

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Читинская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

**ДУДАРЕВА ВИКТОРИЯ АНДРЕЕВНА**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ С  
УЧЕТОМ ФАКТОРНОЙ ОБУСЛОВЛЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ**

14.02.03 –Общественное здоровье и здравоохранение

**Диссертация**

на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук,

доцент О.В. Ходакова

Чита – 2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>5</b>
<b>ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ С УЧЕТОМ ФАКТОРНОЙ ОБУСЛОВЛЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) .....</b>	<b>14</b>
1.1 Становление системы охраны материнства и детства как социального института государства в России.....	14
1.2 Система организации оказания медицинской помощи детскому населению...	22
1.3 Медико-социальная помощь несовершеннолетним как инструмент межведомственного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей .....	27
1.4 Социально-гигиеническая характеристика здоровья детского населения.....	31
<b>ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>	<b>37</b>
<b>ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С УЧЕТОМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ .....</b>	<b>56</b>
3.1 Оценка медико-демографической ситуации на уровне субъекта РФ .....	56
3.2 Социально-гигиеническая оценка отдельных групп показателей здоровья детского населения региона.....	64
<b>ГЛАВА 4. СТРУКТУРНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕГИОНА.....</b>	<b>75</b>
4.1 Анализ ресурсного обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь детскому и женскому населению.....	75
4.2 Оценка доступности первичной медико-санитарной помощи детскому населению на уровне субъекта РФ.....	80
4.3 Экспертная оценка состояния системы охраны материнства и детства на региональном уровне.....	87

<b>ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ, ИХ РОЛЬ В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....</b>	<b>93</b>
5.1 Оценка стратификационных факторов репродуктивного потенциала населения региона.....	93
5.2 Социально-гигиеническая оценка семей из группы социального риска на региональном уровне .....	99
5.3 Оценка правовой функциональной грамотности населения региона по вопросам реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья.....	103
5.4 Оценка правовой информированности специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению.....	111
<b>ГЛАВА 6. ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РФ.....</b>	<b>115</b>
<b>ГЛАВА 7. РАЗРАБОТКА И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ ПУТЕЙ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНЕ НА ОСНОВЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ.</b>	<b>123</b>
7.1 Совершенствование подходов к оказанию медико-социальной помощи детскому населению на региональном уровне.....	126
7.2 Формирование единого информационного пространства организаций медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним .....	131
7.3 Повышение правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм в вопросах реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья .....	137
7.4 Оценка результативности апробированных организационных технологий по совершенствованию организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне .....	143
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>147</b>

<b>ВЫВОДЫ.....</b>	<b>157</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....</b>	<b>159</b>
<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....</b>	<b>160</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>161</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ.....</b>	<b>185</b>

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность исследования**

Приоритет охраны здоровья детского населения является стратегическим направлением современной социальной политики государства в области здравоохранения (В.И. Стародубов, А.В. Тихомиров, 2015; В.Р. Кучма, 2017; Т.А. Замиралова, 2017; Л.П. Чичерин, М.В. Никитин, В.О. Щепин, 2019), что отражено в майских указах Президента, национальных проектах «Демография» и «Здравоохранение», Федеральных проектах «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». Показатели, характеризующие состояние здоровья детей, отражают уровень реализации программ, направленных на профилактику, раннюю диагностику, своевременное эффективное лечение и медицинскую реабилитацию несовершеннолетних (С.А. Леонов, И.М. Сон, Л.П. Суханова, 2009; Р.А. Файзуллина, А.Т. Шакирова, Э.Р. Валеева, 2015; Т.З. Бадмацыренова, Р.Д. Колокольцов, 2016; А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова; Р.Н. Терлецкая и др., 2017).

В последнее десятилетие наблюдается тенденция ухудшения состояния здоровья детского населения: уменьшение доли здоровых детей при рождении, рост уровня хронической патологии, увеличение частоты инвалидизации (А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, А.З. Фаррахов, А.А. Модестов, А.А. Иванова, С.А. Косова, 2012; Н.В. Полунина, 2013; В.Р. Кучма, 2016; А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая, Е.В. Антонова, 2017), что в дальнейшем негативно отражается на репродуктивном и экономическом потенциале страны (Ткаченко А.А., 2012; О.И. Аполихин, Н.Г. Москалева, В.А. Комарова, 2015; Т.А. Соколовская, О.В. Армашевская, Л.Ю. Чучалина, 2016).

Снижение показателей здоровья несовершеннолетних, по мнению ведущих организаторов здравоохранения в этой области исследований (Ю.П. Лисицын, 2010; Н.В. Полунина, 2013), обусловлено управляемыми поведенческими

факторами, социально-экономическими, генетическими, медицинскими предикторами. Широкое распространение поведенческих и социально-экономических детерминант, влияющих на здоровье, свидетельствует об отсутствии у населения здоровьесберегающего поведения, изменении ценностных установок в отношении формирования института семьи и воспитания детей, недостаточной правовой компетенции граждан, а также неблагоприятной социально-экономической ситуации, определяющей низкий уровень жизни населения (А.А. Баранов, Т.В. Яковлева, В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, Е.В. Антонова, 2008; Р.Я. Нагаев, С.Г. Ахмерова, Л.П. Чичерин, Д.Х. Абилова, 2015; Л.А. Жданова, 2016; В.Р. Кучма, 2016; В.В. Васильева, М.В. Перекусихин, 2018).

Социальные детерминанты в настоящее время признаются основными факторами предотвратимых потерь здоровья детского населения (С.Р. Jones, С.У. Jones, G.S. Perry. 2009; В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, Т.В. Яковлева, Б.Д. Менделевич, 2010; Ю.П. Лисицын, 2010; A. Sepehri, H. Guliani, 2015; Y. Lax, M. Martinez, N.M. Brown, 2017; О.Г. Богза, О.П. Голева, 2017; О.В. Калиниченко, Н.Г. Петрова, Е.В. Дембикова, С.А. Калинина, 2017; О.А. Манерова, А.Ю. Маркина, 2018). В сложившейся ситуации необходимо комплексно воздействовать как на медицинские, так и на социальные детерминанты здоровья (А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.Ю. Альбицкий, 2012; А.А. Баранов, 2014; А.В. Коротун, 2014; А.З. Фаррахов, Н.В. Устинова, А.Г. Игнашина, 2014; Р.Я. Нагаев, Л.П. Чичерин, А.С. Рахимкулов, С.Ф. Шамгулова, 2016; В.И. Попов, Л.П. Чичерин, В.О. Щепин, 2020). Высокая значимость социальных факторов обуславливает необходимость совершенствования организации медицинской помощи и развития междисциплинарного и межведомственного сопровождения детей из группы социального риска. Проблемы в организации оказания медицинской помощи детскому населению снижают эффективность проводимых мероприятий, что негативно отражается на показателях здоровья несовершеннолетних.

### **Степень разработанности темы исследования**

Изучению факторной обусловленности предотвратимых потерь здоровья детского населения посвящен ряд работ: С.Р. Jones, С.У. Jones, G.S. Perry. 2009;

В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, Т.В. Яковлева, Б.Д. Менделевич, 2010; Ю.П. Лисицын, 2010; Н.В. Полунина, 2013; В.П. Косолапов, Г.В. Сыч, М.В. Фролов, 2014; A. Sepehri, H. Guliani, 2015; Y. Lax, M. Martinez, N.M. Brown, 2017; О.Г. Богза, О.П. Голева, 2017; О.В. Калиниченко, Н.Г. Петрова, Е.В. Дембикова, С.А. Калинина, 2017; О.А. Манерова, А.Ю. Маркина, 2018), в которых была представлена характеристика основных показателей здоровья. Высокое медико-демографическое, социальное и экономическое значение показателей здоровья детского населения определяет необходимость: изучения факторной обусловленности здоровья; анализа эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям; совершенствования организационно-управленческих и нормативно-правовых технологий при оказании медицинской помощи, направленных на сохранение здоровья детского населения с учетом региональных особенностей.

### **Цель исследования**

Научно обосновать организационные технологии при оказании медицинской помощи детскому населению, направленные на сохранение здоровья несовершеннолетних.

### **Задачи исследования**

1. Провести социально-гигиеническую оценку отдельных групп показателей здоровья детского населения с учетом региональных особенностей субъекта Российской Федерации.
2. Представить структурно-организационный анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению региона.
3. Оценить социальные детерминанты здоровья детского населения, определяющие особенности организации медицинской помощи в регионе.
4. Провести экспертную оценку результативности оказания медико-социальной помощи детскому населению региона.

5. Разработать и апробировать организационные технологии, направленные на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне.

### **Научная новизна исследования**

Установлена негативная тенденция изменения отдельных групп показателей здоровья несовершеннолетних в регионе: рост уровня фетоинфантильных потерь; разнонаправленная динамика изменения показателей заболеваемости по обращаемости детей разных возрастных групп; увеличение уровня детской инвалидности.

Выявлены проблемы в организации медицинской помощи детскому населению на уровне субъекта РФ.

Оценены социальные детерминанты здоровья детского населения, определяющие особенности организации медицинской помощи несовершеннолетним в регионе.

Научно обоснованы организационные технологии по совершенствованию организации оказания медицинской помощи детскому населению, позволяющие повысить результативность функционального взаимодействия участников системы оказания медицинской помощи несовершеннолетним.

Разработаны и апробированы организационные технологии в форме образовательного модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья», как механизма координации деятельности образовательных организаций высшего образования, позволяющего стандартизовать подходы к формированию квалификации специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению.

### **Теоретическая и практическая значимость исследования**

Установленные социально-экономические особенности региона и верифицированные медицинские и социальные детерминанты здоровья детского населения могут быть использованы при планировании медицинской помощи в субъектах РФ с аналогичными условиями.



Научно обоснована необходимость реализации мероприятий, направленных на повышение результативности функционального взаимодействия участников системы организации оказания медицинской помощи детскому населению, позволяющих системно воздействовать на управляемые медицинские и социальные детерминанты здоровья.

Разработаны требования к формированию электронной модели личного кабинета пациента, которая позволит повысить результативность внутриведомственного взаимодействия медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям, а также обеспечит достаточный уровень правовой информированности как специалистов, так и законных представителей несовершеннолетних.

Разработано положение «Об организации трехуровневой системы медико-социальной помощи детям из группы высокого социального риска на территории Забайкальского края», учитывающее экономико-географические и медико-демографические особенности данного субъекта РФ.

Разработано положение о формировании и ведении единого регистра социально неблагополучных семей, проживающих на территории региона.

Для повышения уровня правовой информированности специалистов в вопросах организации и оказания медицинской помощи детскому населению разработан и апробирован образовательный модуль «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья».

### **Методология и методы исследования**

Методологическая основа диссертационного исследования, направленного на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению, представлена общенаучными и специальными методами: контент-анализом, социологическим, санитарно-статистическим, аналитическим, экспертным. Реализация поставленных цели и задач осуществлена с применением методик анкетирования, интервьюирования, экспертных оценок. Статистическая обработка и анализ полученных результатов социально-гигиенического

исследования проведены с использованием пакета программ Microsoft Office 2010®, полнофункциональной статистической системы IBM SPSS Statistics 20®.

### **Положения диссертации, выносимые на защиту**

1. Состояние здоровья детского населения в регионе характеризуется негативной динамикой, обусловленной влиянием медико-социальных факторов и структурно-организационными проблемами в системе оказания медицинской помощи несовершеннолетним.

2. На основе характеристики социальных детерминант здоровья выделены отдельные категории детского населения, нуждающиеся в адресном сопровождении организациями медицинского и социального профилей.

3. Разработанные и апробированные организационные технологии по совершенствованию организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне включают образовательный, организационный, информационный модули и повышают результативность оказания медицинской помощи несовершеннолетним.

### **Степень достоверности результатов диссертационного исследования**

Степень достоверности результатов, выводов и положений диссертационного исследования, направленного на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению обеспечена репрезентативным объемом первичного статистического материала, применением методов параметрической и непараметрической статистики (корреляционный анализ, метод экспертных оценок (W-коэффициент конкордации), методика расчета относительных рисков, критерий согласия Пирсона ( $\chi^2$ ), Q-критерий Кохрена, кластерный анализ, дисперсионный анализ).

### **Апробация результатов диссертационного исследования**

Основные положения диссертационного исследования доложены на следующих научно-практических конференциях: международной научно-практической конференции «Новейшие концепции фундаментальных и прикладных научных исследований: опыт, традиции, инновации, эффективная стратегия развития» (г. Санкт-Петербург, 2015 г.); VIII Межрегиональной научно-

методической конференции (г. Кемерово, 2016 г.); международной научной конференции студентов и молодых ученых на английском языке «Актуальные вопросы медицины» (г. Ставрополь, 2017 г.); 85-й Всероссийской Байкальской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Актуальные вопросы современной медицины» (г. Иркутск, 2018 г.); юбилейной научно-практической конференции «Системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края 25 лет» (г. Чита, 2018 г.); II Конференции молодых ученых с международным участием «Здоровье и здравоохранение в России» (г. Москва, 2018 г.), XV-XVIII межрегиональных межвузовских научно-практических конференциях молодых ученых «Медицина завтрашнего дня» (г. Чита, 2016 - 2019 гг.).

### **Внедрение результатов исследования**

Результаты диссертационного исследования используются в деятельности органов исполнительной власти региона (Министерство здравоохранения Забайкальского края), медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, в образовательном процессе в рамках реализации модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» для обучающихся по программам специалитета «Лечебное дело», «Педиатрия», по программам ординатуры по специальности «Педиатрия» и программам дополнительного профессионального образования высших образовательных учреждений Минздрава России.

### **Личный вклад автора**

Автором самостоятельно подготовлен обзор литературы по изучаемой теме (100%), определены цель и задачи (95%), разработаны дизайн, программа, методология и методы исследования (95%).

Проведена социально-гигиеническая оценка отдельных групп показателей здоровья детского населения с учетом региональных особенностей субъекта Российской Федерации (100%), представлен структурно-организационный анализ деятельности медицинских организаций Забайкальского края, оказывающих медицинскую помощь детям (100%), организовано и проведено комплексное

социально-гигиеническое исследование, направленное на изучение социальных детерминант, влияющих на состояние здоровья детского населения (80%), сформированы электронные базы данных (100%), осуществлена статистическая обработка результатов исследования (100%).

На основе полученных результатов сформулированы выводы и практические рекомендации (98%).

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Научные положения диссертации соответствуют формуле специальности 14.02.03 Общественное здоровье и здравоохранение:

- пункту 1 - исследование теоретических проблем охраны здоровья населения и здравоохранения, теорий и концепций развития здравоохранения, условий и образа жизни населения, социально-гигиенических проблем;
- пункту 2 - разработка методов исследования, изучения и оценки состояния здоровья населения и тенденций его изменения, исследование демографических процессов, структур заболеваемости, физического развития, воздействия социальных, демографических факторов и факторов внешней среды на здоровье населения, его отдельных групп, паспорта общественного здоровья и здравоохранения;
- пункту 3 – исследование организации медицинской помощи населению, разработка новых организационных моделей и технологий профилактики, оказания медицинской помощи и реабилитации населения; изучение качества внебольничной и стационарной медицинской помощи;

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 18 печатных работ, в том числе 4 статьи – в изданиях, включенных в Перечень российских рецензируемых научных журналов, рекомендуемых ВАК при Министерстве высшего образования и науки

Российской Федерации, 2 статьи – в журналах, входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования.

# **ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ С УЧЕТОМ ФАКТОРНОЙ ОБУСЛОВЛЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

## **1.1 Становление системы охраны материнства и детства как социального института государства в России**

Детство как социальный институт общества и приоритетное направление политики в сфере здравоохранения выделяется в каждом правовом государстве [1, 4, 16, 18, 39, 72, 85, 89, 168, 192]. Исторические аспекты формирования системы охраны здоровья детского населения в России отражают происходившие в стране законодательные, социокультурные и экономические преобразования [7, 10, 27].

Отсутствие формальной регламентации правоспособности ребенка обусловило многовековую стагнацию в развитии службы охраны детства как отдельной области в системе оказания медицинской помощи населению [3, 57]. Актуализация вопросов и реализация наиболее эффективных мер, связанных с сохранением здоровья детей и предоставлением им квалифицированной медицинской помощи, происходят лишь на рубеже XIX – XX веков [6, 26, 56, 71]. В этот период в стране отмечаются негативные медико-демографические процессы, характеризующиеся, в том числе, высоким уровнем детской заболеваемости и смертности [3, 6, 10, 57].

Становление системы охраны детства имело длительную историю и происходило через организацию различных форм общественного призрения [3, 29, 97-98].

Зарождение и распространение христианства на Руси (X-XIII века), способствовало появлению церковно-монастырских форм призрения, реализующих свою деятельность на основе приютов, богаделен и больниц при монастырях [29, 57].

В средневековой Руси вопросы, связанные с охраной жизни и здоровья детей, находились под религиозной юрисдикцией и регулировались церковным

уставом, утвержденным князем Владимиром. Медико-демографические показатели на Руси в этот период имели негативную оценку. Несмотря на высокий уровень рождаемости, в обществе наблюдался высокий уровень смертности, представленный преимущественно младенческим компонентом (до 50%). В структуре причин ведущее место занимали экзогенные факторы, такие как голод, эпидемии, отсутствие системных принципов оказания медицинской помощи [3, 10, 23, 26, 56].

В последующий период (до XVII века) принципиальных организационно-правовых изменений в системе общественного призрения не происходило [57].

В XVII веке, начиная с правления Алексея Михайловича, огромное значение приобрели вопросы, связанные с охраной здоровья детей раннего и дошкольного возраста. В этот период детская и младенческая смертность воспринимались как явления, зависящие от уровня социально-экономического благополучия общества [26, 56]. В качестве мер, направленных на снижение специальных показателей смертности детского населения, при церквях и монастырях организовывались учреждения для приема незаконнорожденных детей, подкидышей и сирот, под патронатом патриарха Московского и всея Руси [29, 57].

Впервые государственный статус и правовая регламентация системы общественного призрения утверждены в период правления Петра I. Законодательно выделены и закреплены категории лиц, нуждавшихся в попечительстве, обозначены превентивные меры борьбы с социальными пороками. Проблемы в области детства и сиротства официально признаны проблемами попечения и ребенка, выступая объектом социальной защиты, наделялся личными правами [50].

К середине XVIII века Россия по уровню достижения медико-демографических показателей значительно отставала от стран Западной Европы. Негативные тенденции естественного движения населения обусловлены высоким уровнем смертности населения преимущественно за счет детской составляющей [56-57].

Последующие изменения в деятельности системы общественного призрения связаны с правлением Екатерины II. Манифест 1763 г. «Об учреждении Воспитательных домов» постановлял, что Учреждение должно обеспечивать выполнение таких задач, как спасение жизни, укрепление здоровья детей, а также становление их духовного воспитания [10, 56]. Несмотря на основополагающую идею, заключающуюся в сохранении жизни и здоровья детей, фактически ситуация отображала диаметрально иную ситуацию. Отмечались такие негативные тенденции, как ухудшение эпидемиологической обстановки, рост уровня заболеваемости детей, увеличение детской и младенческой смертности. Представленные процессы сохранялись на протяжении многих десятилетий [10, 23, 34, 50, 56].

Отрицательная характеристика показателей здоровья детского населения в учреждениях общественного призрения актуализировала необходимость изучения причин сложившейся ситуации и обозначила ответственность общества и государства за жизнь детей в целом. По оценкам экспертов, основными причинами высокой младенческой смертности выступали: антенатальный фактор, недостаточный уровень и качество питания, высокая плотность воспитанников в домах. В таких условиях воспитательные дома не могли эффективно реализовывать свои функции [23, 57].

Медико-демографические показатели, характеризующие здоровье детского населения в данный период, отражали системные проблемы оказания медицинской помощи как в вопросах акушерства, так и в педиатрии. В качестве мероприятий, направленных на решение поставленных задач, определены следующие: совершенствование подготовки медицинских кадров и изменение принципов оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам. В России организовалась государственная акушерская служба, результаты деятельности которой должны были положительно отразиться на антенатальном, интранатальном и неонатальном компонентах младенческой смертности [98].



Следующим этапом формирования системы охраны здоровья детского населения выступили организационные изменения в вопросах предоставления квалифицированной медицинской помощи несовершеннолетним.

