов, ФАПов, ВА)	
Оснащение медицинским оборудованием отделений МО, оказывающих медицинскую помощь детям	
Оснащение транспортом, в т.ч. повышенной проходимости	
Решение вопросов, связанных с улучшением условий для привлечения кадров (вопросы в ведении МЗ РС (Я): увеличение выплат по программам «Земский доктор», «Земский фельдшер»)	
Решение вопросов, связанных с улучшением условий для привлечения кадров (вопросы в ведении других органов власти: предоставление жилья, земельных участков, субсидий на их приобретение и т.д.)	
Строительство площадок для санавиации	
Другой ответ (необходимость наличия других мероприятий)	

8. Какие мероприятия, реализуемые ОИГВ и органами местного самоуправления необходимо внедрить дополнительно для улучшения оказания медицинской помощи детям (с финансированием):

9. Какие организационные мероприятия, реализуемые ОИГВ и органами местного самоуправления необходимо внедрить дополнительно для улучшения оказания медицинской помощи детям (без финансирования):

10. Какие, по Вашему мнению, изменения в сфере оказания медицинской помощи детям произойдут при реализации проходящей оптимизации и упорядочивания сети медицинских организаций? (Отметьте ранжируя их по степени значимости без повторений, обозначив цифрами от 1 до 3, где 1 самый значимый):

	Ранг
Снизится доступность первичной медико-санитарной помощи	
Повысится доступность отдельных видов медицинской помощи	
Увеличатся случаи необходимости вылетов санитарной авиации	
Снизятся случаи необходимости вылетов санитарной авиации	
Увеличится число госпитализаций в стационары центральных районных больниц и города Якутска	

Увеличится нагрузка на участковую службу	
Увеличится доля обоснованных госпитализаций	
Другой ответ _____	

11. Какие меры в большей степени оказывают влияние на качество и доступность оказания медицинской помощи детям (Отметьте, ранжируя их по степени значимости без повторений, обозначив цифрами от 1 до 7):

	Ранг
Мероприятия по профилактике болезней с раннего возраста	
Наличие квалификационных категорий у медицинского персонала	
Возможность повышения профессиональных компетенций медицинским персоналом	
Улучшение материально-технической базы поликлиник и стационаров	
Ответственное отношение родителей к здоровью детей	
Наличие интернет-ресурса в медицинском учреждении и у населения	
Другой ответ _____	

Спасибо за сотрудничество!

ПРИЛОЖЕНИЕ Б**Анонимная анкета для врачей детских поликлиник**

1. Возраст _____
2. Общий врачебный стаж _____
3. Наличие квалификационной категории:
 1. Высшая,
 2. I,
 3. II,
 4. Отсутствует
4. Наблюдаете ли Вы повышение удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи детям мероприятия в результате реализации мероприятий в рамках Национальных проектов в сфере детского здравоохранения?
 1. Да;
 2. Нет;
 3. Затрудняюсь ответить
5. Имеются ли в учреждении, где Вы работаете порядки и стандарты оказания медицинской помощи детям?
 1. Да;
 2. Нет;
 3. Затрудняюсь ответить
6. Насколько развита возможность в организации, где Вы работаете инфокоммуникационных технологий?
 1. Имеется выход в сеть «интернет» в кабинете;
 2. Имеется возможность поддерживать контакт с родителями пациента с помощью электронных технологий на рабочем месте, в т.ч. мобильных (не личных);
7. Какие изменения произошли в Вашей поликлинике при реализации модернизации здравоохранения (2011-2013 гг.)?
 1. Улучшилась материально-техническая база, проведены ремонты;
 2. Установлено новое медицинское оборудование;
 3. Расширились лечебные возможности поликлиники;
 4. Ничего не изменилось;
 5. Затрудняюсь с ответом;
8. Оцените изменения, произошедшие в организации где Вы работаете, связанные с реализацией Национального проекта «Здравоохранение» (2019-2024)
 1. Улучшилась материально-техническая база;
 2. Установлено новое медицинское оборудование;
 3. Расширились лечебные возможности поликлиники;
 4. Ничего не изменилось;
 5. Затрудняюсь с ответом;
 6. Знаю, что будет поставлено новое оборудование;
9. Укажите, какой % рабочего времени занимает профилактическое направление в Вашей работе:
 1. от 0 до 10%;
 2. от 11 до 25%;
 3. от 21 до 30%;
 4. более 30%