В России до XIX века отдельной специальности «педиатрия» не выделялось, однако вопросы, которые включали данное направление, отчасти раскрывались в смежных дисциплинах – «акушерство» и «терапия» [57]. В стране становление педиатрии – как специальности и отдельного приоритетного направления в здравоохранении – связано с учреждением в 1834 г. первой детской больницы в Санкт-Петербурге. Необходимые изменения в системе медицинского образования произошли только в 1866 г., когда в Московском университете была образована кафедра детских болезней. В дальнейшем аналогичные кафедры организовывались во всех крупных образовательных учреждениях страны [77, 98].

К концу XIX века в России сложилась определенная система охраны здоровья детского населения, представленная двумя крупными Воспитательными домами, пятнадцатью детскими больницами и множеством небольших сиротских приютов. Учитывая протяженность территории страны, численность и плотность населения (общая численность населения 130 млн. чел., удельный вес детей 45%), представленная система не могла эффективно реализовывать свою деятельность [3, 35, 57]. Негативное влияние на службу охраны детства оказывали и внутренние проблемы государства: низкий уровень жизни сельского населения, недостаточная распространенность мероприятий санитарного надзора в губерниях, неблагоприятная эпидемическая ситуация, ограниченная доступность медицинской помощи для населения [10, 56].

Реализация земской реформы Александра II позволила в значительной степени улучшить систему обеспечения медицинской помощи населению и расширить полномочия санитарного надзора [86]. Проводимые меры значительно не изменили медико-демографическую ситуацию в стране. К концу 1890-х гг. уровни общей и младенческой смертности в России кратно превышали значения данных показателей в странах Западной Европы: общий коэффициент смертности

составлял 35‰, в сравнении со скандинавскими странами был выше на 52% (17‰), с Англией - выше на 46% (19‰), с Францией - выше на 38% (22‰), с Германией - выше на 32% (24‰) [3, 10, 81, 155]. Уровень младенческой смертности имел аналогичную сравнительную оценку, превышая показатели стран Европы в несколько раз [15].

Неудовлетворительная оценка демографической ситуации в России в начале XX века явилась отражением глубоких и затяжных социально-экономических проблем в стране. Сложившаяся ситуация усугублялась низким уровнем санитарно-гигиенического состояния населенных пунктов, неразвитостью системы здравоохранения [54, 56, 61, 81].

Несмотря на разрушительные и дезадаптирующие процессы, происходящие в обществе, Советская власть первоочередной задачей определила установление системы охраны материнства и младенчества. Коллегия Народного комиссариата государственного призрения в декабре 1917 г. создает Отдел охраны материнства и младенчества. Цель данного подразделения – снижение уровня детской смертности. В первые годы правления Советской власти было учреждено 108 домов младенца, 267 приютов для грудных детей и домов ребенка до 3 лет [6, 22-23, 98, 162]. В этот период вопросы охраны материнства и младенчества передаются из Наркома социального обеспечения в ведение Наркомздрава. Так, государство, находясь в критическом социально-экономическом и санитарно-эпидемиологическом состоянии, продолжало определять в качестве приоритетной задачи - охрану здоровья детского населения.

В 1930 г. в стране складывается трехзвенная система оказания медицинской помощи женщинам и детям: 1 уровень – женская консультация; 2 уровень – родильные дома; 3 уровень – детские поликлиники. В представленной системе, на каждом уровне оказания медицинской помощи, реализовывались оперативные и тактические цели и определялись целевые индикаторы, которые отражали качество и доступность медицинской помощи [27, 28, 54, 162].

Эффективность деятельности созданной системы охраны материнства и детства в Советском Союзе отражалась в специальных показателях

демографической статистики. В начале 1940 гг. в государстве произошло значительное снижение коэффициентов материнской, детской и младенческой смертности, преимущественно за счет рациональной организации оказания медицинской помощи данным контингентам населения, оптимальной обеспеченности учреждений здравоохранения квалифицированными кадрами, а также внедрения новых технологий [3, 56-57].

Дальнейшие исторические события: Вторая мировая и Великая Отечественная войны - значительно повлияли на изменение показателей эффективности деятельности системы охраны материнства и детства. В этот период в стране дополнительно открыты 14 000 ясельных мест, около 7 000 коек - в домах ребенка, 800 коек - в домах матери и ребенка. Несмотря на проводимые мероприятия, ко второй половине 1942 г. младенческая смертность значительно возросла, но к 1943 г. ее уровень по сравнению с 1940 г. снизился в 1,5 раза. Нестабильная тенденция изменения показателя обусловлена снижением уровня рождаемости населения, а также недоучетом случаев смерти детей (дефекты регистрации) [3, 57].

Доступность и качество оказываемой медицинской помощи населению, в том числе детскому, вновь повысились лишь к 1950 гг. и достигли максимального положительного эффекта к 1960 г. [7].

В период с 1970 по 1980 гг. показатели здоровья детского населения оценивались негативно (уровень младенческой смертности увеличился на 37,1%) [7, 71]. Данные процессы были обусловлены преимущественно неонатальным компонентом младенческой смертности (перинатология и неонатология не получали необходимого развития) и изменениями в системе регистрации и учета фактов смерти новорожденных. С начала 70-х годов учреждениям родовспоможения вменили в обязанность регистрировать и сообщать в органы государственной статистики о случаях перинатальной смертности.

В период с 1988 г. в СССР началось заметное снижение смертности среди детского населения. За три года уровень младенческой смертности уменьшился на 14,2%, достигнув в 1990 г. 21,9‰ (среднегодовой темп убыли составил 5%). В это

время была определена стратегия снижения младенческой смертности, которая включала следующие компоненты: реализацию комплексных региональных программ по уменьшению данного показателя для территорий с высоким, средним и сравнительно низким её уровнем; развитие пренатальной диагностики патологии плода; развитие и внедрение на всех этапах оказания медицинской помощи реанимации и интенсивной терапии новорожденных; изменение организационной структуры работы акушерских стационаров, их интеграции в структуру больничных комплексов; создание учреждений нового типа – перинатальных центров. Программные мероприятия стратегии позволили снизить уровень младенческой смертности в этот сложный переходный период [3, 7, 71].

В дальнейшем, основные мероприятия, направленные на совершенствование организации системы охраны материнства и детства, продолжились в Российской Федерации. На федеральном уровне принят закон Российской Федерации «Об охране здоровья детей в Российской Федерации», внесены дополнения и изменения в федеральный закон «Об иммунопрофилактике», изменены принципы финансирования системы охраны материнства и детства, приведены в соответствие с международными требованиями критерии перинатальной смертности, живорождения и мертворождения [1, 4, 8, 21, 34, 72-75, 107, 110, 207].

На современном этапе развития системы здравоохранения уровень младенческой смертности выступает одним из целевых индикаторов здоровья и благополучия населения. В связи с высокой медико-демографической и социальной значимостью этого критерия, в стране продолжают разрабатываться и внедряться различные меры социально-экономической и медико-санитарной направленности, определяющие эффективность развития службы охраны материнства и детства [25, 75]. Указом Президента РФ от 28 июня 2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации» младенческая смертность включена в показатели оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ. В соответствии с Концепцией демографической политики РФ на

период до 2025 г., утвержденной Указом Президента РФ (№ 1351 от 09.10.07 г.), первостепенными задачами являются сокращение уровня младенческой смертности не менее чем в 2 раза, а также укрепление репродуктивного здоровья населения, в том числе здоровья детей и подростков. Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» включает приоритетный проект «Совершенствование организации медицинской помощи новорожденным и женщинам в период беременности и после родов, предусматривающее, в том числе развитие сети перинатальных центров в Российской Федерации» [107, 113, 114].

Стратегия, перспективы развития и совершенствования системы организации оказания медицинской помощи детскому населению включены в Национальный план действий в интересах детей, разработанный в соответствии с ратифицированными Россией международными документами о правах несовершеннолетних [107]. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 года № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», в соответствии с которым утверждены национальные проекты, такие как: «Демография» и «Здравоохранение», определил вектор развития здравоохранения на долгосрочную перспективу. Для реализации приоритетных проектов утверждены федеральные проекты, направленные в том числе и на совершенствование медицинской помощи детскому населению: «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи», на основе которых формируются региональные ключевые направления в сфере развития детского здравоохранения.

Таким образом, процессы формирования правосубъектности ребенка, становление детства как социального института государства, организация системы охраны материнства и детства имели многовековую историю. Приоритет сохранения здоровья населения, в том числе детского, определялся негативной

динамикой изменения основных и специальных медико-демографических показателей и необходимостью снижения социальной напряженности в обществе. В качестве ведущих факторов, негативно влияющих на детскую и младенческую смертность, выступали внешние макроэкономические детерминанты (уровень социально-экономического развития страны, качество жизни населения, внутри и внешнеполитическая обстановка), а также промежуточные (поведенческие), которые отражались в низком уровне профилактической и медицинской направленности населения, отсутствии витальных установок на ведение здорового образа жизни.

В настоящее время система организации оказания медицинской помощи детскому населению определяет приоритет сохранения и укрепления здоровья несовершеннолетних как индикативный критерий эффективности деятельности отрасли.

## **1.2 Система организации оказания медицинской помощи детскому населению**

На современном этапе развития каждое государство предъявляет высокие требования к социальным институтам, определяющим фундамент для эффективной реализации политических, социально-экономических и культурных процессов [59, 64, 72, 88, 132, 151, 187, 198, 201, 208]. Система охраны материнства, детства и семьи выступает одним из таких институтов, определяя приоритеты в сфере охраны здоровья женского и детского населения как основы репродуктивного потенциала и человеческого капитала [64, 70, 85, 87, 106, 149, 166, 177].

Оказание медицинской помощи детскому населению в Российской Федерации гарантировано государственной системой здравоохранения, обеспечивающей непрерывное наблюдение за ребенком, начиная с момента его рождения до достижения возраста 18 лет [27, 30, 38, 49, 63, 79, 100, 121, 133]. Организационное единство системы закреплено в нормативно-правовой базе [106, 109, 111-112, 114-116].

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан» каждый ребенок имеет права в сфере охраны здоровья [109]. Так, дети должны быть обеспечены: возможностью получения медицинских консультаций, медицинской помощи и медицинской реабилитации, возможностью прохождения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, а также возможностью получения санитарно-гигиенического образования [109].

Медицинская помощь детскому населению оказывается по видам и профилям в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе стандартов и с учетом клинических рекомендаций [109].

Порядок оказания педиатрической помощи, регламентированный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. № 366н, устанавливает этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача), стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений, рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений, особенности оказания медицинской помощи [115].

Медицинская помощь детскому населению предоставляется в виде первичной медико-санитарной помощи (ПМСП); скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной (ВМП), медицинской помощи [115].

Медицинская педиатрическая помощь может оказываться в плановой, в неотложной и в экстренной формах в условиях: вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в транспортном средстве при медицинской эвакуации); амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе на дому при вызове медицинского работника; в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); стационарно

(в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) [115].

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям» регламентирует правила организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям в Российской Федерации [114, 116].

Первичная медико-санитарная помощь является приоритетным направлением развития здравоохранения, выступая основой системы оказания медицинской помощи [63, 133]. ПМСП включает профилактические, лечебно-диагностические мероприятия, медицинскую реабилитацию, вопросы формирования здорового образа жизни и санитарно-гигиенического образования населения [42, 114].

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 [114].

ПМСП оказывается в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности. Медицинские организации подразделяются на три группы [114]:

1 группа – поликлиники, поликлинические отделения при ЦРБ и районных больницах;

2 группа – самостоятельные детские поликлиники, поликлинические отделения в составе городских поликлиник, в том числе детских больниц и ЦРБ, исполняющих функции межрайонных центров;

3 группа – самостоятельные консультативно-диагностические центры для детей, консультативно-диагностические центры и детские поликлиники (отделения) в структуре республиканских, краевых, областных, окружных, городских больниц.



Сеть медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению в Российской Федерации в 2017 году представлена 259 детскими самостоятельными поликлиниками (в 2010 г. – 457, темп убыли – 43,3%), 12 центрами охраны здоровья семьи и репродуктологии (в 2010 г. – 28, темп убыли – 57,1%), 45 самостоятельными консультативно-диагностическими центрами (в 2010 г. – 9, темп роста – 500%). Учитывая приоритет развития ПМСП сеть медицинских организаций реструктуризируется, развивая систему государственных учреждений, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь детскому населению.

Медицинская помощь педиатрического профиля может быть оказана с применением телемедицинских технологий в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий». Данная форма медицинской помощи реализуется путем организации и проведения консультаций или участия в консилиуме врачей, в целях повышения доступности медицинской помощи для населения [114].

Необходимо отметить, что в структуре медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению рекомендовано предусмотреть отделение (кабинет) медико-социальной помощи [2, 80], основной целью которого является сохранение и укрепление здоровья несовершеннолетних из группы социального риска (находящихся в трудной жизненной ситуации или социально опасном положении), посредством реализации медико-социальных мероприятий [2, 104-105, 108, 128, 141].

В соответствии с Порядком оказания педиатрической помощи детское население при наличии медицинских показаний должно получать специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

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 [115].

Специализированная педиатрическая медицинская помощь может оказываться в плановой, в экстренной и в неотложной формах.

Сеть медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детскому населению в Российской Федерации в 2017 году включает: детские областные, краевые, республиканские больницы – 73 (в 2010 г. – 69, темп роста – 5,8%), детские городские больницы – 159 (в 2010 г. – 231, темп убыли – 31,2%), инфекционные больницы для детей – 16 (в 2010 г. – 28, темп убыли – 42,8%), туберкулезные больницы для детей – 6 (в 2010 г. – 10, темп убыли – 40%), перинатальные центры – 69 (в 2010 г. – 53, темп роста – 30,2%), родильные дома – 115 (в 2010 г. – 184, темп убыли – 37,5%). Представленные данные свидетельствуют о развитии высокотехнологичной медицинской помощи детскому населению.

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 [115].

Бригада скорой медицинской помощи доставляет детей с детскими болезнями, осложнившимися угрожающими жизни состояниями, в медицинские организации, имеющие в своей структуре отделение анестезиологии-реанимации или блок реанимации и интенсивной терапии, обеспечивающие круглосуточное медицинское наблюдение и лечение детей.

Необходимо отметить, что результативность основных направлений деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, зависит от множества условий: уровня ресурсного

обеспечения службы [46, 87, 131, 158], качества и доступности предоставляемых медицинских услуг [14, 42, 46, 52, 95], правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм [13, 118-119, 129, 145, 152], а также от результативности внутри и межведомственного взаимодействия организаций, оказывающих медицинскую помощь несовершеннолетним [128, 141, 146, 154, 173].

Степень достижения целевых показателей эффективности деятельности системы организации оказания медицинской помощи детскому населению выступает индикатором реализации конституционных прав несовершеннолетних в вопросах охраны здоровья.

### **1.3 Медико-социальная помощь несовершеннолетним как инструмент межведомственного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей**

На фоне социально-экономических преобразований, происходящих в государстве в последнее десятилетие, значительно увеличился удельный вес детей из группы высокого медико-социального и биологического риска [12, 92, 94, 101, 103, 148, 170, 190, 195, 200, 202, 206].

Выявление семей из группы высокого социального риска, находящихся в трудном положении по социальным и психологическим критериям, и организация работы с такими семьями с привлечением необходимых ведомственных служб являются важным звеном профилактики и сохранения здоровья детского населения [93, 102, 104-105, 110, 126, 154, 171, 182-183, 194, 196]. В связи с этим особую актуальность приобретают вопросы организации системы внутриведомственного и межведомственного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей в рамках медико-социального сопровождения детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении, в том числе на этапе оказания медицинской помощи [2, 38, 79-80, 105, 108, 109, 164, 191-192].

Целью медико-социальной помощи является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации детей с физической и психической патологией, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и (или) социально опасном положении [105, 108, 172, 179, 204]. Реализуется данное направление путем проведения комплексной медицинской, психологической и правовой поддержки, формирования у несовершеннолетних устойчивых стереотипов здорового образа жизни [148, 150, 161, 167, 197, 199, 208].

Результативность оказания медико-социальной помощи зависит от эффективности внутриведомственного и межведомственного взаимодействия медицинских организаций, образовательных учреждений, службы опеки и попечительства, правоохранительных органов [2, 105, 184, 191, 195, 205].

В соответствии с действующей нормативно-правовой базовой, для исполнения прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, в медицинских организациях образованы отделения (кабинеты) медико-социальной помощи, работу в которых осуществляют участковые педиатры, специалисты по социальной работе, психологи, логопеды [108, 114-116]. Участковая служба совместно со специалистами по социальной работе формируют паспорт обслуживаемой территории, выявляют и ведут учет социально неблагополучных и социально уязвимых семей, имеющих несовершеннолетних детей и нуждающихся в социальной помощи, передают данную информацию компетентным органам и структурам (органы опеки и попечительства, правоохранительные органы), осуществляют проведение различных видов патронажей (экстренный, срочный, обычный, контрольный), проводят совместную работу со специалистами из женской консультации по вопросам контрацепции женщин из групп социального риска [111, 116]. Эффективное взаимодействие участковой службы со специалистами по социальной работе позволяет своевременно выявлять факторы социального неблагополучия семьи, которые могут приводить к младенческой и детской смертности, росту заболеваемости социально значимыми заболеваниями, и профилактировать девиантное поведение семей в отношении несовершеннолетних [38].

Ведущими группами факторов, оказывающих негативное воздействие на здоровье детского населения в дезадаптированных (социально неблагополучных и социально уязвимых) семьях выступают [75, 92]:

- социально-гигиенические детерминанты (неудовлетворительные жилищно-бытовые условия; низкий уровень материального благосостояния, отсутствие санитарно-гигиенической культуры; вредные условия труда родителей и др.);
- медико-демографические (многодетные или неполные семьи, несовершеннолетний возраст родителей);
- социально-психологические (злоупотребление в семье алкогольсодержащими продуктами, употребление наркотических средств, неблагополучный психологический климат в семье, жестокое обращение с детьми).

Установление факторов, позволяющих дифференцировать семью как социально уязвимую или социально неблагополучную, запускает механизм междисциплинарного и межведомственного взаимодействия всех социальных институтов системы организации оказания медицинской помощи детскому населению [2, 60, 105, 108, 114-115].

На этапе междисциплинарного взаимодействия осуществляется курация семьи медицинскими работниками и специалистами по социальной работе путем проведения совместных патронажей – экстренных, срочных, плановых [105, 108].

В соответствии с действующей законодательной базой: Федеральный закон от 24.07.1998 г. №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», Федеральный закон от 24.04.2008 г. №48-ФЗ «Об опеке и попечительстве», Федеральный закон от 29.12.1995 г. №223-ФЗ «Семейный кодекс Российской Федерации», - в случае неисполнения родителями или иными законными представителями ребенка своих обязанностей, в части сохранения здоровья несовершеннолетнего, привлекаются органы опеки и попечительства, которые имеют право изъять ребенка из семьи. Данный механизм реализуется на основании соответствующего акта органов исполнительной власти субъекта РФ,

при условии нахождения несовершеннолетнего в ситуации, угрожающей его жизни и здоровью [109-111].

Профилактика семейного неблагополучия, как одного из факторов, способствующих ухудшению состояния здоровья детей, является приоритетным направлением деятельности учреждений и ведомств системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних [107, 108, 110, 111].

Проблемы семей с детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении, решаются на основе межведомственного взаимодействия, при котором осуществляется медико-социальное и правовое сопровождение семьи [2, 5, 59, 108, 111, 117].

Сложившаяся модель взаимодействия государственных институтов системы организации оказания помощи детскому населению в вопросах соблюдения прав несовершеннолетних в области охраны здоровья имеет ряд проблемных зон, которые снижают ее эффективность и негативно отражаются на социально-экономических и медико-демографических показателях [154].

Основной проблемой организации оказания медицинской помощи детскому населению (в части реализации междисциплинарного и межведомственного взаимодействия), по мнению О.В. Куликова и соавторов, является низкая обеспеченность медицинских организаций отделениями медико-социальной помощи, что обусловлено отсутствием правового статуса данных подразделений [124].

В.Ю. Альбицкий и соавторы, в качестве ведущей причины низкой эффективности оказания медико-социальной помощи несовершеннолетним выделяют недостаточную подготовку специалистов, занимающихся реализацией данного направления: педиатров, социальных работников и психологов [35, 38, 39, 64]. Медицинский и немедицинский персонал, задействованный в работе отделения, имеет недостаточный уровень профессиональных знаний и умений в области медико-социального сопровождения детей на амбулаторном этапе, что отражается в низкой настороженности сотрудников в выявлении социальных предикторов, негативно влияющих на здоровье детей [124].