10. В состоянии ли центры здоровья для детей существенно улучшить профилактику болезней у детей:

1. Смогут

2. Не смогут

3. Затрудняюсь ответить

11. Какими критериями следует преимущественно руководствоваться при оценке качества работы врача-педиатра:

1. Распределение детей по группам здоровья
2. Время, затраченное на профилактическую работу
3. Выявление факторов риска неинфекционных заболеваний
4. Заболеваемость детей хроническими неинфекционными болезнями
5. Качество диспансеризации
6. Количество на участке детей с повышенным весом (дефицитом массы тела)

12. Какие, по Вашему мнению, изменения в сфере оказания медицинской помощи детям произойдут при реализации проходящей оптимизации и упорядочивания сети медицинских организаций? (Отметьте ранжируя их по степени значимости, обозначив цифрами от 1 до 3, где 1 самый значимый):

	Ранг
Снизится доступность первичной медико-санитарной медицинской помощи	
Повысится доступность отдельных видов медицинской помощи	
Увеличатся случаи необходимости вылетов санитарной авиации	
Снизятся случаи необходимости вылетов санитарной авиации	
Увеличится число госпитализаций в стационары центральных районных больниц и города Якутска	
Увеличится нагрузка на участковую службу	
Увеличится доля обоснованных госпитализаций	
Другой ответ _____	

13. Какие меры в большей степени оказывают влияние на качество и доступность оказания медицинской помощи детям (Отметьте, ранжируя их по степени значимости без повторений, обозначив цифрами от 1 до 7):

	Ранг
Мероприятия по профилактике болезней с раннего возраста	
Наличие квалификационных категорий у медицинского персонала	
Возможность повышения профессиональных компетенций медицинским персоналом	
Улучшение материально-технической базы поликлиник и стационаров	
Ответственное отношение родителей к здоровью детей	
Наличие интернет-ресурса в медицинском учреждении и у населения	
Другой ответ _____	

14. Какими приоритетами Вы руководствовались или будете руководствоваться (если поступили на работу давно) при устройстве на работу (Ранжируйте по степени важности от 1 до 10, без повторений ранговых значений)

	Ранг
Достойный уровень заработной платы	
Наличие программ, реализуемых МЗ РС (Я) («Земский доктор»)	
Наличие программ, реализуемых другими ОИГВ и органами местного самоуправления (предоставление служебного жилья, земельного участка)	
Наличие программ и преференций, реализуемых другими ОИГВ и органами местного самоуправления (предоставление субсидий на приобретение недвижимости, мест в школе, детском саду)	
Хорошая материально-техническая база подразделений, оказывающих медицинскую помощь детям	
Хороший коллектив	
Наличие большого числа объектов для проведения досуга (кинотеатры, музеи, театры, торгово-развлекательные центры, кафе, рестораны, дискотеки и т.д.)	
Наличие знакомых, друзей, родственников в населенном пункте по месту трудоустройства	
Расположение медицинской организации относительно дома, объектов соцкультбыта	
Наличие высокоскоростного интернета в населенном пункте по месту трудоустройства	

Спасибо за сотрудничество!

ПРИЛОЖЕНИЕ В**Анонимная анкета для врачей детских стационаров**

1. Возраст ____

2. Общий врачебный стаж _____

3. Наличие квалификационной категории:

1. Высшая;

3. II;

2. I;

4. Категории не имею.