О.В. Медведева с соавторами, оценивая результативность межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи несовершеннолетним, отмечают неоднородность групп детей социального риска, обусловленную разнообразием воздействующих социальных предикторов, что определяет необходимость разработки многоплановых дифференцированных подходов к организации медико-социального сопровождения.

Таким образом, рациональная организация и эффективное оказание медицинской помощи детскому населению в вопросах реализации медико-социального сопровождения позволят реализовать имеющийся потенциал здоровья несовершеннолетних. Проблемы в системе обеспечения медико-социального сопровождения детей из групп высокого социального риска определили необходимость совершенствования организационных механизмов при оказании медицинской помощи детскому населению, а также повышения результативности межведомственного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей.

#### **1.4 Социально-гигиеническая характеристика здоровья детского населения**

Достижение благополучия детского населения в современном мире признается приоритетной задачей социальной политики государства [1, 4, 65, 106, 137, 160, 186, 189, 203]. Вопросы национальной безопасности, экономического развития страны определяются, в том числе, состоянием здоровья несовершеннолетних [16, 31, 36, 47, 84, 164, 175, 180, 185].

В Российской Федерации в настоящее время наблюдается нестабильная социально-экономическая ситуация, которая характеризуется ухудшением материального благосостояния граждан, снижением уровня жизни населения, ростом социальной напряженности в обществе [113, 117, 125, 137, 153]. Данные факторы негативно отражаются на здоровье населения, в том числе детского [9, 17, 51, 83, 90, 96].

По оценкам экспертов, медико-демографические показатели, характеризующие уровень естественного движения населения, за период с 2012

по 2017 г. имеют отрицательную динамику изменения: коэффициент рождаемости сократился на 13,5% (с 13,3‰ до 11,5‰) и соответствует низкому уровню, коэффициент смертности снизился на 6,8% (с 13,3‰ до 12,4‰) и определяется как средний уровень, естественный прирост населения отсутствует (-0,9 в 2017 г.), что обуславливает депопуляционные риски для государства в долгосрочной перспективе [41, 48, 66, 99, 122, 127].

При изучении специальных показателей естественного движения населения за период с 2012 по 2017 г. эксперты отмечают снижение младенческой смертности на 34,8% (с 8,6‰ в 2012 г. до 5,6‰ в 2017 г.) [8, 19, 40, 43, 68, 134-136]. Структурные компоненты младенческой смертности в динамике имеют положительную тенденцию изменения [11, 24, 44]: перинатальные потери снизились на 25,0% (с 10,0‰ в 2012 г. до 7,5‰ в 2017 г.), неонатальные - на 41,8% (с 5,5‰ в 2012 г. до 3,2‰ в 2017 г.), постнеонатальные - на 25,0% (с 3,2‰ в 2012 г. до 2,4‰ в 2017 г.), что указывает на управляемый характер обуславливающих факторов [174].

В структуре младенческой смертности первое место занимают отдельные состояния перинатальном периоде (51,6%), второе – врожденные аномалии развития (21,8%), третье – внешние причины (5,6%).

Многочисленные исследования, направленные на оценку состояния здоровья детского населения, свидетельствуют об устойчивом его ухудшении [28, 31, 36-37, 53, 58, 67, 123, 142, 169, 176]. В дошкольном возрасте у 68% детей регистрируются множественные нарушения функционального состояния органов и систем, у 17% – отмечены хронические заболевания. В школьном возрасте до 50% старшеклассников имеют хронические заболевания, а 70% выпускников не годны к военной службе по состоянию здоровья и физической подготовленности [33, 55, 123, 143]. При этом заболеваемость по обращаемости в медицинские организации детского населения в возрастной группе как от 0 до 14 лет, так и в возрасте 15-17 лет незначительно снизилась: уровень первичной заболеваемости детей от 0 до 14 лет сократился на 7,5% (с 1890,07‰ в 2012 г. до 1758,17‰ в 2017 г.), общей заболеваемости - на 5,4% (с 2331,24‰ в 2012 г. до 2211,05‰ в 2017 г.);



уровень первичной заболеваемости детей в возрастной группе 15-17 лет уменьшился на 3,4% (с 1431,33‰ в 2012 г. до 1383,46‰ в 2017 г.), общей заболеваемости - на 1,6% (с 2281,38‰ в 2012 г. до 2245,18‰ в 2017 г.) [45, 84, 147, 157, 163].

Сложившаяся ситуация свидетельствует о недостаточной профилактической и медицинской активности граждан, а также об ограниченной доступности первичной медико-санитарной помощи детскому населению [14, 100, 159].

В структуре первичной заболеваемости детского населения в возрасте от 0 до 14 лет преобладают болезни органов дыхания – первое место, на втором месте болезни нервной системы и органов чувств, на третьем – инфекционные и паразитарные болезни; среди детей в возрастной группе 15-17 лет: на первом месте болезни органов дыхания, на втором – травмы и отравления, на третьем – болезни нервной системы и органов чувств. Структура общей заболеваемости детей как в возрасте от 0 до 14 лет, так и 15-17 лет представлена: на первом месте болезни системы кровообращения, на втором – болезни органов пищеварения, на третьем – болезни кожи и подкожной клетчатки [36-37, 66, 123, 149-150].

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 [76, 82, 138]. 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, мочевыделительной и пищеварительной систем [28, 140].

Наряду с медико-биологическими факторами, на здоровье детского населения значимое влияние оказывают такие факторы, как: социально-экономический статус семьи, степень её материальной обеспеченности, особенности микросоциального климата, образ жизни и медико-

профилактическая активность родителей [12, 62, 78, 93]. Рост числа семей из группы высокого социального риска выступает одним из определяющих факторов ухудшения состояния здоровья несовершеннолетних [36, 90, 101, 120, 165, 173, 181]. Высокая заболеваемость и инвалидность детей из социально неблагополучных семей свидетельствует о ее медико-социальной обусловленности [37, 154, 188, 193].

Снижение социально-экономического благополучия населения негативно отражается на распространенности социально значимых заболеваний в детском и подростковом периодах [90, 142, 178]. По результатам исследований последних пяти лет отмечено снижение уровня первичной заболеваемости туберкулезом на 19,2% среди детей в возрасте от 0 до 14 лет (с 14,4 на 100 тыс. детского населения в 2012 г. до 11,5 на 100 тыс. детского населения в 2017 г.), снижение на 25,5% среди детей 15-17 лет (с 32,1 на 100 тыс. детского населения в 2012 г. до 23,9 на 100 тыс. детского населения в 2017 г.), что свидетельствует о низкой обращаемости населения и проблемах доступности первичной медико-санитарной помощи. Необходимо отметить, что важное значение в эпидемиологической ситуации, связанной с распространением туберкулеза, занимает неконтролируемая его профилактика среди детей из групп высокого социального риска.

Высокая распространенность медико-социальных факторов, оказывающих влияние на здоровье детского населения [12, 62, 123, 139], обуславливает особенности организации медицинской помощи несовершеннолетним. Необходимо отметить, что организационно-управленческие проблемы при оказании медицинской помощи, в том числе на этапе междисциплинарного и межведомственного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей (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 несовершеннолетних.

Таким образом, оценка медико-демографических показателей, характеризующих состояние здоровья детского населения, имеет неблагоприятную динамику изменения, что обусловлено социально-экономическими сложностями в государстве и организационно-управленческими проблемами в системе оказания медицинской помощи детскому населению.

Негативная тенденция изменения отдельных групп показателей здоровья несовершеннолетних, пассивное отношение общества к факторам, его определяющим, наносят значимый урон государству, что актуализирует необходимость комплексного изучения состояния здоровья детей с учетом региональных особенностей субъектов Российской Федерации.

### *Резюме*

Система организации оказания медицинской помощи детскому населению как стратегическое направление развития здравоохранения в России имеет многовековую историю становления.

Отрицательная тенденция изменения медико-демографических процессов в государстве обусловила приоритет сохранения здоровья детского населения как экономического и трудового потенциала страны. Факторами, негативно влияющими на здоровье несовершеннолетних, выступают как внешние макроэкономические предикторы (уровень социально-экономического развития страны, качество жизни населения, внутри и внешнеполитическая обстановка), так и промежуточные (низкий уровень профилактической и медицинской активности населения). Распространенность социально значимых факторов обуславливает необходимость развития медико-социальной помощи как инструмента межведомственного и междисциплинарного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей при оказании медицинской помощи несовершеннолетним.

На современном этапе развития государства система организации оказания медицинской помощи детскому населению представлена сетью медицинских организаций, которые, реализуя основные виды медицинской помощи (ПМСП, в

том числе доврачебную, врачебную, специализированную; специализированную, в том числе высокотехнологичную; скорую, в том числе специализированную), позволяют сохранять здоровье детей. Однако, имеющиеся организационно-управленческие проблемы такие, как: ограниченная доступность медицинской помощи, отсутствие единой информационной базы, несовершенство межведомственного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей, - снижают эффективность деятельности медицинских организаций, оказывающих помощь несовершеннолетним.

Таким образом, совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению позволит реализовать имеющиеся ресурсы здоровья.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с целью и задачами исследования, направленными на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья, разработана программа диссертационного исследования.

**Объект исследования** – система организации оказания медицинской помощи детскому населению Забайкальского края.

**Предмет исследования** – медицинские и социальные факторы, влияющие на здоровье детского населения (социально-экономические детерминанты, структурно-организационные проблемы в системе организации оказания медицинской помощи детям, социальный статус семьи, в которой проживает ребенок, уровень правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в сфере охраны здоровья), определяющие особенности организации медицинской помощи несовершеннолетним.

**Единица наблюдения:** ребенок; первичная медицинская документация; руководитель медицинской организации; специалист, оказывающий медицинскую помощь детскому населению; лицо репродуктивного возраста, имеющее несовершеннолетнего ребенка, социально неблагополучная семья.

**База исследования:** медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детскому населению.

Методологическая основа диссертационного исследования представлена общенаучными и специальными методами: контент-анализом, социологическим, санитарно-статистическим, структурно-организационным, аналитическим, экспертным.

Материалы исследования (источники получения информации):

➤ нормативно-правовые акты, регулирующие вопросы прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья;

➤ информационная база форм федерального статистического наблюдения по Российской Федерации и Забайкальскому краю за период с 2012 по 2018 годы (таблица 2.1)

Таблица 2.1

## Федеральные формы статистического наблюдения

Форма статистического наблюдения (ФСН)	Наименование формы статистического наблюдения
ФСН №12	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации
ФСН №14	Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях
ФСН №30	Сведения о медицинской организации
ФСН №32	Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам

➤ данные экспертной оценки по изучению организационных проблем в системе охраны материнства и детства на региональном уровне, проведенной среди руководителей подразделений медицинских организаций и медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению;

➤ данные социологического исследования, направленного на выявление особенностей организации и оказания медико-социальной помощи детскому населению, проведенного среди специалистов по социальной работе и врачей – педиатров участковых;

➤ данные экспертной оценки по изучению проблем организации и оказания медико-социальной помощи детскому населению из группы высокого социального риска, проведенной среди руководителей подразделений медицинских организаций и медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь несовершеннолетним;

➤ данные социологического исследования по изучению уровня правовой информированности специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению, по вопросам реализации прав несовершеннолетних в области охраны здоровья;

- данные выкопировочных карт учета сведений по выявлению факторов, определяющих социальный статус семьи;
- данные социологического исследования по изучению уровня социальной удовлетворенности населения доступностью первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним;
- данные социологического исследования, направленного на оценку стратификационных факторов репродуктивного потенциала Забайкальского края;
- данные социологического исследования по изучению уровня правовой функциональной грамотности населения в вопросах прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья;
- данные социологического исследования по изучению результативности внедренных в практическую деятельность организационных технологий (информационный модуль): результаты социологического исследования по изучению доступности ПМСП детскому населению;
- данные социологического исследования по изучению результативности внедренных в практическую деятельность организационных технологий (образовательный модуль): результаты оценки уровня правовой информированности специалистов, оказывающих медицинскую помощь несовершеннолетним.

Программа диссертационного исследования представлена в таблице 2.2.

Таблица 2.2

## Программа диссертационного исследования

*ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ*

Изучение современных аспектов организации медицинской помощи детскому населению с учетом факторной обусловленности здоровья	Проведение социально-гигиенической оценки отдельных групп показателей здоровья детского населения с учетом региональных особенностей субъекта РФ	Проведение структурно-организационного анализа деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению региона	Оценка социальных детерминант здоровья детского населения, определяющих особенности организации медицинской помощи в регионе	Проведение экспертной оценки результативности оказания медико-социальной помощи детскому населению региона	Разработка и апробация организационных технологий, направленных на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне
---	--	--	--	--	--

*ЗАДАЧИ ЭТАПОВ ИССЛЕДОВАНИЯ*

1) Проанализировать литературные источники (отечественные и зарубежные), нормативно-правовые акты, регламентирующие порядок организации оказания медицинской помощи детскому населению	1) Изучить экономико-географическую и медико-демографическую ситуацию на уровне региона 2) Представить социально-гигиеническую оценку отдельных групп показателей здоровья детского населения с учетом региональных особенностей	1) Провести структурно-организационный анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению субъекта РФ 2) Оценить уровень удовлетворенности населения доступностью ПМСП детскому населению в регионе 3) Представить экспертную оценку состояния системы	1) Провести оценку стратификационных факторов репродуктивного потенциала населения региона 2) Представить социально-гигиеническую характеристику социально неблагополучных семей на региональном уровне 3) Провести социологическую оценку правовой функциональной грамотности	1) Изучить особенности организации медико-социальной помощи детскому населению в системе организации оказания медицинской помощи несовершеннолетним в регионе	1) Разработать и апробировать организационные технологии, направленные на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне
--	---	--	--	---	---



		охраны материнства и детства на региональном уровне	населения региона по вопросам реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья 4) Представить характеристику правовой информированности специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению		
<i>МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</i>					
Контент-анализ	Санитарно-статистический метод Аналитический метод	Санитарно-статистический метод Структурно-организационный анализ Аналитический метод Экспертный метод	Социологический метод Санитарно-статистический метод Аналитический метод	Социологический метод Экспертный метод Санитарно-статистический метод Аналитический метод	Организационно-правовой анализ Аналитический метод
<i>ИСТОЧНИКИ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ И ОБЪЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ</i>					
208 литературных источников, в том числе 18 нормативно-правовых актов Минздрава России и Минздравсоцразвития России, справочная правовая система «Консультант-	Информационная база форм федерального статистического наблюдения по РФ и Забайкальскому краю за период с 2012 по 2018 гг.: ФСН № 12, ФСН № 14	Информационная база форм федерального статистического наблюдения по РФ и Забайкальскому краю за период с 2012 по 2018 гг.: ФСН № 30; ФСН 32; карта экспертной оценки по изучению проблем в	Анкета по изучению стратификационных характеристик репродуктивного потенциала населения Забайкальского края (n=402); формы первичной медицинской документации: форма	Карта экспертной оценки, направленная на выявление проблем организации и оказания медико-социальной помощи детскому населению (n=20); данные социологического исследования,	Анкета по оценке результативности внедрения образовательного модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья», позволившая оценить уровень правовой

плюс», онлайн сервисы		системе охраны материнства и детства в части организации оказания медицинской помощи детскому населению (n=30); анкета по изучению уровня удовлетворенности населения доступностью ПМСП детям (n=852)	112/у «История развития ребенка» и «Социальный паспорт семьи», выкопировочная карта учета сведений по выявлению факторов социального статуса семьи (n=70); анкета по изучению уровня правовой функциональной грамотности населения в вопросах прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья (n=410); анкета, направленная на оценку уровня правовой информированности специалистов, оказывающих ПМСП детскому населению, в части реализации прав детей в области охраны здоровья (n=90)	направленного на оценку организации медико-социальной помощи на региональном уровне (n=90)	информированности специалистов, оказывающих ПМСП детскому населению (n=103); анкета по оценке удовлетворенности населения ПМСП детскому населению (n=435)
<b>Методы сбора информации:</b> выкопировка данных из форм федерального статистического наблюдения, сборников данных официальной статистики Забайкальского края, РФ, первичной медицинской документации; анкетирование населения, медицинских работников; заполнение карт экспертной оценки					

На **первом этапе** сформулированы цель, задачи, разработана программа исследования. На основе контент-анализа проведен обзор отечественных и зарубежных литературных источников, посвященных изучению медико-демографических процессов, образованию и развитию системы охраны материнства и детства, организации медицинской помощи детскому населению, оценке показателей здоровья детского населения и его факторной обусловленности на территории Российской Федерации.

Установлено, что система охраны здоровья детского населения как государственный институт и приоритетное направление здравоохранения имеет многовековой период становления в результате возрастающего правового статуса ребенка.

Здоровье детского населения формирующимся под воздействием множества социально обусловленных, управляемых и неуправляемых, факторов. В качестве наиболее значимых выделяют факторы образа жизни (49-53%): социально бытовые условия, семейно-ценностные ориентиры, культурно-образовательный уровень. Высокая распространенность социально значимых факторов обуславливает необходимость развития межведомственного и междисциплинарного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей при оказании помощи несовершеннолетним.

Особенности организации оказания медицинской помощи детскому населению регламентированы действующей нормативно-правовой базой, отражены в государственных приоритетах развития отрасли и направлены на сохранение предотвратимых потерь здоровья детского населения, обусловленных социальными факторами. При этом организационно-управленческие механизмы в системе оказания медицинской помощи детям несовершеннольны: отсутствует единая информационная база на этапе межведомственного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей, имеются сложности учета и передачи оперативной информации по факту установления социально дезадаптированных семей, отмечены недостаточная обеспеченность медицинских организаций отделениями медико-социальной помощи, низкая укомплектованность штатного

расписания физическими лицами в данных отделениях и неудовлетворительный уровень правовой компетентности специалистов по вопросам медико-социального сопровождения семей из группы риска.

Организационные проблемы в системе оказания медицинской помощи детскому населению снижают результативность деятельности медицинских организаций и требуют совершенствования.

**На втором этапе** исследования представлена социально-гигиеническая оценка отдельных групп показателей здоровья детского населения с учетом региональных особенностей субъекта Российской Федерации.

Изучение региональных социально-экономических особенностей, медико-демографических процессов, социально-гигиенической характеристики отдельных групп показателей здоровья детского населения осуществлено на основе анализа данных форм федерального статистического наблюдения Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Забайкальскому краю, ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» Забайкальского края за период с 2012 по 2018 гг.: форм федерального статистического наблюдения (ФСН №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», ФСН №14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях», ФСН №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»), типовой формы отчетной информации о деятельности органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в целях исполнения указов Президента Российской Федерации.

Социально-гигиеническая оценка отдельных групп показателей здоровья детского населения с учетом региональных особенностей представлена на основе изучения: специальных медико-демографических показателей (репродуктивные потери), заболеваемости детского населения по обращаемости в медицинские

организации, инвалидности детского населения, а также результатов реализации профилактического направления медицинских организаций.

Динамика изменения изучаемых показателей оценена на основе расчета темпа роста по формуле Федеральной службы государственной статистики (В.С. Балинова, 2004) (формула 2.1):

$$T_p = \frac{Y_i}{Y_{i-1}} * 100, \quad (2.1)$$

где  $T_p$  - темп роста;

$Y_i$  - уровень сравниваемого показателя;

$Y_{i-1}$  - уровень предшествующего показателя.

Для установления связи между изучаемыми показателями использован метод корреляционного анализа [94]:

- расчет коэффициента корреляции Спирмена (формула 2.2):

$$r = 1 - 6 \frac{\sum d^2}{n^3 - n}, \quad (2.2)$$

где  $d^2$  – квадратов разностей между рангами;

$n$  – количество признаков, участвовавших в ранжировании;

- расчет коэффициента корреляции Пирсона (формула 2.3):

$$r_{xy} = \frac{\sum (x_i - \bar{x}) \times (y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum (x_i - \bar{x})^2 \times \sum (y_i - \bar{y})^2}}, \quad (2.3)$$

где  $x_i$  – значения переменной X;

$y_i$  – значения переменной Y;

$\bar{x}$  – среднее арифметическое для переменной X;

$\bar{y}$  – среднее арифметическое для переменной Y.

Для оценки силы корреляционной связи применена шкала Чеддока (таблица 2.3).

**Таблица 2.3**

**Шкала силы корреляционной связи**

Шкала	Оценка уровня
$0,1 < r_{xy} < 0,3$	слабая
$0,3 < r_{xy} < 0,5$	умеренная
$0,5 < r_{xy} < 0,7$	заметная
$0,7 < r_{xy} < 0,9$	высокая
$0,9 < r_{xy} < 1$	очень высокая

**На третьем этапе** исследования проведен структурно-организационный анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, за период с 2012 по 2018 гг. включал: оценку ресурсной обеспеченности, анализ результативности деятельности учреждений здравоохранения, изучение уровня социальной удовлетворенности населения доступностью ПМСП детям, экспертную оценку состояния системы охраны материнства и детства в части организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне.

Социально-гигиеническое исследование по изучению доступности ПМСП детям проведено по специально разработанной анкете (на основе вопросника ВОЗ – World Health Survey) в соответствии с методикой оценки удовлетворенности граждан Российской Федерации качеством предоставления государственных и муниципальных услуг (Приложение 1). Сформированная анкета была адаптирована к условиям оказания медицинской помощи на региональном уровне и включала несколько блоков вопросов: общие; доступность медицинской помощи; стратификационные характеристики респондентов. Объект исследования – ПМСП, оказываемая детскому населению в учреждениях государственной системы здравоохранения Забайкальского края. Анкетирование проходило в электронной форме с использованием сервиса Тестограф. Объем выборочной совокупности – 852 респондента.

Для получения репрезентативного объема данных социологического исследования использован метод расчета необходимой численности выборки по формуле Осипова Г.В. (1983) (формула 2.4):

$$n = \frac{N}{N \times \frac{\Delta^2}{t^2} + 1}, \quad (2.4)$$

где  $n$  – численность выборочной совокупности;

$N$  – численность генеральной совокупности;

$\Delta$  – показатель точности, равный 0,1;

$t$  – доверительный коэффициент, равный 2, при достоверности выводов с вероятностью 95,5%.

Исходя из заданной степени достоверности (95%) и размера генеральной совокупности, минимальный объем выборочной совокупности для Забайкальского края составил:

$$n = \frac{1079000}{107900 \times \frac{0,1^2}{2^2} + 1} = 400.$$

Для изучения факторной обусловленности удовлетворенности населения доступностью ПМСП несовершеннолетним использована методика расчета относительного риска (RR)) (формула 2.5):

$$RR = R_e / R_{не}, \quad (2.5)$$

$R_e$  – абсолютный риск возникновения изучаемого исхода у лиц, подвергшихся воздействию данного фактора в течение фиксированного времени;

$R_{не}$  – абсолютный риск ( $R_{не}$ ) возникновения изучаемого исхода у лиц, не подвергавшихся воздействию данного фактора.

Статистически значимое влияние фактора на результат при  $RR > 1$ .

Оценка достоверности различий между выборочными совокупностями проведена с применением критерия соответствия Пирсона ( $\chi^2$ ) (формула 2.6) [94]:

$$\chi^2 = \sum \frac{(\varphi - \varphi_1)^2}{\varphi_1}, \quad (2.6)$$

где  $\varphi$  – фактические (эмпирические) данные;

$\varphi_1$  – «ожидаемые» (теоретические) данные, вычисленные на основании нулевой гипотезы;

$\sum$  – знак суммы.

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

Оценка состояния системы охраны материнства и детства на региональном уровне представлена на основе экспертного метода [91, 156]. Экспертная группа сформирована из числа организаторов здравоохранения. Критерием включения экспертов в группу стал документальный метод, на основе которого определены признаки отбора экспертов: наличие сертификата по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», должность – главный врач,

заместитель главного врача, стаж работы по специальности – не менее 10 лет, наличие квалификационной категории по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» – первая и высшая. Численность экспертной группы составила 30 респондентов. Исследование включало два этапа.

На первом этапе проведена оценка внутри экспертной группы методом опроса по специально разработанной карте экспертной оценки (Приложение 2). В процессе исследования эксперт определял и представлял характеристику имеющихся, по его мнению, проблем в организации оказания медицинской помощи детскому населению.

На втором этапе осуществлен анализ полученной информации путем обобщения ответов экспертов в 6 групп, отражающих основные проблемы организации оказания медицинской помощи детям, и ранжирование их по частоте встречаемости в картах опроса.

Для оценки достоверности разности зависимых выборок с качественными показателями использован непараметрический критерий Кокрена (Q) [91]. Воздействие (отклик) выступало дихотомической переменной, принимавшей два значения – 0/1 (да/нет) (формула 2.7):

$$K = \frac{(K-1) \times [K \sum (\sum X)^2 - (\sum X_R)^2]}{K \sum (\sum X_R) - \sum (X_R^2)}, \quad (2.7)$$

где K – число повторных исследований у каждого эксперта, в данном случае – 6. Полученное значение сравнивалось с табличными данными критерия Кокрена. Методика расчета представлена в таблице 2.4.

**Таблица 2.4**

Определение однородности зависимых выборок с качественными признаками

№ анкеты	Группы проблем						$\sum X_R$	$(\sum X_R)^2$
	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа	6 группа		
1	0	0	1	1	0	0	2	4
2	1	1	1	1	1	1	6	36
3	0	0	0	1	1	0	2	4
n								
Всего	$\sum X_1$	$\sum X_2$	$\sum X_3$	$\sum X_4$	$\sum X_5$	$\sum X_6$	$\sum (\sum X_R)$	$\sum (\sum X_R)^2$



Результаты исследования с высокой степенью достоверности ( $p \leq 0,01$ ) позволили утверждать, что отмеченные различия в группах не случайны.

На **четвертом этапе** исследования изучены социальные детерминанты здоровья детского населения, определяющие особенности организации медицинской помощи в регионе.

На данном этапе проведено социологическое исследование, позволяющее дать оценку стратификационным характеристикам, влияющим на формирование репродуктивных установок населения Забайкальского края. Факторы, обуславливающие репродуктивное поведение граждан, изучены по специально разработанным анкетам для мужчин и женщин, включающим несколько блоков вопросов: критерии социальной стратификации, уровень профилактической и медицинской активности, степень психологической готовности к рождению потомства, в анкете для женского населения дополнительно предусмотрены вопросы, характеризующие репродуктивное здоровье (Приложения 3, 4). Объем выборочной совокупности рассчитан по формуле Осипова Г.В. (1983) и составил:

$$n = \frac{1079000}{107900 \times \frac{0,1^2}{2^2} + 1} = 400.$$

В анкетировании приняли участие 402 респондента.

Результаты исследования обработаны с использованием метода кластерного анализа отдельно для мужского и женского населения. Применение иерархического кластерного анализа с пошаговым алгоритмом разбиения выборки позволило выделить оптимальное количество кластеров, которое как для мужского, так и для женского населения составило два. Для выявления однородных групп наблюдений относительно репродуктивных установок использован кластерный анализ методом К-средних [91].

С целью выявления статистически значимых межгрупповых различий факторов, оказывающих влияние на репродуктивные установки, использован дисперсионный анализ. Установленные предикторы подтвердили значимость распределения населения в кластерных группах ( $p < 0,001$ ). Обработка результатов проведена с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics 20.

Социально-гигиеническая оценка социально неблагополучных семей на региональном уровне проведена на базе государственных учреждений здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранения Забайкальского края. Сбор и анализ информации осуществлены методом ретроспективного анализа данных первичной медицинской документации: формы 112/у «История развития ребенка», «Социальный паспорт семьи» (утвержден Приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края от 16.08.2012 г. №374 «Об организации работы медицинских учреждений с социально-неблагополучными и социально-уязвимыми семьями на территории Забайкальского края»). Инструмент исследования – специально разработанная выкопировочная карта учета сведений по выявлению факторов, определяющих социальный статус семьи (Приложение 5). В карту включены два блока вопросов. Первый блок определял социальный паспорт семьи, второй – раскрывал информацию о состоянии здоровья матери и ребенка. Для обработки результатов исследования применен программный пакет IBM SPSS Statistics 20, использованы параметрические методы анализа. Объем исследования – 70 выкопировочных карт (n=70).

Для изучения уровня правовой функциональной грамотности населения по вопросам прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья проведено социологическое исследование с применением методики анкетирования. Объект изучения – население Забайкальского края, имеющее несовершеннолетних детей. Объем выборочной совокупности – 410 респондентов (рассчитан с использованием формулы Осипова Г.В., 1983):

$$n = \frac{1079000}{107900 \times \frac{0,1^2}{2^2} + 1} = 400.$$

Инструмент исследования – специально разработанная анкета, включающая два блока вопросов (Приложение 7). Первый блок – стратификационные характеристики респондента (пол, возраст, социальное и семейное положения, уровень материального благосостояния), второй – вопросы, позволяющие оценить уровень правовой информированности (знание основных нормативно-правовых

актов в сфере защиты прав несовершеннолетних). Анкета представлена вопросами закрытого и полужакрытого типа, дихотомического и множественного выбора.

Для изучения влияния стратификационных характеристик населения на уровень правовой информированности применена методика кластерного анализа: иерархического кластерного анализа с пошаговым алгоритмом разбиения выборки на оптимальное количество кластеров и кластерного анализа методом К-средних для выявления относительно однородных групп наблюдений. Также использован однофакторный дисперсионный анализ с выделением факторных (социальный статус, семейное положение, уровень благосостояния) и результативного признаков (уровень правовой грамотности). Обработка результатов проведена с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics 20 [91].

Изучение уровня правовой информированности специалистов, оказывающих ПМСП детскому населению, проведено с применением социологического метода. Единица наблюдения – врач–педиатр участковый. Объем выборочной совокупности – 90 респондентов (n=90). Рассчитан с использованием формулы Осипова Г.В., 1983):

$$n = \frac{112}{112 \times \frac{0,1^2}{2^2} + 1} = 87.$$

Инструмент исследования - анкета, включающая следующие группы вопросов: правовой статус респондента; стратификационные характеристики респондента (Приложение 8). Для оценки полученных результатов использованы непараметрические методы статистики (методика расчета относительного риска (RR), критерия соответствия Пирсона –  $\chi^2$ ).

На **пятом этапе** исследования проведено изучение результативности основных направлений деятельности медико-социальной помощи детскому населению. Социально-гигиеническое исследование по изучению особенностей организации оказания медико-социальной помощи несовершеннолетним при оказании ПМСП в регионе, как направления обеспечивающего межведомственное

и междисциплинарное взаимодействие организаций медицинского и социального профилей, включало два этапа.

На первом этапе проведен социологический опрос среди специалистов по социальной работе и специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению. Изучение мнения респондентов проведено по специально разработанному опросному листу, который позволил отразить особенности организации медико-социальной помощи на уровне амбулаторного звена на территории Забайкальского края (Приложение 6).

Второй этап реализован с применением экспертного метода [91, 156]. Условия включения респондентов в экспертную группу: подготовка по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и «Педиатрия», стаж работы по специальности 10 лет и более, наличие высшей квалификационной категории. Численность экспертной группы составила 20 специалистов ( $n=20$ ).

Экспертная оценка осуществлена с использованием метода «Дельфи» [156], который позволил в несколько туров оценить проблемы в системе организации оказания медицинской помощи детскому населению, ограничивающие эффективность реализации медико-социального направления. Эксперты были ознакомлены с методикой проведения исследования и самостоятельно заполнили карту экспертной оценки. Ранжирование отмеченных проблемных зон определено в соответствии с наибольшей значимостью, которой соответствовало первое место.

Степень согласованности экспертных мнений оценена на основе расчета коэффициента конкордации (формула 2.8):

$$W = \frac{12 \times S}{m^2 \times (n^2 - n)}, \quad (2.8)$$

где  $m$  – число экспертов;

$n$  – число признаков;

$S$  – разность между суммой квадратов рангов по каждому признаку и средним квадратом суммы рангов по каждому признаку (формула 2.9):

$$S = \sum P - \frac{(\sum P)^2}{n}, \quad (2.9)$$

где  $P$  – сумма рангов;

$n$  – число признаков (количество объектов экспертизы).

Методика расчета коэффициента конкордации представлена в таблице 2.5.

**Таблица 2.5**

Расчет коэффициента конкордации

№ объекта экспертизы	Оценка экспертов в рангах					Сумма рангов, $P$	Квадрат суммы рангов, $P^2$
	1-го	2-го	3-го	...	20-го		
1	10	10	10		8	193	37249
2	9	9	7		9	168	28224
3	8	8	8		6	147	21609
...							
10	5	4	4		4	77	5929
						$P$	$(\sum P)^2$

Для оценки достоверности коэффициента конкордации проведен расчет критерия согласия – хи-квадрата ( $\chi^2$ ), искомое значение которого превышало его табличный вариант при числе степеней свободы равном  $(n-1)$  [91].

**Шестой этап** исследования включал разработку и апробирование организационных технологий, направленных на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне. Организационные технологии представлены информационным, организационным и образовательным модулями.

Организационный модуль – мероприятия, направленные на внедрение в систему организации оказания медицинской помощи детскому населению трехуровневой модели медико-социальной помощи несовершеннолетним, на формирование единого регистра учета и ведения социально неблагополучных семей, имеющих несовершеннолетних детей, проживающих на территории региона.

Информационный модуль – мероприятия по формированию единого информационного пространства в организациях медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним, и содержит положение о внедрении электронного кабинета «Личный кабинет несовершеннолетнего

пациента». Положение составлено в соответствии с федеральным законодательством по обеспечению прав граждан на защиту персональных данных.

Апробирование информационного модуля проведено на базах медицинских организаций Забайкальского края. Индикатором оценки выступил показатель удовлетворенности населения ПМСП, оказываемой детскому населению. Удовлетворенность населения оценена по предложенной анкете (Приложение 1). Сопоставление результатов проведено за периоды 2016/2017 гг. (до внедрения организационных технологий) и 2017/2018 гг. (результаты внедрения организационных технологий). Оценка достоверности разности полученных результатов проведена на основе расчета критерия Стьюдента (формула 2.10) [91]:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \quad (2.10)$$

где де  $P_1$  – относительный показатель первой сравниваемой совокупности;

$P_2$  – относительный показатель второй сравниваемой совокупности;

$m_1$  – средняя ошибка первого показателя;

$m_2$  – средняя ошибка второго показателя.

Сравнение результатов критического и рассчитанного значений t-критерия проведено с учетом следующих условий:

➤ Если рассчитанное значение парного t-критерия Стьюдента равно или больше критического, найденного по таблице – различия сравниваемых величин статистически значимы.

➤ Если значение рассчитанного парного t-критерия Стьюдента меньше табличного – различия сравниваемых величин статистически не значимы.

Образовательный модуль, направленный на повышение правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм, регламентирующих права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, включал введение учебного модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» в структуру ОПОП по специальностям «Педиатрия», «Лечебное дело» (уровень

специалитета), в структуру ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по специальности «Педиатрия», в программы ДПО по специальности «Педиатрия» на базе ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России.

Оценка уровня правовой информированности специалистов по вопросам реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья осуществлена по специально разработанной анкете (Приложение 8). Изучение результативности апробированного образовательного модуля проведено за периоды 2016/2017 гг. (до внедрения образовательного модуля) и 2017/2018 гг. (результаты внедрения образовательного модуля). Оценка достоверности разности полученных результатов проведена на основе расчета критерия Стьюдента.

### *Резюме*

Методологическая основа диссертационного исследования, направленного на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению, представлена общенаучными и специальными методами. Статистическая обработка и анализ полученных результатов социально-гигиенического исследования проведены с использованием пакета программ Microsoft Office 2010®, полнофункциональной статистической системы IBM SPSS Statistics 20®. Степень достоверности результатов, выводов и положений диссертационного исследования подтверждена использованными методами медико-статистического анализа: определение необходимого числа единиц наблюдения (обеспечено репрезентативным объемом первичного статистического материала), применение методов параметрической и непараметрической статистики (корреляционный анализ, метод экспертных оценок (W-коэффициент конкордации), использование методики расчета относительных рисков, критерия согласия Пирсона ( $\chi^2$ ), Q-критерия Кохрена, кластерного анализа, дисперсионного анализа).

Таким образом, применение современных методов сбора и анализа информации, использование системного подхода позволили обеспечить достижение поставленных цели и задач диссертационного исследования.

## **ГЛАВА 3. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ С УЧЕТОМ РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ**

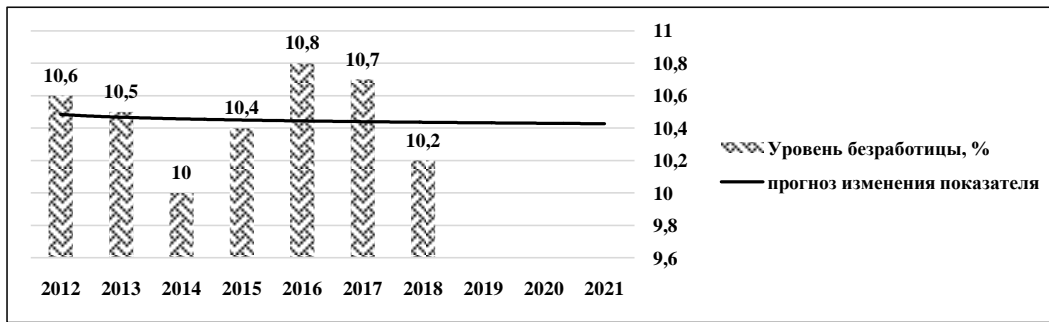
### **3.1 Оценка медико-демографической ситуации на уровне субъекта РФ**

Уровень достижения показателей, характеризующих медико-демографические процессы, выступает индикатором социально-экономического развития как отдельного региона, так и государства в целом. Мониторинг и оценка демографической ситуации положены в основу долгосрочного планирования, формирования стратегических целей и приоритетов социальной политики страны на различных уровнях.

Забайкальский край, выступая трансграничной территорией, имеет определенный геополитический потенциал, который обусловлен природно-ресурсными (минерально-сырьевыми, водными, лесными и земельными), этнокультурными, географическими, политико-экономическими (расположение стратегически важных железнодорожных и автомобильных магистралей) особенностями. Наличие уникального ресурсного потенциала региона определяет возможные пути развития политических интересов государства в формировании трансэкономических отношений, реализация которых возможна при стабильно высоком уровне социально-экономического развития субъекта РФ [117].

Анализируя ситуацию, сложившуюся в регионе за период с 2012 по 2018 гг., можно выделить ряд особенностей, обусловленных экономико-географическими условиями. Низкая степень диверсификации отраслевой структуры промышленности, ограниченная доля в экономике высокотехнологичного сектора, слабая восприимчивость экономики к инновациям, недостаточное развитие рыночной инфраструктуры приводят к стабильно высокому общему уровню безработицы (2018 г. – 10,2%), который превышает аналогичный показатель по России на 88,8% (уровень безработицы в РФ в 2017 г. составил 5,4%) (рисунок 3.1).

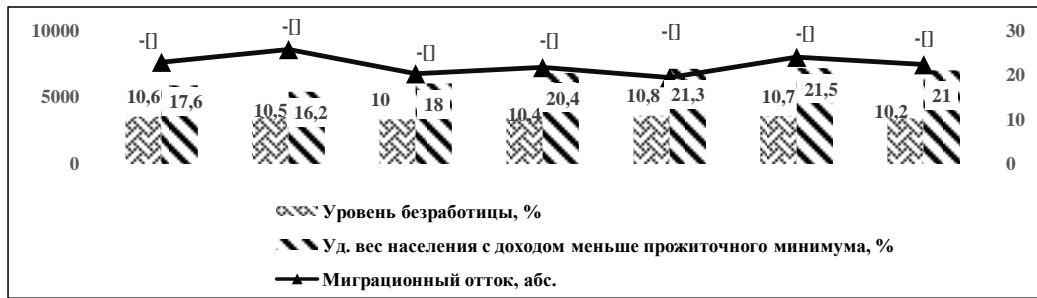




**Рисунок 3.1** Динамика изменения уровня безработицы в Забайкальском крае за период с 2012 по 2018 гг. (%)

Для Забайкальского края характерно структурное несоответствие спроса и предложения рабочей силы, вследствие большой протяженности и значительной удаленности населенных пунктов, что значительно ограничивает внутрирегиональную трудовую миграцию. Данное обстоятельство обуславливают такие факторы, как: низкая плотность населения – 2,52 чел/км<sup>2</sup>; территориальная разобщенность административных районов; высокая доля населения, проживающего в сельской местности (32%); снижение уровня образования населения, как среднего специального, так и высшего. Усугубляет положение и отрицательная динамика миграционного движения. За исследуемый период количество выбывшего населения остается на высоком уровне: в 2018 г. миграционная убыль составила 7421 человек.