4. Способствуют ли мероприятия проводимые в рамках Национальных проектов в сфере детского здравоохранения повышению удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи детям (подчеркните):

1. Да;

2. Нет;

3. Затрудняюсь ответить

5. Внедрены ли в Вашем учреждении порядки и стандарты оказания медицинской помощи детям:

1. Да;

2. Нет;

3. Затрудняюсь ответить

6. Насколько развита возможность в организации, где Вы работаете инфокоммуникационных технологий?

1. Имеется выход в сеть «интернет» в кабинете;

2. Имеется возможность поддерживать контакт с родителями пациента с помощью электронных технологий на рабочем месте, в т.ч. мобильных (не личных).

7. Оцените изменения, связанные с реализацией модернизации здравоохранения (2011-2013 гг.) в Вашей поликлинике (подчеркните):

1. Улучшилась материально-техническая база;

2. Установлено новое диагностическое оборудование;

3. Расширились лечебные возможности поликлиники;

4. Ничего не изменилось;

5. Затрудняюсь с ответом.

8. Оцените изменения, связанные с реализацией НП «Здравоохранение» (2019-2024) в Вашей поликлинике (подчеркните)

1. Улучшилась материально-техническая база;

2. Установлено новое диагностическое оборудование;

3. Расширились лечебные возможности поликлиники;

4. Ничего не изменилось;

5. Затрудняюсь с ответом;

6. Знаю, что будет поставлено новое оборудование.

9. Доступна ли стационарная специализированная медицинская помощь детям.

1. Да;

2. Малодоступна;

3. Нет;

4. Затрудняюсь ответить.

10. Рациональна ли структура коечного фонда больницы по профилям отделений (коек), в Вашем учреждении?

1. Да; 2. Нет; 3. Затрудняюсь ответить.
11. Выполняется ли плановый норматив числа койко-дней в Вашем стационаре?
1. Да; 2. Нет; 3. Затрудняюсь ответить.
12. Выполняется ли плановый норматив нагрузки на медицинских работников в Вашем учреждении?
1. Да; 2. Нет; 3. Затрудняюсь ответить.
13. Необходимо ли улучшение качества подготовки больных со стороны амбулаторно-поликлинического звена к стационарному лечению?
1. Да; 2. Нет; 3. Затрудняюсь ответить.
14. Необходимо ли улучшение преемственности между поликлиникой и стационаром?
1. Да; 2. Нет; 3. Затрудняюсь ответить.
15. Считаете ли Вы необходимым снизить среднюю длительность лечения пациентов на месте работы в стационаре?
1. Да; 2. Нет; 3. Затрудняюсь ответить.
16. Оцените уровень больничной летальности по месту работы?
1. Высокая; 2. Средняя; 3. Невысокая; 4. Затрудняюсь ответить.
17. Насколько большая частота расхождения патологоанатомических и клинических диагнозов по месту работы в стационаре?
1. Высокая; 2. Средняя; 3. Невысокая; 4. Затрудняюсь ответить.
18. Оцените качество и эффективность медицинской помощи детям по месту работы в целом.
1. Хорошее; 2. Удовлетворительное; 3. Неудовлетворительное; 4. Затрудняюсь ответить.
19. Насколько эффективна проводимая высокотехнологичная медицинская помощь детям по месту работы (при наличии).
1. Эффективна; 2. Малоэффективна; 3. Неэффективна; 4. Не проводилась.
10. В состоянии ли центры здоровья для детей существенно улучшить профилактику болезней у детей:
1. Да; 2. Нет; 3. Затрудняюсь ответить.
21. Какими по Вашему мнению критериями следует в первую очередь руководствоваться при оценке качества работы врача-педиатра:
1. Распределение детей по группам здоровья;
2. Оценка физического развития;
3. Результаты профилактических осмотров;
4. Заболеваемость детей хроническими неинфекционными болезнями.
22. Какие критерии необходимы для улучшения качества медицинской помощи в Вашем учреждении?