При оценке величины среднедушевого дохода населения Забайкальского края выявлено, что треть населения (34,3%) имеет доход в пределах до 14 000 руб., что лишь на 20% превышает порог минимального прожиточного минимума (в 2018 г.– 10573,0 руб. для трудоспособного населения), 21% населения имеет доход ниже величины прожиточного минимума (в 2018 г.– 10573,0 руб. для трудоспособного населения) (рисунок 3.2).



**Рисунок 3.2.** Динамика изменения социально-экономических детерминант (% , абс.)

Сложившаяся на территории региона неблагоприятная социально-экономическая ситуация (таблица 3.1) негативно отражается на качестве жизни граждан, приводит к повышению уровня маргинализации населения, отрицательно влияет на медико-демографические процессы.

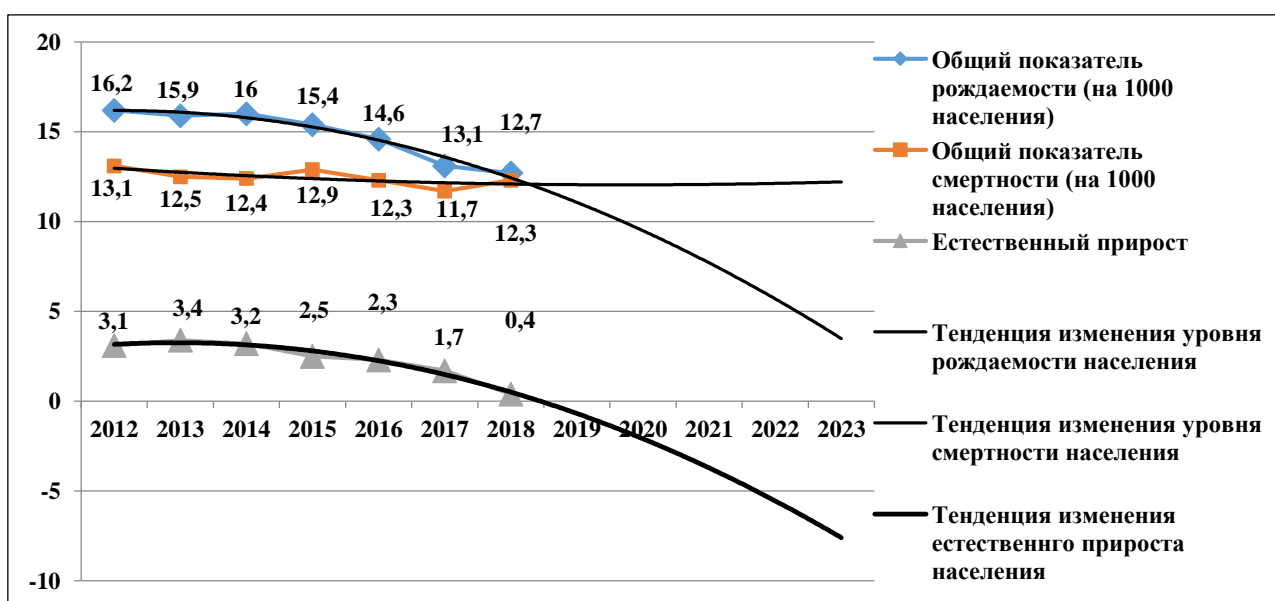
Таблица 3.1

## Показатели социально-экономического развития Забайкальского края

годы	коэф-нт фондов	коэф- нт джии	дефицит дохода (млн. руб.)	дефицит дохода (в % к общему объему доходов)	распределение общего объема денежных доходов населения, в %					
					денежные доходы	в том числе по 20-ти процентным группам населения				
						первая (с наименьшими доходами)	Вторая	третья	четвертая	пятая (с наивысшими доходами)
2012	14,7	0,404	399,8	2,1	100	5,5	10,3	15,2	22,7	46,3
2013	14,7	0,404	394,7	1,8	100	5,5	10,2	15,2	22,7	46,4
2014	12,9	0,386	493,4	2,2	100	5,9	10,7	15,6	22,9	44,9
2015	12,1	0,377	688,1	2,8	100	6,2	11,0	15,8	22,9	44,1
2016	11,8	0,373	731,6	3,0	100	6,2	11,1	15,9	22,9	43,9
2017	11,8	0,373	754,1	3,0	100	6,2	11,1	15,9	22,9	43,9
2018	15,5	0,411	765,2	3,0	100	5,3	10,1	15,1	22,6	46,9

Демографическая ситуация в Забайкальском крае за период с 2012 по 2018 гг. характеризуется сокращением численности населения с 1099,4 тыс. чел. до 1079,0 тыс. чел. (темп убыли -1,8%), половозрастная структура которого не изменяется и представлена 47,9% мужчин и 52,1% женщин, среди которых 22,1% составляют лица моложе трудоспособного возраста, 58,8% - трудоспособного возраста, 19,1% - старше трудоспособного возраста. В общей численности населения края городское составляет 68%, сельское - 32%.

Показатели естественного движения за изучаемый период характеризуются низким уровнем рождаемости (в 2012 г. - 16,2‰, в 2018 г. - 12,7‰, темп убыли - 21,6%, данный показатель выше чем в РФ на 12,4% (в 2017 г. - 11,3‰)); средним уровнем смертности (в 2012 г. - 13,1‰, в 2018 г. - 12,3‰, темп убыли - 6,1%, что ниже, чем в РФ на 4,6% (в 2017 г. - 12,9‰)), снижением коэффициента естественного прироста до 0,4 (в 2012 г. +3,1, темп убыли - 87,1%, в РФ +0,1%). Прогноз изменения представленных показателей до 2023 г. отражает негативную тенденцию: уровень рождаемости снижается, уровень смертности увеличивается, естественный прирост сокращается ( $R^2=0,9661$ ,  $R^2=0,5015$ ,  $R^2=0,9731$  соответственно) (рисунок 3.3).



**Рисунок 3.3.** Динамика изменения показателей естественного движения населения Забайкальского края за период с 2012 по 2018 гг. (‰)

Зарегистрированные показатели естественного движения находятся в пределах значительно меньших, чем требуется для замещения поколений: в среднем на одну женщину фертильного возраста приходится 1,4 рождений, что определяет резко суженный характер воспроизводства населения.

Структура общей смертности за исследуемый период не изменяется и представлена: первое место – смертность от болезней органов кровообращения, второе место – смертность от злокачественных новообразований, на третьем месте – смертность от внешних причин.

Необходимо отметить, сверхсмертность взрослого населения от внешних причин, которая за изучаемый период имеет тенденцию к снижению (в 2012 г. 235,2 на 100 тыс. населения, в 2018 г. 165,9 на 100 тыс. населения, темп убыли - 29,5%), оставаясь выше общероссийского показателя на 59,6 % (в РФ в 2017 г. 104,0 на 100 тыс. населения). В структуре смертности от внешних причин ведущее значение имеет показатель смертности от социопатий.

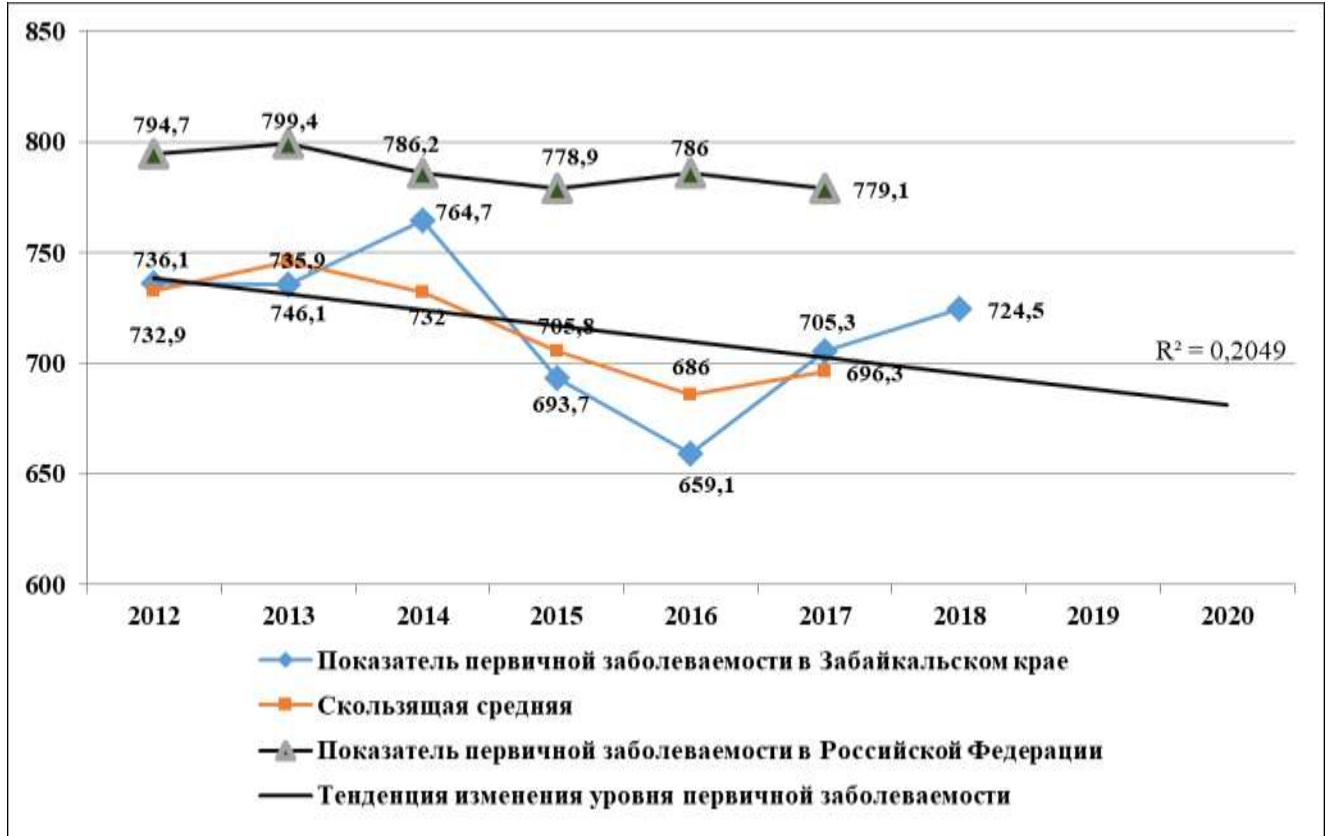
Уровень смертности от отравлений алкоголем за период с 2012 по 2018 гг. снизился на 32,8% (с 26,8 до 18,0 на 100 тыс. населения), но остается выше аналогичного показателя по РФ в 3,9 раз (в РФ в 2017 г. 4,6 на 100 тыс. населения). Смертность от суицидов снизилась на 50,6% (с 65,8 до 32,5 на 100 тыс. населения), в сравнении с показателем по РФ выше в 2,4 раза (в РФ в 2017 г. 13,7 на 100 тыс. населения).

Высокий уровень смертности от данных причин указывает на наличие как социальных, так и экономических проблем в регионе. Данный факт подтверждает прямая сильная корреляционная связь между уровнем безработицы в Забайкальском крае и уровнем смертности от внешних причин ( $r=0,8$ ,  $p=0,0251$ ).

В Забайкальском крае за период 2012–2018 гг. показатели, характеризующие заболеваемость по обращаемости населения в медицинские организации, имеют негативную тенденцию изменения, в виде снижения уровня первичной и общей заболеваемости [152].

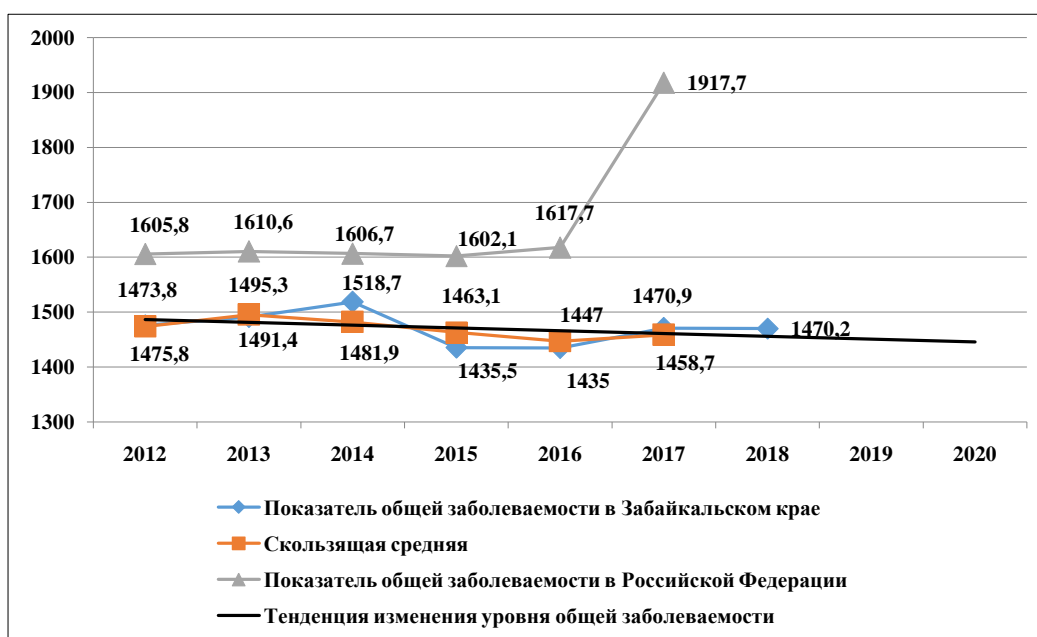
При анализе уровня первичной заболеваемости за исследуемый период наблюдается снижение показателя с 736,1‰ в 2012 г. до 724,5‰ в 2018 г. (темп

убыли -1,36%), в сравнении с аналогичным показателем по России ниже на 7% (в РФ за 2017 г. 779,1‰). Данную тенденцию графически подтверждает линия тренда (рисунок 3.4).



**Рисунок 3.4.** Динамика изменения уровня первичной заболеваемости населения Забайкальского края за период с 2012 по 2018 гг. (на 1000 населения)

При оценке общей заболеваемости населения за изучаемый период отмечается снижение данного показателя на 0,8% (с 1473,8‰ в 2012 г. до 1470,9‰ в 2018 г.), уровень распространенности остается ниже аналогичного показателя по Российской Федерации на 34,4% (в РФ в 2017 г. 1917,7‰). Динамику изменения показателя отражает линия тренда (рисунок 3.5).



**Рисунок 3.5.** Динамика изменения уровня общей заболеваемости населения Забайкальского края за период с 2012 по 2018 гг. (на 1000 населения)

Состояние репродуктивного здоровья населения региона в динамике за период с 2012 по 2018 годы имеет негативные характеристики: заболеваемость сифилисом взрослого населения снизилась с 74,5 на 100 тыс. населения до 20,7 на 100 тыс. населения (темп убыли -72,2%), в сравнении с общероссийским показателем выше на 6,2% (в 2017 г. 19,5 на 100 тыс. населения), заболеваемость гонореей сократилась с 51,8 на 100 тыс. населения до 12,7 на 100 тыс. населения (темп убыли -75,5%), в сравнении с аналогичным показателем по России выше на 14,4% (в 2017 г. 11,1 на 100 тыс. населения). Оценка распространенности инфекций, передающихся половым путем, среди детского населения выявила неблагоприятную тенденцию изменения. Уровень заболеваемости сифилисом детского населения в возрасте до 14 лет за изучаемый период уменьшился с 7,5 на 100 тыс. детского населения до 0,8 на 100 тыс. детского населения (темп убыли -88,5%), достигнутый показатель выше общероссийского на 60% (в 2017 г. 0,5 на 100 тыс. детского населения), среди подростков в возрасте от 15 до 17 лет

снизился с 41,1 на 100 тыс. детского населения до 15,2 на 100 тыс. детского населения (темп убыли -63%), в сравнении с аналогичным показателем по России выше в 2,1 раз (в 2017 г. 7,2 на 100 тыс. детского населения). Высокие показатели распространенности урогенитальных инфекций среди как взрослого, так и детского населения свидетельствуют о низкой профилактической активности, снижении нравственных устоев общества (сексуальной распущенности).

При изучении гинекологической заболеваемости женского населения отмечено снижение уровня распространенности сальпингитами и офоритами на 1,1% (с 1343,4 в 2012 г. до 1064,7 на 100 тыс. женщин в 2018 г., темп убыли - 20,7%), в сравнении с РФ выше на 5,2% (в 2017 г. 1012,0 на 100 тыс. женщин), женского бесплодия на 7,6% (с 584,8 до 50,7 на 100 тыс. женского населения, темп убыли -7,6%), что обусловлено недостаточной заинтересованностью женского населения в сохранении репродуктивного здоровья, а также низкой обращаемостью в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (женские консультации, консультативно-диагностические центры).

Выявленная негативная динамика изменения медико-демографических процессов, характеризующих здоровье населения Забайкальского края, во многом обусловлена экономико-географическими условиями региона. Представленные социально-экономические детерминанты (высокий уровень безработицы, недостаточное развитие рыночной инфраструктуры, низкий уровень среднедушевого дохода населения), характеризующие уровень и качество жизни в крае, негативно влияют на показатели здоровья населения, определяя основные направления государственной политики, в том числе в сфере здравоохранения.

### **3.2 Социально-гигиеническая оценка отдельных групп показателей здоровья детского населения региона**

Система организации медицинской помощи детскому населению реализует мероприятия, направленные на сохранение и укрепление здоровья несовершеннолетних.



Одним из принципов охраны здоровья населения выступает приоритет профилактики. Изучение показателей эффективности профилактического направления деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, за период 2012-2018 гг. позволило установить: снижение показателя удельного веса осмотренных детей в возрасте от 0 до 14 лет с 96,7% до 91,1% (темп убыли -4,7%), в сравнении с общероссийским показателем ниже на 2,2%; удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в женскую консультацию до 12 недель беременности, увеличился с 80,3% до 83,2% (темп убыли +3,6%), в сравнении с общероссийским – ниже на 4,9%. Представленная динамика изменения показателей свидетельствует о низкой обращаемости населения в медицинские организации вследствие недостаточной профилактической активности населения (отсутствие у граждан витального поведения, низкая мотивация к реализации здоровьесберегающих технологий), а также ограниченной доступности медицинской помощи, оказываемой на уровне первичного звена.

При изучении уровня заболеваемости по обращаемости в медицинские организации детского населения в регионе за период с 2012 по 2018 гг. установлена негативная динамика. Анализ первичной и общей заболеваемости детского населения выявил снижение представленных критериев. Уровень первичной заболеваемости детей первого года жизни сократился с 459,2‰ до 299,9‰ (темп убыли -34,7%), в сравнении с аналогичными показателями по России ниже на 5,7% (318,3‰), общей заболеваемости - с 700,9‰ до 529,8‰ (темп убыли -24,5%). Уровень первичной заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет снизился со 1763,37‰ до 1719,18‰ (темп убыли -2,5%), общей заболеваемости - с 2211,86‰ до 2119,06‰ (темп убыли -4,2%), в сравнении с общероссийскими показателями ниже на 2,2% и 4,2% соответственно (в РФ в 2017 г. уровень первичной и общей заболеваемости детей в возрасте до 14 лет составил 1758,17‰ и 2211,04‰ соответственно). Полученные результаты отражают проблемы обращаемости населения за медицинской помощью и ее доступности.

При оценке заболеваемости по обращаемости в медицинские организации детей подросткового возраста (в возрасте от 15 до 17 лет) получены следующие данные. Уровень как первичной, так и общей заболеваемости за исследуемый период увеличился с 1159,48‰ до 1436,13‰ (темп прироста +23,8%) и с 2111,49‰ до 2314,43‰ (темп прироста +9,6%) соответственно, в сравнении с общероссийскими показателями выше на 3,8% и 3,1% соответственно (в РФ в 2017 г. уровень первичной заболеваемости детей в возрасте от 15 до 17 лет составил 1383,46‰, общей заболеваемости – 2245,18‰). Выявленная положительная тенденция изменения показателей здоровья детей в возрасте от 15 до 17 лет обусловлена переходом детского населения данной возрастной группы на учет к врачу-терапевту подростковому, который реализуется путем межведомственного взаимодействия образовательных и медицинских организаций.