1. Знания по специальности;
2. Знания по организации здравоохранения;
3. Знания по методике оценки качества медицинской помощи;
4. Материально-техническое оснащение;
5. Укомплектованность штатов;
6. Морально-психологические стимулы;
7. Материальные стимулы;
8. Другое (указать _____)

23. Какими приоритетами Вы руководствовались или будете руководствоваться (если поступили на работу давно) при устройстве на работу (Ранжируйте по степени важности от 1 до 10)

	Ранг
Достойный уровень заработной платы	
Наличие программ, реализуемых МЗ РС (Я) («Земский доктор»)	
Наличие программ, реализуемых другими ОИГВ и органами местного самоуправления (предоставление служебного жилья, земельного участка)	
Наличие программ и преференций, реализуемых другими ОИГВ и органами местного самоуправления (предоставление субсидий на приобретение недвижимости, мест в школе, детском саду)	
Хорошая материально-техническая база подразделений, оказывающих медицинскую помощь детям	
Хороший коллектив	
Наличие большого числа объектов для проведения досуга (кинотеатры, музеи, театры, торгово-развлекательные центры, кафе, рестораны, дискотеки и т.д.)	
Наличие знакомых, друзей, родственников в населенном пункте по месту трудоустройства	
Расположение медицинской организации относительно дома, объектов соцкультбыта	
Наличие высокоскоростного интернета в населенном пункте по месту трудоустройства	

Спасибо за сотрудничество!

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Анонимная анкета родителей ребенка, посещающего поликлинику

1. Возраст ребенка _____ лет

2. Отметьте, сколько раз Вы посещали поликлинику в 2019 году:

1. от 1 до 3;	3. от 7 до 9;
2. от 4 до 6;	4. от 10 и более раз;
5. не посещали	

3. В каких целях Вы обращались в поликлинику:
 1. В лечебно-диагностических;
 2. С целью получения консультации;
 3. Для прохождения диспансерного наблюдения;
 4. С профилактической целью;
 5. Для прохождения медицинского осмотра / диспансеризации;
 6. С целью получения медицинской реабилитации;
 7. Прочие.

4. Время ожидания приема к участковому врачу-педиатру:

1. Попадаете на прием сразу;	3. До 2 часов;
2. До 1 часа;	4. Более 2-х часов.

5. Вы попадаете к врачу-специалисту преимущественно:
 1. В тот же день;
 2. На следующий день после записи;
 3. Через несколько дней после записи.

6. Вы не смогли попасть к врачу-специалисту в день обращения по причине:
 1. Закончившейся записи;
 2. Вашей неосведомленности о расписании работы специалиста поликлиники;
 3. Другие причины (впишите, какие) _____

7. Особенно трудно попасть к следующему специалисту:

1. Неврологу;	4. Хирургу;
2. Эндокринологу;	5. Урологу;
3. Отоларингологу;	
6. Другим специалистам (впишите, каким) _____	

8. Какими платными медицинскими услугами Вы пользовались для ребенка:

1. Консультативными;	4. Реабилитационными;
2. Диагностическими;	5. Традиционной медицины;
3. Лечебными;	
6. Не пользуюсь.	

9. Вам приходилось обращаться к платным медицинским услугам в хозрасчетные медицинские учреждения в связи с:
 1. Отсутствием необходимых видов исследований;
 2. Длительности ожидания приема врача;
 3. Очереди на диагностическое исследование
 4. Очереди на лабораторное исследование (анализы)
 5. По другим причинам (по каким) _____

10. Насколько изменилось качество оказания медицинской помощи детям в территориальной поликлинике в течение последних двух лет:

- | | |
|----------------|---------------------------|
| 1. Улучшилось; | 3. Без изменений; |
| 2. Стало хуже; | 4. Затрудняюсь с ответом. |