При изучении динамики изменения показателя инвалидности детского населения (от 0 до 17 лет) выявлено увеличение на 2,2%: со 178,1 на 10 тыс. детского населения в 2012 г. до 182,1 на 10 тыс. детского населения в 2018 г. Поло-возрастная структура детей с впервые в жизни установленной инвалидностью за изучаемый период не изменяется и представлена: первое место – дети в возрасте от 10 до 14 лет (35,1%), второе место – дети в возрасте 5-9 лет (28,0%), третье место – дети 15-17 лет (21,7%), четвертое место – дети до 4-х лет (15,2%). В структуре причин детской инвалидности первое место занимают психические расстройства, второе – болезни нервной системы, третье – врожденные аномалии развития. Результаты оценки детской инвалидности свидетельствуют о негативной характеристике состояния здоровья детского населения.

Для объективной оценки медицинской и социальной эффективности системы организации медицинской помощи детскому населению проанализирован уровень изменения репродуктивных потерь.

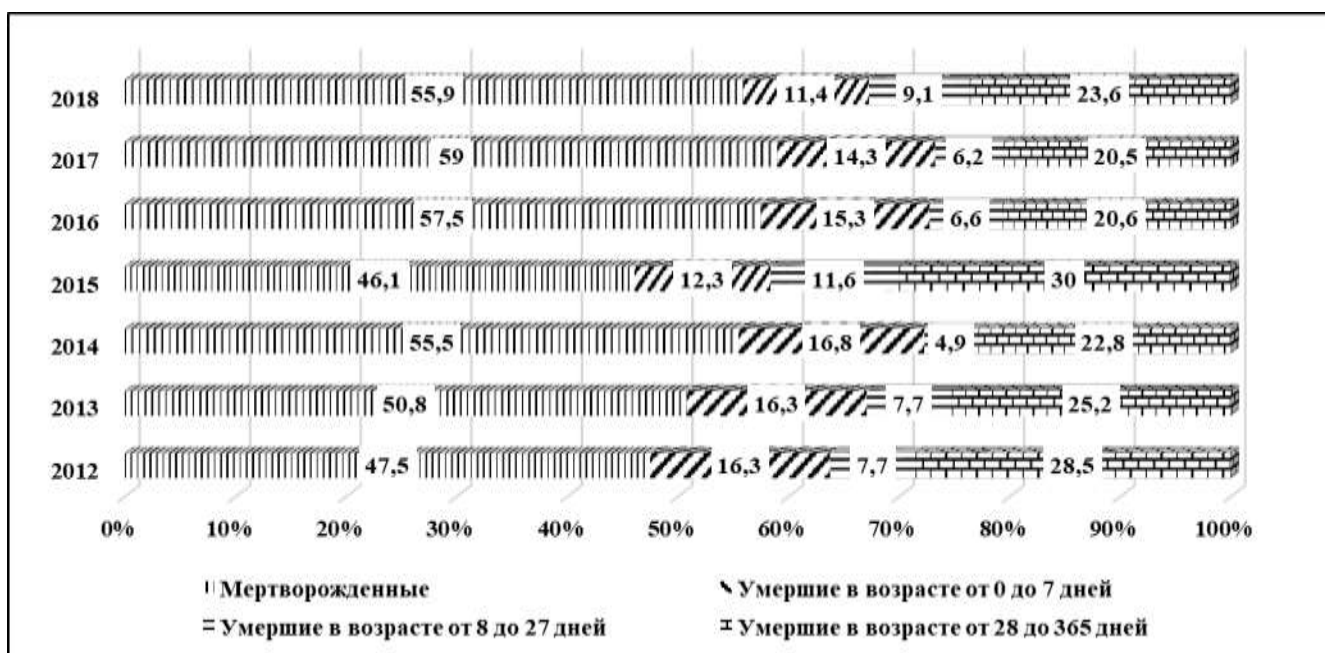
При анализе фетоинфантильных потерь (ФИП) в Забайкальском крае за период 2012-2018 гг. выявлена негативная динамика изменения показателя,

характеризующаяся увеличением уровня ФИП на 16,5% (с 13,9‰ в 2012 г. до 16,2‰ в 2018 г.). Показатель плодово-младенческих потерь позволяет совокупно оценить информацию о возрастной и причинной структурах смертности детей, а также определить качество и результативность мер медико-социальной профилактики. Данный показатель важно оценивать в соотношении с коэффициентом младенческой смертности (рисунок 3.6).



**Рисунок 3.6.** Динамика изменения показателя фетоинфантильных потерь и младенческой смертности в Забайкальском крае за период 2012-2018 гг. (‰)

Структура фетоинфантильных потерь за изучаемый период не претерпела значительных изменений и представлена: 1 место – мертворожденные дети; 2 место – умершие в постнеонатальный период; 3 место – умершие в ранний неонатальный период; 4 место – умершие в поздний неонатальный период. Среди всех потерь жизнеспособных детей в регионе преобладает мертворожденность (рисунок 3.7). Высокие значения данного критерия указывают на недостаточную эффективность антенатальной профилактики и качество медицинской помощи детям в антенатальном и интранатальном периодах в учреждениях I и II уровней оказания медицинской помощи женскому населению в период родов и в послеродовом периоде.



**Рисунок 3.7.** Структура фетоинфантильных потерь в Забайкальском крае за период с 2012 по 2018 гг. (%)

Комплексный анализ младенческой смертности в регионе за исследуемый период иллюстрирует нестабильную динамику изменения показателя, максимальное значение которого приходится на 2013 г. – 8,6‰ (темп прироста +16,2%), в период с 2014 по 2018 гг. наблюдается снижение показателя на 17,4% (в 2018 г. 7,1‰). Данный коэффициент выше общероссийского на 26,8% (в 2017 г. 5,6‰). Снижение младенческой смертности в регионе достигнуто как за счет сокращения неонатального компонента, так и за счет постнеонатального. Оптимальное соотношение показателей неонатальной и постнеонатальной смертности должно составлять 65-70% и 35-30% соответственно, однако в Забайкальском крае до 50% смертей детей на первом году жизни приходится на постнеонатальный период. Данное обстоятельство определяет перспективу дальнейшего снижения младенческой смертности за счет управляемых причин неонатального компонента и актуализирует необходимость принятия организационно-управленческих решений в отношении трудноуправляемых факторов постнеонатальной смертности.

В структуре младенческой смертности за изучаемый период преобладает смертность недоношенных и глубоко недоношенных детей – 61,8%, относительно

детей, родившихся в срок – 38,2%. Высокие показатели преждевременного родоразрешения беременных свидетельствуют о недостаточной доступности и дефектах оказания первичной медико-санитарной и специализированной помощи по профилю «Акушерство и гинекология», неэффективной пренатальной диагностике, нарушениях преемственности и этапности оказания медицинской помощи женскому населению. Основные причины младенческой смертности за исследуемый период представлены: первое место – отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, второе – врожденные аномалии (пороки) развития, третье – болезни органов дыхания, четвертое – травмы, отравления, несчастные случаи и последствия внешних причин, что свидетельствует о проблемах пренатальной диагностики, качестве оказания медицинской помощи.

Важно отметить, что наибольший удельный вес приходится на долю детей первого года жизни, которые погибают в учреждениях системы охраны материнства и детства (78,4%), из них в медицинских организациях I уровня (ЦРБ) – 13%, II и III уровня (краевые родильные дома, перинатальные центры) – 87%, что обусловлено, как правило, тяжестью патологии детей.

При оценке уровня компонентов, составляющих младенческую смертность, выявлена нестабильная динамика их изменения, в связи с чем проведено выравнивание динамического ряда методом расчета скользящей средней (таблица 3.2).

Таблица 3.2

Динамика изменения компонентов младенческой смертности (2012-2018 гг.)

Ранняя неонатальная смертность				Поздняя неонатальная смертность				Неонатальная смертность				Постнеонатальная смертность			
Год	Р, ‰	Скол. сред.	Темп роста/ Убыли	Год	Р, ‰	Скол. сред.	Темп роста/ убыли	Год	Р, ‰	Скол. сред.	Темп роста/ убыли	Год	Р, ‰	Скол. сред.	Темп роста/ убыли
2012	2,7	-	-	2012	1,6	-	-	2012	3,3	-	-	2012	4,0	-	-
2013	2,4	4,7	88,8	2013	1,4	1,3	87,5	2013	4,3	3,7	130,3	2013	4,5	4,1	112,5
2014	9,0	5,9	375	2014	0,8	1,3	57,1	2014	3,6	3,7	83,7	2014	3,7	4,2	82,2
2015	6,4	5,9	71,1	2015	1,7	1,2	212,5	2015	3,4	3,4	94,4	2015	4,5	3,7	121,6
2016	2,3	3,6	35,9	2016	1,0	1,1	91,6	2016	3,2	3,0	94,1	2016	2,9	3,6	64,4
2017	2,1	2,1	91,3	2017	0,7	1,1	70,0	2017	2,9	2,9	75,0	2017	3,4	3,6	117,2
2018	1,8	-	85,7	2018	1,5	-	214,3	2018	2,7	-	93,1	2018	4,4	-	129,4
2012-2018			66,6	2012-2018			93,8	2012-2018			81,8	2012-2018			85,0

Уровень неонатальной смертности за период с 2012 по 2018 гг. снизился с 3,3‰ до 2,9‰ (темп убыли -18,2%). В структуре неонатальной смертности наибольший удельный вес приходится на ранний неонатальный период (70%) от заболеваний перинатального периода, преимущественно за счет респираторных нарушений (респираторного дистресс-синдрома, асфиксии, врожденной пневмонии), нетравматических внутрижелудочковых кровоизлияний, гемолитической болезни новорожденных, в 30% случаев новорожденные погибают в поздний неонатальный период. В динамике показатели ранней и поздней неонатальной смертности имеют тенденцию к снижению: с 2,7‰ до 1,8‰ (темп убыли -33,3%). Показатель поздней неонатальной смертности за изучаемый период увеличился с 1,1‰ до 1,5‰ (темп роста +36,4%). Полученные показатели неонатальной смертности выступают резервом, за счет которого необходимо продолжать снижать младенческую смертность.

Оценка постнеонатального компонента отражает негативные изменения показателя: удельный вес детей, умерших в возрасте от 28 до 365 дней, в структуре младенческой смертности составляет до 48%. В динамике показатель увеличился на 10% (с 4,0‰ в 2012 г. до 4,4‰ в 2018 г.). Первое место в структуре причин смертности занимает смертность от несчастных случаев, последствий внешних причин, синдрома внезапной смерти, второе – причины, связанные с перинатальным периодом, третье место – прочие заболевания и внутриутробные аномалии развития. Необходимо отметить, что 66% детей умирают в период от 1 до 3 месяцев, 19% – от 4 до 6 месяцев, 13% – в возрасте 7-9 месяцев, 2% – 10-12 месяцев.

Постнеонатальный период характеризуется преобладанием в структуре смертности социальных предикторов, обусловленных уровнем социально-экономического благополучия семьи, материальным достатком, степенью правовой культуры законных представителей ребенка. Наряду с отрицательными социально-экономическими причинами, немаловажную роль имеют такие факторы, как ограниченная доступность медицинской помощи детскому населению, недостаточная эффективность медико-социальной помощи семьям, а

также нарушения междисциплинарного и межведомственного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей, что требует привлечения административных ресурсов в принятии организационно-управленческих решений.

Для объективной характеристики репродуктивных потерь в Забайкальском крае рассмотрены показатели пренатальных потерь и искусственных абортов, уровень изменения которых в динамике позволил оценить эффективность мероприятий, направленных на сохранение репродуктивного здоровья населения.

Необходимо отметить, что за исследуемый период в регионе отмечается высокая распространенность абортов. В 2012 г. уровень абортов составил 34,8 на 1000 женщин фертильного возраста, в 2018 г. – 23,6 на 1000 женщин фертильного возраста, несмотря на то, что в динамике показатель снижается на 32,2%, он остается выше общероссийского на 31,8% (в РФ в 2017 г. 17,9 на 1000 женщин фертильного возраста). В структуре абортов преобладают искусственные аборты (61,2%), на долю самопроизвольных приходится 22,2%, по медицинским показаниям – 2,0%, криминальные аборты – 0,1%, неуточненные – 3,2%. Представленная структура за изучаемый период не изменяется. Большинство случаев прерываний беременности происходят в период до 12 недель гестации – 94,2%, на сроке 12-21 неделя – 5,8%. Удельный вес первобеременных в структуре абортов составляет 1,1%. Представленные данные свидетельствуют о наличии проблем как в регионе, так и в системе охраны материнства и детства. Высокая распространенность искусственных абортов, как правило, является отражением социально-экономической напряженности и материально-бытовой неудовлетворенности населения (прямая сильная корреляционная связь между уровнем общей безработицы и удельным весом искусственных абортов  $r=0,82$ ,  $p=0,0451$ ). Высокие значения самопроизвольных абортов негативно характеризуют репродуктивное здоровье женского населения.

При оценке материнской смертности как важнейшего индикатора, отражающего доступность, своевременность и качество оказываемой акушерско-гинекологической помощи, выявлена отрицательная динамика. За период с 2012



по 2018 г. показатель увеличился на 32,1% (с 5,6 на 100 тыс. родившихся живыми до 7,4 на 100 тыс. родившихся живыми), в сравнении с общероссийским показателем выше на 1,4% (в 2017 г. 7,3 на 100 тыс. родившихся живыми). В структуре материнской смертности ведущими причинами выступили: в 25% случаев – кровотечения, в 25% – гнойно-септические осложнения, в 25% – преэклампсия; в 25% – экстрагенитальная патология. Отрицательная динамика материнской смертности может свидетельствовать о наличии структурно-организационных проблем в системе родовспоможения региона, обусловленных как эндогенными факторами (состояние здоровья женщины, наличие экстрагенитальной патологии), так и экзогенными причинами (ненадлежащее оказание медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»).

Таким образом, представленные результаты оценки отдельных показателей здоровья детского населения на региональном уровне имеют негативную характеристику:

- отрицательная динамика изменения заболеваемости по обращаемости в медицинские организации детского населения отражает низкую обращаемость населения за медицинской помощью, а также ограниченную доступность ПМСП;
- результаты оценки детской инвалидности свидетельствуют о негативной характеристике здоровья детского населения;
- высокий уровень репродуктивных потерь в регионе определен проблемами в системе организации оказания медицинской помощи детскому населению.

### *Резюме*

Охрана здоровья детского населения является первоочередной задачей социальной политики государства и выступает необходимым условием для полноценного физического и психического развития детей.

Неудовлетворительная оценка отдельных групп показателей здоровья детского населения на территории Забайкальского края обусловлена наличием как управляемых (вопросы организации оказания медицинской помощи), так и

неуправляемых (экономико-географические особенности региона) факторов, что актуализирует вопросы совершенствования организации оказания медицинской помощи несовершеннолетним с учетом высокой распространенности социальных детерминант.

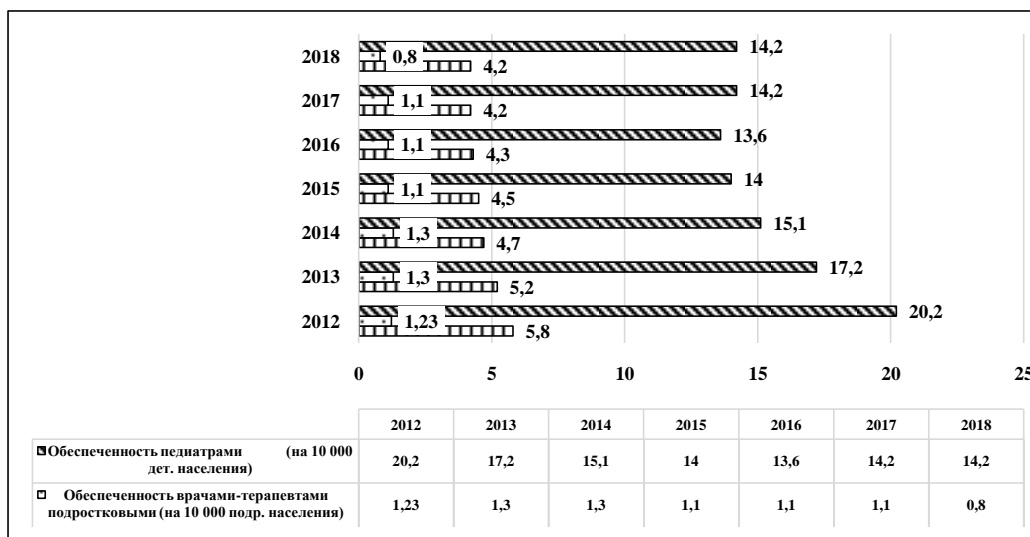
## **ГЛАВА 4. СТРУКТУРНО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕГИОНА**

Отраслевое законодательство в сфере здравоохранения – ФЗ–323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» – одним из основных принципов выделяет приоритет охраны здоровья детей. Реализация данного принципа осуществляется комплексными мероприятиями системы организации оказания медицинской помощи детскому населению, показатели деятельности которой отражают доступность и качество медицинской помощи, результативность методов управления ресурсами здравоохранения.

### **4.1 Анализ ресурсного обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь детскому и женскому населению**

Доступность медицинской помощи в учреждениях, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, определяется многими факторами, в том числе степенью реализации порядков оказания медицинской помощи, в части соблюдения этапов, сроков, правил предоставления медицинских услуг, а также кадровой обеспеченностью.

При оценке кадровых ресурсов системы оказания медицинской помощи женскому и детскому населению в регионе за период с 2012 по 2018 гг. отмечается отрицательная динамика изменения показателей. Обеспеченность врачами – акушерами-гинекологами сократилась с 5,8 до 4,2 на 10 000 женского населения (темп убыли -27,6%), обеспеченность врачами – педиатрами снизилась с 20,2 до 14,2 на 10 000 детского населения (темп убыли -29,7%), обеспеченность врачами – терапевтами подростковыми снизилась с 1,23 до 0,8 на 10 000 детского населения в возрасте 15-17 лет (темп убыли -35%) (рисунок 4.1). Наибольший дефицит кадров отмечается в сельской местности.



**Рисунок 4.1.** Оценка кадровых ресурсов за период с 2012 по 2018 гг. (на 10 тыс. населения соответствующей поло-возрастной группы)

Негативная динамика изменения кадровых ресурсов влечет за собой снижение эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, за счет ограничения доступности как первичной медико-санитарной, так и специализированной медицинской помощи, что отражается на показателях здоровья населения. Данный факт подтверждает достоверно значимая корреляционная зависимость между обеспеченностью детского населения врачами – педиатрами и общей заболеваемостью детей в возрасте от 0 до 14 лет ( $r=+0,769$ ,  $p=0,0172$ ) и уровнем обеспеченности детского населения врачами-терапевтами подростковыми и общей заболеваемостью детей в возрасте от 15 до 17 лет ( $r=+0,582$ ,  $p=0,0153$ ).

Анализ сети медицинских организаций системы охраны материнства и детства в Забайкальском крае за период с 2012 по 2018 гг. позволил выявить сокращение учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь: число акушерско-гинекологических кабинетов снизилось на 24,3%, педиатрических – на 7,2%. Представленные изменения происходят

преимущественно в сельской местности и могут выступать дополнительным фактором, ограничивающим доступность медицинской помощи для населения.

Оценка объемов оказания первичной медико-санитарной помощи населению за анализируемый период позволила установить, что число посещений на 1 жителя в год сократилось с 8,7 до 7,6 (темп убыли -12,6%), из них посещения с профилактической целью - с 7,2 до 3,2 посещений на 1 застрахованное лицо (темп убыли -50,0%), число обращений по заболеванию снизилось с 2,8 до 2,1 на 1 жителя в год (темп убыли -25%), в сравнении с нормативными показателями, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 08.12.2017 N 1492 (ред. от 21.04.2018) «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» выше на 6,6% (3,0 посещений с профилактической целью на 1 жителя в год) и ниже 4,5% (2,2 обращения по заболеванию на 1 жителя в год) соответственно. Данная тенденция свидетельствует о снижении медицинской активности населения, что отражается на уровне заболеваемости населения по обращаемости (корреляционная зависимость между числом обращений по заболеванию и общей заболеваемостью детей в возрасте от 0 до 14 лет ( $r=+0,892$ ,  $p=0,0112$ )) и характеризует доступность ПМСП.