11. Если Вы отметили, что качество оказания медицинской помощи детям улучшилось, то это проявилось в следующем:

1. Повысились доброжелательность и внимание со стороны медицинского персонала;
 2. Появилась возможность выбора врача;
 3. Расширился спектр медицинских услуг (диагностических, лечебных, реабилитационных);
 - другое (впишите, какие признаки улучшения Вы заметили) _____
-

12. Насколько Вы удовлетворены работой участкового врача-педиатра:

1. Удовлетворен(а) полностью;
2. Удовлетворен(а) частично;
3. Не удовлетворен (а);
4. Затрудняюсь с ответом.

13. Насколько достаточна эффективность диспансерного наблюдения в поликлинике:

1. Достаточна (состояние здоровья ребенка в результате систематического наблюдения улучшилось);
2. Недостаточна (состояние здоровья ребенка в результате систематического наблюдения не улучшилось);
3. Затрудняюсь с ответом.

14. Укажите причины неудовлетворенности работой врачебного персонала поликлиники по месту наблюдения:

1. Невнимательность, торопливость во время приема;
2. Нетактичное отношение к пациентам;
3. Низкий уровень знаний врача;
4. Длительное ожидание приема;
5. Несвоевременный выезд в случае вызова на дом;
6. Затрудняюсь с ответом.

15. Насколько Вы удовлетворены работой среднего медицинского персонала (медицинскими сестрами) в детской поликлинике по месту наблюдения:

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| 1. Удовлетворен(а) полностью | 3. Не удовлетворен (а) |
| 2. Удовлетворен(а) частично | 4. Затрудняюсь с ответом |

16. По какой причине не удовлетворены работой среднего медицинского персонала поликлинике по месту наблюдения:

1. Отсутствие постоянной медицинской сестры;
2. Несвоевременное и не в полном объеме выполнение назначений врача;
3. Нетактичное отношение к пациентам;
4. Затрудняюсь с ответом.

17. Насколько Вы удовлетворены работой прочих служб в поликлинике по месту наблюдения ребенка (лаборатория, рентгеновский кабинет, регистратура, физиотерапевтический кабинет, кабинет функциональной диагностики и т.д.):

1. Удовлетворены;
2. Не удовлетворены;
3. Затрудняюсь с ответом.

18. Насколько Вы удовлетворены деятельностью детской поликлиники в целом:

1. Удовлетворен;
2. Не удовлетворен;
3. Затрудняюсь с ответом.

19. Основные причины неудовлетворенности деятельностью детской поликлиники:

1. Недостаточная оснащенность современным оборудованием;
2. Очереди во вспомогательные кабинеты;
3. Очереди к врачам;
4. Отсутствие «узких» специалистов;
5. Недостаточная квалификация врачей;
6. Неуважение к больным со стороны медицинского персонала;
7. Неудобный график и режим работы поликлиник.
8. Другие организационные недостатки

20. Где преимущественно, по Вашему мнению, дети должны приобретать навыки здорового образа жизни:

1. Дома, в семье
2. В образовательном учреждении (детском саду, школе)
3. Из средств массовой информации, электронных средств коммуникации
4. От врача-педиатра

21. Знаете ли Вы об открытии Центров здоровья для детей:

1. Да;
2. Нет

22. Посещали Вы с ребенком Центр здоровья для детей:

1. Да;
2. Нет

23. Если Вы посещали с ребенком центр здоровья:

1. Посещением удовлетворены полностью
2. Удовлетворены частично
3. Не удовлетворены

24. Что следует изменить в деятельности детской поликлиники с целью улучшения качества и доступности первичной медицинской помощи? (отметьте те пункты, которые наиболее соответствуют Вашим требованиям):

1. Открыть удобный и информативный для населения сайт поликлиники с возможностью задать вопросы специалистам и общаться с другими родителями;
2. Улучшить электронную запись на прием к врачу;
3. Иметь возможность контакта с участковым врачом и медицинской сестрой в режиме онлайн;
4. Укомплектовать детские поликлиники необходимыми узкими специалистами;
5. Открыть детские поликлиники в шаговой доступности для населения микрорайона;
6. Вывести детские поликлиники из первых этажей жилых домов в специально построенные здания.

Благодарим за ответ!

ПРИЛОЖЕНИЕ Д**Анонимная анкета родителей ребенка, находящегося в стационаре**

1. Возраст ребенка _____ лет _____ мес.
2. Отметьте, сколько раз Ваш ребенок был госпитализирован в стационар за последние 2 года:
 1. 1 раз;
 2. 2 раза;
 3. 3 и более.
3. Характер госпитализаций:
 1. Экстренная;
 2. Плановая;
 3. Экстренная и плановая.
4. Отказывали ли Вам в госпитализации ребенка при наличии направления от лечащего врача?:
 1. Да;
 2. Нет.
5. Время ожидания плановой госпитализации:
 1. До двух недель;
 2. От двух недель до одного месяца;
 3. От одного до двух месяцев;
 4. Два и более месяца.
6. Время ожидания в приемном отделении первичного осмотра врачом:
 1. до 30 мин.;
 2. в течение одного часа;
 3. в течение двух часов;
 4. более двух часов
7. Приходилось ли пользоваться платными медицинскими услугами во время нахождения ребенка в стационаре:
 1. Да, за консультацией;
 2. Да, в диагностических целях;
 3. Да, с лечебными целями;
 4. Да, в целях получения реабилитации;
 5. Нет, не пользовались.
8. По какой причине Вам приходилось обращаться за платными медицинскими услугами во время нахождения ребенка в стационаре:
 1. Отсутствие медицинской услуги в данном учреждении
 2. Длительности ожидания ее выполнения
 3. Другое (впишите) _____
9. Платными медицинскими услугами для ребенка Вы пользовались, находясь в стационаре:
 1. По рекомендации врача;
 2. По собственной инициативе
 3. Другое (впишите) _____

10. Оплата медицинских услуг проводилась путем:

1. На основе договора на платные медицинские услуги
2. Оплата медицинских услуг в кассу медицинского учреждения без договора
3. Наличные средства врачу/медсестре
4. Внесение добровольных пожертвований в кассу медицинского учреждения

11. Были ли возмещены денежные средства при использовании платных услуг за во время пребывания ребенка в стационаре страховой компанией?

1. Да;
2. Нет;
3. Не обращались.

12. Сталкивались ли Вы с отказом в выполнении назначенных ребенку лечащим врачом обследований и видов лечения?

1. Да;
2. Нет

13. Оцените качество медицинской помощи в стационаре в целом:

1. Удовлетворен полностью;
2. Удовлетворен частично
3. Не удовлетворен
4. Затрудняюсь с ответом

14. В случае если вы не удовлетворены оказываемой медицинской помощью в данном стационаре, укажите причины:

1. Плохие бытовые условия в стационаре
2. Плохое питание в стационаре
3. Плохое отношение медицинского персонала
4. Трудности с получением консультации узкого специалиста
5. Трудности с проведением лабораторно-диагностических и функциональных исследований
6. Отсутствие необходимых медикаментов
7. Недостаточная квалификация врачей
8. Недостаточная полнота диагностического обследования и лечения
9. Наличие платных услуг
10. Другие организационные недостатки (для детей с ограниченными физическими возможностями)
11. Отсутствие информационных и образовательных материалов для родителей
12. Отсутствие преемственности с поликлиникой
13. Затрудняюсь с ответом

15. Удовлетворены ли Вы организацией приема пациентов в приемном отделении:

1. Да;
2. Частично;
2. Нет;
4. Затрудняюсь с ответом

16. Причины неудовлетворенности работой приемного отделения:

1. Длительное ожидание приема
2. Квалификация врача
3. Нетактичное отношение к пациентам
4. Невнимательность, торопливость при приеме
5. Неудовлетворительное состояние помещения
6. Длительное ожидание перевода в отделение
7. Затрудняюсь с ответом

17. Удовлетворены ли Вы качеством работы врачей стационара:

1. Да;
2. Нет;
3. Частично;
4. Затрудняюсь с ответом.