При анализе показателей, характеризующих уровень оказания специализированной помощи за исследуемый период, отмечено снижение обеспеченности детского населения педиатрическими койками с 36,5 до 26,9 на 10 000 детского населения (темп убыли -26,3%) и эффективности деятельности коечного фонда педиатрического профиля. В отчетный период среднегодовая занятость койки сократилась с 323,2 до 310 дней (темп убыли -4,1%), в сравнении с общероссийским показателем выше на 3,4% (в 2018 г. 299,8 дн.), средняя длительность пребывания на койке снизилась с 11,4 до 11,1 дней (темп убыли -2,7%), в сравнении с аналогичным показателем по России выше на 20,6% (в 2018 г. 9,2 дн.), оборот койки снизился с 28,4 до 27,9 (темп убыли -1,8%), что ниже общероссийского на 12,8% (в 2018 г. 32). Представленные показатели отличны от значений общероссийских коэффициентов, что может свидетельствовать о

недостаточной эффективности оказания специализированной медицинской помощи детям в регионе.

Необходимо отметить, что уровень обеспеченности женского населения акушерско-гинекологическими койками за период с 2012 по 2018 гг. также сократился с 27,2 до 20,1 на 10 000 женского населения (темпы убыли -26,1%). При изучении показателей эффективности использования коечного фонда акушерско-гинекологического профиля по основным отделениям, установлено: среднегодовая занятость койки для беременных и рожениц сократилась с 393 до 263,8 дней (темпы убыли -32,8%), средняя длительность пребывания на койке для беременных и рожениц снизилась с 7,7 до 6,6 дней (темпы убыли -14,3%), оборот койки для беременных и рожениц снизился с 51,0 до 39,9 (темпы убыли -21,7%); среднегодовая занятость койки патологии беременности сократилась с 299 до 285,8 дней (темпы убыли -4,4%), средняя длительность пребывания на койке патологии беременности снизилась с 10,5 до 9,2 дней (темпы убыли -12,4%), оборот койки патологии беременности увеличился с 28,5 до 31,1 (темпы прироста +9,1%); среднегодовая занятость гинекологической койки сократилась с 305,4 до 278,6 дней (темпы убыли -8,7%), средняя длительность пребывания на гинекологической койке снизилась с 8,1 до 7,6 дней (темпы убыли -6,2%), оборот гинекологической койки снизился с 37,7 до 36,6 (темпы убыли -2,9%). Полученные результаты свидетельствуют о необходимости повышения эффективности мероприятий, направленных на улучшение доступности специализированной медицинской помощи женскому населению.

При оценке объемов оказания специализированной медицинской помощи населению за исследуемый период установлено, что число случаев госпитализации на 1 жителя в год увеличилось на 13,5% (с 0,2 до 0,227 случая госпитализации на 1 жителя в год), в сравнении с общероссийским нормативным показателем выше на 31,9% (в РФ в 2018 г. 0,172 на 1 застрахованное лицо). Представленные данные свидетельствуют о низкой результативности работы первичного звена.

В сложившейся ситуации снижения обеспеченности населения специализированными круглосуточными койками, закономерным мероприятием должно было бы явиться увеличение объемов использования стационарозамещающих технологий, однако, в регионе за изучаемый период наблюдается снижение числа коек дневного стационара педиатрического профиля на 19,5% (с 211 до 170). Структура коечного фонда дневного стационара за исследуемый период изменилась: в 2012-2014 гг. наибольшим удельным весом представлены койки дневного стационара больничных учреждений (81,9%), 15,2% – койки дневного стационара амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений), 2,9% - стационаром на дому; в 2015-2018 гг. отмечено отсутствие реализации возможностей стационара на дому и равномерное распределение коек дневного стационара больничных учреждений (50%) и коек дневного стационара амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) (50%). При оценке динамики использования коечного фонда дневного стационара установлено, что количество пролеченных детей на койках дневного стационара больничных учреждений сократился на 47,7%, на койках дневного стационара амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) увеличился на 34%. В структуре использования коек дневного стационара больничных учреждений с 2012 по 2014 гг. на первом месте болезни органов дыхания (45,6%), на втором – болезни органов пищеварения (12,1%), на третьем – отдельные состояния перинатального периода (7,1%); с 2015 по 2018 гг. на первом месте болезни органов дыхания (40,7%), на второе место вышли болезни нервной системы (20,9%), на третьем – отдельные состояния перинатального периода (7,6%). Структура реализации коек дневного стационара амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) за 2012-2018 гг. не изменилась и представлена: первое место – болезни органов дыхания – 36,6%, на втором – болезни нервной системы (30,3%), на третьем месте психические расстройства (12,6%). Полученные результаты могут быть обусловлены нерациональным распределением нагрузки по видам медицинской помощи – увеличение объемов специализированной медицинской помощи, отсутствие приоритета развития

стационарозамещающих технологий, как направления первичной медико-санитарной помощи.

Полученные результаты анализа ресурсной обеспеченности системы организации оказания медицинской помощи детскому населению в Забайкальском крае за исследуемый период отражают проблемы доступности первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи и требуют координированных и рациональных организационно-управленческих решений, а также эффективного межведомственного и междисциплинарного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей.

Социально-гигиеническая оценка показателей деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в Забайкальском крае за период с 2012 по 2018 гг. позволила дать следующую характеристику реализуемым направлениям работы: снижение уровня обращаемости населения в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, свидетельствует об ограниченной доступности ПМСП; недостаточная ресурсная обеспеченность и эффективность деятельности акушерско-гинекологической и педиатрической служб отражают проблемы организации медицинской помощи женскому и детскому населению, что обуславливает необходимость совершенствования организационных механизмов.

#### **4.2 Оценка доступности первичной медико-санитарной помощи детскому населению на уровне субъекта РФ**

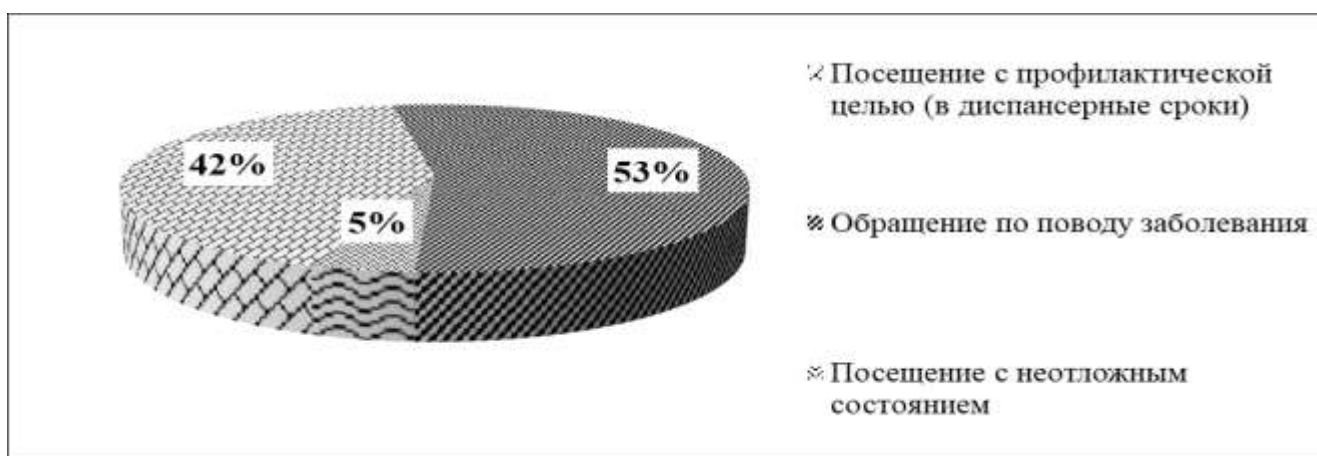
Основу оказания медицинской помощи детскому населению в Российской Федерации составляет первичная медико-санитарная помощь. Одним из важнейших критериев медико-социальной эффективности ПМСП выступает удовлетворенность населения доступностью медицинских услуг на уровне амбулаторного звена, изучение которой позволит выработать практические рекомендации по оптимизации деятельности как отдельных медицинских организаций, так и региональной системы здравоохранения в целом.



Социально-гигиеническое исследование по изучению доступности первичной медико-санитарной помощи детскому населению проведено среди населения Забайкальского края. Анализ полученных данных осуществлен по следующим критериям: оценка социального портрета респондента, выявление проблем на уровне региональной системы здравоохранения, изучение степени удовлетворенности населения Забайкальского края доступностью ПМСП детям.

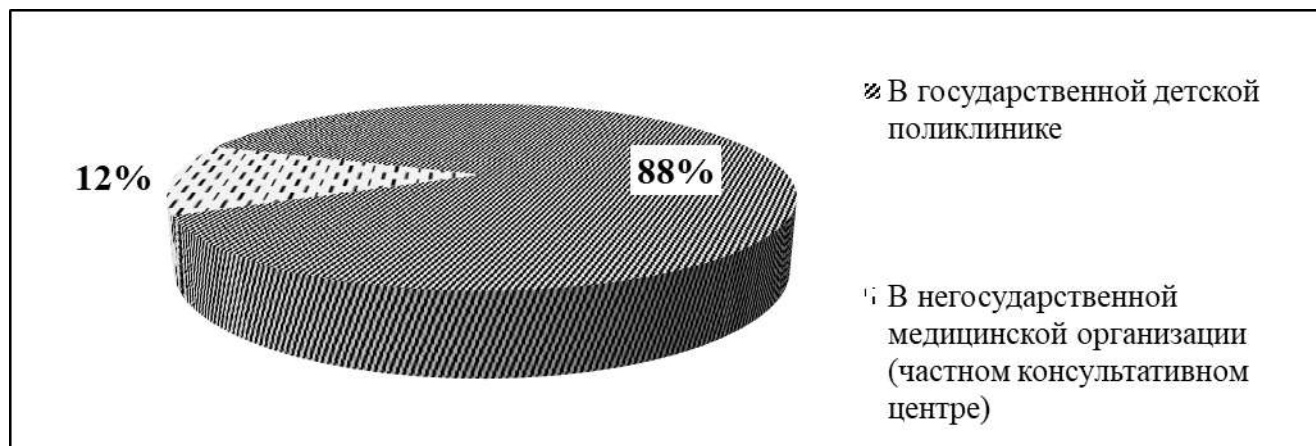
В результате исследования определен социальный портрет респондента, который представлен преимущественно женским населением – 85,8% [95% ДИ 82,9% - 88,7%], трудоспособного возраста от 26 до 35 лет – 47% [95% ДИ 43,5% - 50,8%], имеющим высшее образование – 53% [95% ДИ 50,3% - 56,3%], официальное трудоустройство – 74% [95% ДИ 71,2% - 77,1%] и уровень материального благосостояния, превышающий прожиточный минимум в регионе – 53,0% [95% ДИ 50,8% - 57,1%], в семье которых имеется один ребенок – 54,9% [95% ДИ 50,8% - 59,1%].

При оценке обращаемости населения за медицинской помощью детям в учреждения здравоохранения выявлено, что большинство респондентов в качестве причины обращения указывают «наличие заболевания», а не «посещение с профилактической целью», что может свидетельствовать о недостаточной профилактической активности законных представителей в отношении несовершеннолетних детей (рисунок 4.2).



**Рисунок 4.2.** Структура причин обращений населения за медицинской помощью в Забайкальском крае (%)

Необходимо отметить, что достоверно выше уровень обращаемости населения за ПМСП зарегистрирован в государственных медицинских организациях ( $p < 0,005$ ) (рисунок 4.3).



**Рисунок 4.3.** Уровень обращаемости детского населения за ПМСП в медицинские организации в зависимости от организационно-правовой формы (%)

Изучение уровня удовлетворенности населения доступностью ПМСП детям проведено по следующим критериям: оценке транспортной доступности учреждений здравоохранения, организационных, материально-технических и этико-деонтологических аспектов оказания ПМСП.

При оценке уровня транспортной доступности медицинских организаций Забайкальского края выявлено, что наличие общественного транспорта, включающего маршруты до детской поликлиники, а также наличие подъездных путей отмечаются в 68,8% [95% ДИ 65,0% - 72,7%] и 76,4% [95% ДИ 72,9% - 79,9%] случаев соответственно, что характеризует доступность медицинской помощи детскому населению с положительной стороны.

Немаловажным компонентом, влияющим на степень удовлетворенности населения доступностью ПМСП, выступают организационные подходы в вопросах оказания медицинской помощи несовершеннолетним. Эффективные организационно-правовые механизмы управления медицинской организацией позволяют выстроить рациональную логистическую систему внутри учреждения и оценить результативность деятельности каждого структурного подразделения.

При анализе деятельности регистратуры детских поликлиник на территории региона выявлено, что наиболее доступным способом обращения пациента за медицинской помощью является запись на прием через регистратуру медицинской организации – 84,3% [95% ДИ 81,3% - 87,4%], 50,5% [95% ДИ 46,3% - 54,6%] опрошенным доступен единый электронный портал пациента, запись через постамат в медицинской организации используется в 15,0% [95% ДИ 12,0% - 17,9%] случаев; 4,3% [95% ДИ 2,6% - 6,0%] опрошенных затруднились в выборе ответа. Участникам исследования было предложено оценить качество работы регистратуры. Важно отметить, что более половины респондентов выделяют проблемы при обращении в регистратуру (53,3% [95% ДИ 49,1% - 57,5%]), среди которых длительное ожидание в очереди отметили 35,9% [95% ДИ 31,6% - 40,1%] опрошенных (среднее время ожидания составило 32 минуты ( $M=32\pm 2,8$ )), отсутствие информационного сопровождения и недоступность сервиса единого электронного портала пациента – 18,0% [95% ДИ 14,6% - 21,4%], отсутствие постамата в медицинской организации – 15,6% [95% ДИ 12,4% - 18,8%], некорректное поведение медицинского персонала – 12,5% [95% ДИ 9,6% - 15,4%] случаев.

При оценке организации процесса оказания ПМСП детям, в вопросах соблюдения сроков, времени приема и графика работы специалистов, получены следующие данные. Удобным график работы врачей и служб детской поликлиники считают 71,4% [95% ДИ 67,6% - 75,1%] участников исследования, при этом, назначенное время приема врача соблюдалось лишь в 35,3% [95% ДИ 31,3% - 39,3%] случаев, среднее время ожидания приема специалиста составило 73 минуты ( $M=73\pm 5,4$ ), 64,7% [95% ДИ 60,7% - 68,7%] респондентам приходилось сталкиваться с очередностью.

При оценке соблюдения сроков оказания ПМСП в соответствии с Территориальной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи получены следующие результаты: время ожидания приема врача-педиатра участкового в плановой форме в течение 24 часов отметили 76,0% [95% ДИ 72,5% - 79,6%] респондентов, время ожидания

приема врача-специалиста в плановой форме в течение 14 календарных дней – 76,9% [95% ДИ 73,4% - 80,4%] пациентов, в неотложной форме медицинская помощь была оказана пациентам в течение 2 часов в 79,5% [95% ДИ 76,1% - 82,8%] случаев. Необходимо отметить, что в четверти случаев обращений населения за ПМСП нарушались сроки оказания, утвержденные Территориальной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, что ограничивает реализацию конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья.

Для изучения ресурсной обеспеченности медицинской организации, оказывающей ПМСП детям, респондентам было предложено оценить уровень материально-технической оснащенности учреждения по 5-бальной шкале (5-отлично, 4-хорошо, 3-удовлетворительно, 2-неудовлетворительно, 1-крайне неудовлетворительно). Полученные результаты представлены в таблице 4.1.

**Таблица 4.1**

**Материально-техническая оснащенность медицинских организаций, оказывающих ПМСП детскому населению**

Критерии	Оценка (M±m)
Удобство ожидания приема (наличие стульев, кресел возле кабинетов)	3,2±0,5
Санитарно-эпидемический режим в детской поликлинике (чистота, наличие бактерицидных ламп, пунктов выдачи масок и бахил для пациентов)	3,1±0,6
Санитарно-гигиенические нормы (проведение манипуляций в стерильных перчатках, одноразовым инструментарием и др.)	4,5±0,6
Комфортность пребывания в медицинской организации (удобство, эстетика, заполнение времени ожидания, наличие наглядной информации)	3,4±0,5
Адаптированность медицинской организации, оказывающей ПМСП детскому населению, для пациентов с ограниченными возможностями здоровья	3,3±0,6

Представленные компоненты: удобство ожидания приема, санитарно-эпидемический режим в детской поликлинике, санитарно-гигиенические нормы, доступность медицинской помощи лицам с ограниченными возможностями

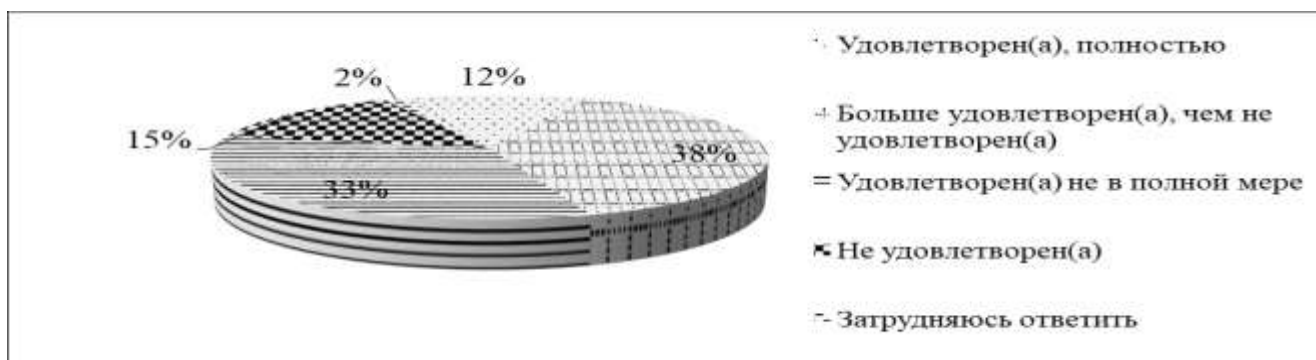
здоровья и инвалидностью, а также комфортность пребывания в медицинской организации - в целом получили среднюю оценку ( $3 \pm 0,2$  балла), что определяет необходимость усиления контроля в вопросах соблюдения порядков оказания медицинской помощи.

Одним из ключевых моментов формирования степени удовлетворенности населения доступностью ПМСП несовершеннолетним являются этико-деонтологические отношения, возникающие при взаимодействии медицинского персонала и пациента.

При анализе блока вопросов, характеризующих этико-деонтологические отношения, получены следующие результаты. Отсутствие конфликтов с лечащим врачом и со средним медицинским персоналом отмечали 80,7% [95% ДИ 77,4% - 84,0%] и 81,6% [95% ДИ 78,4% - 84,9%] респондентов соответственно. Доверительные отношения с лечащим врачом возникали у 76,2% [95% ДИ 72,7% - 79,8%] пациентов. При этом, 74,2% [95% ДИ 70,6% - 77,9%] опрошенных оценили отношение лечащего врача к их детям как доброжелательное.

При изучении блока вопросов, характеризующих доступность медико-социальной помощи несовершеннолетним, установлено, что 32% [95% ДИ 29,3% - 34,7%] респондентов удовлетворены ее оказанием.

При оценке результатов изучения уровня удовлетворенности населения доступностью ПМСП несовершеннолетним выявлено, что значительная часть респондентов не удовлетворена оказанной медицинской помощью (47,9% [95% ДИ 43,7% - 52,1%]) (рисунок 4.4).



**Рисунок 4.4.** Оценка удовлетворенности населения ПМСП детям (%)

Важно отметить, что показатели удовлетворенности доступностью первичной медико-санитарной помощью выше в группе родителей, обратившихся в медицинскую организацию с профилактической целью ( $p \leq 0,0156$ ).

Исследование факторной обусловленности удовлетворенности населения оказанием ПМСП детям позволило определить статистически значимые детерминанты (таблица 4.2), в качестве которых выступили: доверительные отношения с лечащим врачом –  $RR=10,0$  ( $\chi^2=114,3$ ); доступность предоставления информации о состоянии здоровья ребенка и используемых методах профилактики, диагностики и лечения заболеваний –  $RR=6,4$  ( $\chi^2=106,8$ ); уровень комфортности в медицинской организации –  $RR=4,5$  ( $\chi^2=52,3$ ); степень реализации прав пациента в части выбора лечащего врача –  $RR=3,7$  ( $\chi^2=84,8$ ).