18. Причины неудовлетворенности работой врачебного персонала:

1. Невнимательность, торопливость при осмотре;
2. Нетактичное отношение к пациентам;
3. Квалификация врача;
4. Недостаточное наблюдение за ребенком;
5. Несвоевременность назначений и проведения обследования;
6. Недостаточная доступность объяснений врача;
7. Недостаточное информирование родителей о состоянии ребенка и о проводимом обследовании и лечении;
8. Несоблюдение врачебной тайны;
9. Затрудняюсь с ответом.

19. Оцените работу среднего медицинского персонала стационара:

1. Удовлетворены полностью;
2. Удовлетворены частично;
3. Не удовлетворены;
4. Затрудняюсь с ответом.

20. Причины неудовлетворенности работой среднего медицинского персонала:

1. Недостаточное наблюдение за ребенком;
2. Несвоевременное и не в полном объеме выполнение назначений врача;
3. Нетактичное отношение к пациентам;
4. Затрудняюсь с ответом.

21. Удовлетворены ли Вы работой диагностической службой:

1. Да;
2. Нет
3. Затрудняюсь с ответом.

22. Причины неудовлетворенности работой диагностической службы стационара:

1. Длительность ожидания обследования;
2. Недостаточный спектр диагностических исследований;
3. Затрудняюсь с ответом.

23. Оцените качество питания в стационаре

1. Хорошее;
2. Удовлетворительное;
3. Неудовлетворительное.

24. Оцените санитарное состояние в палатах и отделениях?

1. Хорошее;
2. Удовлетворительное;
3. Неудовлетворительное.

25. Оцените результативность полученного лечения ребенка в данной медицинской организации?

1. Улучшение;
2. Ухудшение;
3. Без перемен.

26. Оцените результативность полученной высокотехнологичной помощи ребенку в данной медицинской организации?

1. Улучшение;
3. Без перемен;
2. Ухудшение;
4. Не проводилась.

27. Если имели место повторные госпитализации, то оцените качество медицинской помощи в стационаре в динамике:

1. Изменилось в лучшую сторону;
3. Не изменилось;
2. Изменилось в худшую сторону;
4. Затрудняюсь с ответом.

28. Если Вы считаете, что качество медицинской помощи улучшилось, то это проявилось в следующем:

1. Улучшилось отношение медицинского персонала;
2. Улучшилось материально-техническое оснащение учреждения;
3. Расширился спектр медицинских услуг: -диагностических; -лечебных; реабилитационных;
- другое (впишите) _____

29. Приходилось ли Вам жаловаться на медицинское обслуживание в стационаре?:

1. Да;
2. Нет.

30. Были ли приняты эффективные меры в результате Вашей жалобы?:

1. Да;
2. Нет.

31. Что, по Вашему мнению, необходимо совершенствовать в деятельности стационара для обеспечения качественного оказания медицинской помощи?

1. Межличностные отношения врача и пациента (умение врача взаимодействовать с ребенком и его родителями, проявлять сочувствие);
2. Квалификацию врача;
3. Удобство и своевременность предоставления медицинских услуг;
4. Результативность медицинских вмешательств (изменение в состоянии здоровья ребенка);
5. Непрерывность медицинской помощи (наличие взаимосвязи поликлиники и стационара);
6. Комфортабельность учреждения здравоохранения (чистота, порядок, приятность общей атмосферы);
7. Обеспеченность медицинским персоналом и оборудованием;
8. Другое (впишите) _____

Благодарим за ответ!