**Таблица 4.2**

Шкала выявленных факторов риска по силе действия на уровень удовлетворенности

№ п/п	Фактор риска	RR	Ранг
1.	Доверительные отношения с лечащим врачом	10,0	1
2.	Информативность и доступность предоставления информации о состоянии здоровья ребенка и используемых методах профилактики, диагностики и лечения заболеваний	6,4	2
3.	Уровень комфортности медицинской организации, в которой ребенку оказывают первичную медико-санитарную	4,5	3
4.	Степень реализации прав пациента в части выбора лечащего врача	3,7	4
5.	График работы структурных подразделений медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детям	3,5	5
6.	Конфликтные ситуации с лечащим врачом, возникающие при обращении в медицинскую организацию	3,4	6
7.	Конфликтные ситуации со средним медицинским персоналом, возникающие при обращении в медицинскую организацию	3,2	7
8.	Мероприятия по соблюдению санитарно-эпидемического режима	3,0	8

Продолжение таблицы 4.2

9.	Доступная среда в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детям, для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью	2,3	9
10.	Сроки предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи детям	1,9	10
11.	Сроки предоставления первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме детям	1,9	10
12.	Наличие подъездных путей	1,8	11
13.	Маршрутов общественного транспорта	1,3	12

Представленные факторы могут выступать причинами несоблюдения прав несовершеннолетних пациентов в сфере охраны здоровья, а также снижения доступности предоставляемых медицинских услуг.

Таким образом, в результате социально-гигиенического исследования установлено, что уровень удовлетворенности населения Забайкальского края доступностью ПМСП детям недостаточный, что обусловлено несоблюдением этико-деонтологических норм, нарушение сроков оказания медицинской помощи.

Ограниченная доступность ПМСП для детского населения негативно отражается на уровне обращаемости за медицинской помощью и ведет к ухудшению состояния здоровья несовершеннолетних.

#### **4.3 Экспертная оценка состояния системы охраны материнства и детства на региональном уровне**

Комплексная социально-гигиеническая оценка современного состояния системы охраны материнства и детства на уровне субъекта Российской Федерации (на территории Забайкальского края) позволила обозначить основные проблемы, негативно влияющие на состояние здоровья детского населения. Исследование проведено с использованием метода экспертных оценок. Экспертная группа сформирована из числа организаторов здравоохранения.

В ходе проведенного исследования 91,3% [95% ДИ 89,3% - 93,3%] экспертов отметили наличие проблемных зон в системе охраны материнства и детства, которые в результате анализа были обобщены в 6 групп и проранжированы по частоте встречаемости в порядке убывания.

Структурно-организационный анализ и экспертная оценка деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в регионе за период с 2012 по 2018 гг., позволили выявить ряд проблем ( $Q=1800$ ,  $p \leq 0,01$ ):

Первая группа – недостаточное оснащение медицинских организаций современной материально-технической базой. Данную проблему обозначили и охарактеризовали 86,9% [95% ДИ 82,3% - 91,5%] экспертов.

Для обеспечения доступной и качественной медицинской помощи медицинские организации должны соблюдать порядки оказания медицинской помощи, особенно в части стандартов оснащения структурных подразделений лечебно-диагностическим оборудованием. Однако 86,9% [95% ДИ 82,3% - 91,5%] экспертов отмечают несовершенство процесса обеспечения медицинской организации материально-техническими ресурсами вследствие нерационального обоснования потребности в изделиях медицинского назначения, отсутствия необходимого межструктурного взаимодействия подразделений медицинской организации, ответственных за вопросы ресурсного обеспечения на различных уровнях, нарушений в учетно-отчетной документации закупок и использования медицинских изделий и оборудования, а также в силу выраженного морального и физического износа имеющейся материально-технической базы. Представленные факторы приводят к снижению и потере контроля за ресурсным обеспечением медицинской деятельности и ограничению доступности медицинской помощи.

Второе ранговое место занимают проблемы кадрового обеспечения медицинских организаций края (69,6% [95% ДИ 63,8% - 75,4%]). При оценке кадровых ресурсов учреждений здравоохранения системы оказания медицинской помощи женскому и детскому населению в регионе за период с 2012 по 2018 гг. отмечается отрицательная тенденция изменения показателей: обеспеченность



врачами - акушерами-гинекологами сократилась на 27,6%, врачами - педиатрами – на 29,7%, врачами-терапевтами подростковыми – 35%.

Отрицательная динамика изменения кадрового потенциала снижает эффективность работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению за счет ограничения доступности первичной медико-санитарной помощи, что негативно отражается на показателях здоровья населения. Данный факт подтверждает корреляционная зависимость между обеспеченностью детского населения врачами – педиатрами и общей заболеваемостью детей в возрасте от 0 до 14 лет ( $r=+0,769$ ,  $p=0,0172$ ) и уровнем обеспеченности детского населения врачами-терапевтами подростковыми и общей заболеваемостью детей в возрасте от 15 до 18 лет ( $r=+0,582$ ,  $p=0,0153$ ).

На третьем месте отмечены проблемы нормативно-правового регулирования в системе организации оказания медицинской помощи детскому населению (65,2% [95% ДИ 61,5% - 68,9%]). Ведущие специалисты указывают на несовершенство имеющейся законодательной базы на всех уровнях (федеральном, региональном и локальном). В качестве «правовых пробелов» эксперты указывают отсутствие регламентации механизмов реализации конституционных прав отдельных категорий граждан в сфере охраны здоровья, несостоятельность внутри и межведомственного взаимодействия государственных социальных институтов при оказании медицинской помощи детскому населению. В частности, на территории Забайкальского края отсутствует нормативно-правовой акт, регламентирующий деятельность акушерско-терапевтического-педиатрического комплекса.

В качестве четвертой проблемной зоны эксперты определили несовершенство организации медицинской помощи детскому населению в части реализации порядков оказания медицинской помощи (60,8% [95% ДИ 53,1% - 68,5%]).

В данном разделе отражены вопросы соблюдения этапности и маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи, а также сроки предоставления медицинских услуг. При оценке соблюдения сроков оказания

ПМСП в соответствии с Территориальной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи получены следующие результаты: время ожидания приема врача-участкового педиатра в плановой форме у 24,0% [95% ДИ 20,4% - 27,5%] респондентов составило более 24 часов; время ожидания приема врача-специалиста в плановой форме свыше 14 календарных дней – у 23,1% [95% ДИ 19,6% - 26,6%]; неотложная помощь была оказана пациентам в течение более 2 часов в 20,5% [95% ДИ 17,2% - 23,9%] случаев. Необходимо отметить, что, несмотря на один из основных принципов охраны здоровья, регламентирующий недопустимость отказа в медицинской помощи, 29,9% [95% ДИ 26,1% - 33,7%] пациентов отмечают, что встречались с отказом. В структуре случаев не оказания медицинской помощи первое место занимают отказы в консультации узкого специалиста – 61,3% [95% ДИ 54,8% - 67,9%]; второе – отказы в проведении диагностического исследования – 32,1% [95% ДИ 25,8% - 38,4%]; третье – отказы в лечении 6,6% [95% ДИ 3,3% - 9,9%]. Представленные результаты свидетельствуют об ограниченной доступности медицинской помощи, что отрицательно влияет на показатели здоровья детского населения, а также снижает эффективность деятельности медицинских организаций.

Пятая проблемная зона – ограниченная доступность медицинской помощи несовершеннолетним (52,2% [95% ДИ 57,0% - 47,4%]).

Изучение факторной обусловленности уровня социальной удовлетворенности населения ПМСП позволило установить следующие предикторы: доверительные отношения с лечащим врачом – RR=10,0 ( $\chi^2=114,3$ ); доступность предоставления информации о состоянии здоровья ребенка и используемых методах профилактики, диагностики и лечения заболеваний – RR=6,4 ( $\chi^2=106,8$ ); уровень комфортности в медицинской организации – RR=4,5 ( $\chi^2=52,3$ ). Выявленные предикторы выступают факторами риска нарушения прав несовершеннолетних пациентов в сфере охраны здоровья, что негативно отражается на состоянии здоровья детей.

В качестве шестой проблемной зоны эксперты определили низкую результативность взаимодействия медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, с социальными институтами государства (органы социальной защиты, органы опеки и попечительства, комиссией по делам несовершеннолетних) (49% [95% ДИ 52,4% - 45,3%]). В качестве причин, негативно влияющих на внутри и межведомственное взаимодействие, эксперты указывают проблемы оперативной передачи информации вследствие отсутствия единой информационной системы; несовершенство нормативно-правового обеспечения в части координирования процессов работы с социально уязвимыми и социально неблагополучными семьями, а также значительные ограничения полномочий медицинских работников в вопросах своевременного изъятия из семьи детей в ситуациях, несущих угрозу жизни ребенка.

Достоверность выявленных проблем подтверждена расчетом непараметрического критерия Кокрена (таблица 4.3).

**Таблица 4.3**

Оценка проблем в системе охраны материнства и детства в вопросах организации медицинской помощи детскому населению на региональном уровне

№ анкеты	Группы проблем						$\Sigma X_R$	$(\Sigma X_R)^2$
	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа	6 группа		
1	0	0	1	1	0	0	2	4
2	1	1	1	1	1	1	6	36
3	0	0	0	1	1	0	2	4
4	0	0	1	1	1	0	3	9
5	1	1	1	1	0	1	5	25
N								
Всего – 31	$\Sigma X_1 = 13$	$\Sigma X_2 = 13$	$\Sigma X_3 = 16$	$\Sigma X_4 = 4$	$\Sigma X_5 = 8$	$\Sigma X_6 = 22$	$\Sigma (\Sigma X_R) = 110$	$\Sigma (\Sigma X_R)^2 = 492$

Расчетное значение критерия Кокрена составило 1800,6. Данный показатель превышает табличное значение - 16,0, что свидетельствует о высокой степени достоверности ( $p \leq 0,01$ ) полученных результатов.

Таким образом, по результатам экспертной оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому

населению в регионе за период с 2012 по 2018 гг. выявлены следующие зоны неэффективности: материально-техническое обеспечение медицинских организаций; кадровое обеспечение медицинских организаций; нормативно-правовое обеспечение в системе охраны материнства и детства; организация медицинской помощи детскому населению в рамках реализации порядков оказания медицинской помощи; доступность медицинской помощи населению; порядок организации и реализации взаимодействия медицинских организаций с государственными социальными институтами в системе охраны материнства и детства. Полученные результаты требуют принятия управленческих решений с целью повышения результативности деятельности системы организации оказания медицинской помощи детскому населению.

### *Резюме*

Объективная оценка состояния системы охраны материнства и детства региона в части организации оказания медицинской помощи детскому населению позволила верифицировать имеющиеся организационные проблемы, снижающие медико-социальную эффективность системы и негативно отражающиеся на показателях здоровья несовершеннолетних.

Для повышения результативности оказания медицинской помощи детскому населению необходимо внедрять организационные технологии, направленные на повышение функционального взаимодействия организаций медицинского и социального профилей на региональном уровне.

## **ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ, ИХ РОЛЬ В СИСТЕМЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

### **5.1 Оценка стратификационных факторов репродуктивного потенциала населения региона**

Понимание процессов, происходящих в современном обществе, позволяет прогнозировать уровень репродуктивного потенциала населения и реализовывать практические мероприятия, направленные на стабилизацию и увеличение воспроизводства населения.

Социологическое исследование, направленное на оценку репродуктивного потенциала населения фертильного возраста Забайкальского края, позволило выявить социальные детерминанты, обуславливающие репродуктивное поведение граждан [144].

Изучение социальных детерминант, влияющих на репродуктивное поведение, проведено отдельно среди мужского и женского населения по следующим критериям: социальной стратификации, уровню профилактической и медицинской активности, степени психологической готовности к рождению потомства, оценке репродуктивного здоровья.

По результатам исследования мужское население ( $n=207$ ) было разделено на два кластера (в зависимости от репродуктивных установок – иметь детей): 1 группа –  $n=119$ , 2 группа –  $n = 88$ . В каждом кластере описаны следующие признаки: уровень образования, социальное и семейное положения, жилищно-бытовые условия, уровень материального благосостояния, состояние здоровья. Характеристики исследуемых признаков внутри кластеров распределены относительно равномерно и представлены в таблице 5.1.

Таблица 5.1

## Распределение признаков внутри кластеров среди мужского населения

Конечные центры кластеров		
	Кластеры	
	1	2
Образование	Среднее специальное	Среднее специальное
Социальное положение	Работающие	Работающие
Семейное положение	Состоит в официальном браке	Не состоит в браке
Место жительства	Город	Город
Жилищные условия	Благоустроенные	Неблагоустроенные
Доход на одного члена семьи	Выше прожиточного минимума	Ниже прожиточного минимума
Состояние здоровья	Хорошее	Хорошее
Вредные привычки	Имеются	Имеются
Использование методов контрацепции	Используют	Используют
Цель контрацепции	Предотвратить беременность	Предотвратить беременность
Внутрисемейная обстановка	Напряженная	Напряженная
Возраст	36-40 лет	21-25 лет
Ценностные установки в отношении детей	Изменились – «Ребенок - смысл жизни»	Не изменились

Проведенный однофакторный дисперсионный анализ позволил верифицировать социальные детерминанты, определяющие репродуктивное поведение мужского населения: семейное положение ( $F = 211,659$ ,  $p < 0,001$ ), уровень дохода ( $F = 16,917$ ,  $p < 0,001$ ), ценностные установки в отношении детей ( $F = 45,964$ ,  $p < 0,001$ ), возраст ( $F = 227,537$ ,  $p < 0,001$ ) (таблица 5.2).

Таблица 5.2

## Результаты дисперсионного анализа среди мужского населения

	ANOVA				F	Знач. P
	Кластеризовать		Ошибка			
	Средний квадрат	ст. св.	Средний квадрат	ст. св.		
Уровень образования	0,720	1	0,998	205	0,721	0,397
Социальное положение	2,604	1	1,682	205	1,548	0,215
Семейное положение	306,596	1	1,449	205	211,659	0,000

Продолжение таблицы 5.2

Жилищные условия	0,002	1	0,169	205	0,010	0,920
Уровень дохода	3,624	1	0,214	205	16,917	0,000
Состояние здоровья	1,267	1	0,512	205	2,473	0,117
Вредные привычки	0,086	1	1,910	205	0,045	0,832
Внутрисемейная обстановка	6,585	1	1,429	205	4,608	0,033
Возраст	445,503	1	1,958	205	227,537	0,000
Ценностные установки	22,424	1	0,488	205	45,964	0,000

На основе данных социологического исследования среди женского населения ( $n = 195$ ) респонденты были разделены также на два кластера (в зависимости от репродуктивных установок – иметь детей): 1 группа –  $n = 58$ , 2 группа –  $n = 137$ . В каждом кластере описаны изучаемые признаки. Распределение признаков по группам представлено в таблице 5.3.

Таблица 5.3

Распределение признаков внутри кластеров среди женского населения

	Конечные центры кластеров	
	Кластеры	
	1	2
Возраст	21-25 лет	31-35 лет
Уровень образования	Среднее специальное	Среднее специальное
Социальное положение	Учится	Работает
Семейное положение	Не замужем	Замужем
Жилищные условия	Благоустроенные	Благоустроенные
Уровень дохода	Выше прожиточного минимума	Ниже прожиточного минимума
Состояние здоровья	Хорошее	Хорошее
Наличие вредных привычек	Нет	Нет
Наблюдение у гинеколога	Нет	Нет
Наличие гинекологических заболеваний	Нет	Да
Применение методов контрацепции	Не применяют	Не применяют
Беременность в анамнезе	Нет	Да
Прегравидарная подготовка	Нет	Да
Школа беременных в ЖК	Не посещала	Посещала
Ценностные установки в отношении детей	Не изменились	Изменились – «Ребенок-смысл жизни»

Для выявления статистически значимых межгрупповых различий применен дисперсионный анализ. В качестве значимых социальных детерминант выступили: возраст ( $F = 101,528$ ,  $p < 0,001$ ), социальное положение ( $F = 54,050$ ,  $p < 0,001$ ), семейное положение ( $F = 240,858$ ,  $p < 0,001$ ), уровень дохода ( $F = 11,914$ ,  $p < 0,001$ ), наличие гинекологических заболеваний ( $F = 83,249$ ,  $p < 0,001$ ), прегравидарная подготовка ( $F = 109,008$ ,  $p < 0,001$ ), ценностные установки респондентов в отношении детей ( $F = 181,439$ ,  $p < 0,001$ ) (таблица 5.4).

Таблица 5.4

## Результаты дисперсионного анализа среди женского населения

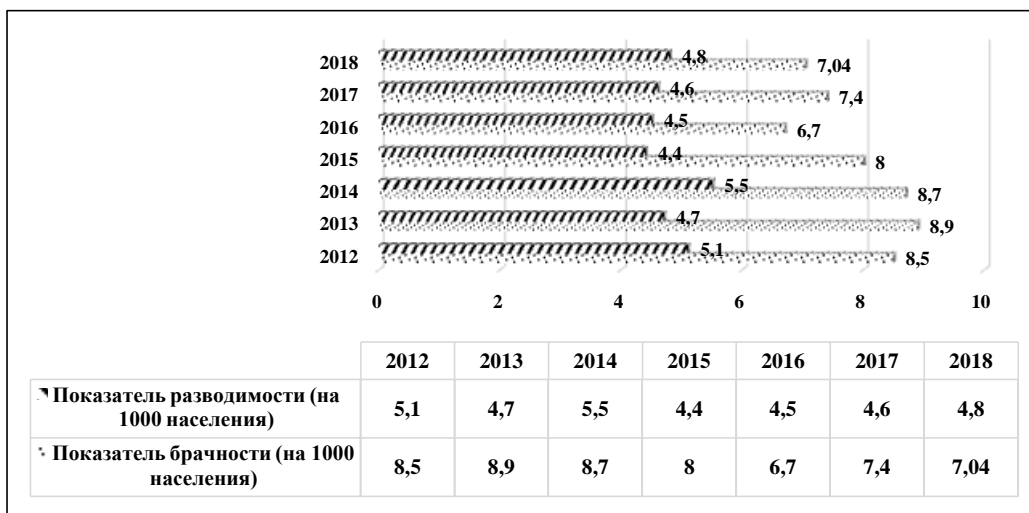
ANOVA						
	Кластеризовать		Ошибка		F	Знач. P
	Средний квадрат	ст. св.	Средний квадрат	ст. св.		
Возраст	258,101	1	2,542	193	101,528	0,000
Уровень образования	1,675	1	0,844	193	1,984	0,161
Социальное положение	138,400	1	2,561	193	54,050	0,000
Семейное положение	292,666	1	1,215	193	240,858	0,000
Место жительства	0,051	1	0,219	193	0,233	0,630
Жилищные условия	1,008	1	0,144	193	7,024	0,009
Уровень дохода	2,763	1	0,232	193	11,914	0,001
Состояние здоровья	2,942	1	1,010	193	2,912	0,090
Вредные привычки	0,029	1	1,002	193	0,029	0,864
Наблюдение у гинеколога	0,033	1	0,215	193	0,152	0,697
Наличие гинекологических заболеваний	30,825	1	0,370	193	83,249	0,000
Контрацепция	0,794	1	0,243	193	3,268	0,072
Наличие беременностей	0,826	1	0,259	193	3,188	0,076
Беременности закончившиеся родами	1,427	1	0,836	193	1,708	0,193
Прегравидарная подготовка	32,589	1	0,299	193	109,008	0,000
Посещение школ в ЖК	51,270	1	0,332	193	154,410	0,000
Ценностные установки	67,053	1	0,370	193	181,439	0,000



Таким образом, по результатам проведенного дисперсионного анализа установлены социальные детерминанты, достоверно значимо влияющие на репродуктивное поведение населения фертильного возраста, такие, как: семейное и социальное положения, уровень материального благосостояния, ценностные ориентиры семьи.

По результатам кластерного анализа сформирована целевая группа респондентов, характеризующаяся низким уровнем репродуктивных установок, нуждающаяся в адресной работе со стороны организаций медицинского и социального профилей.

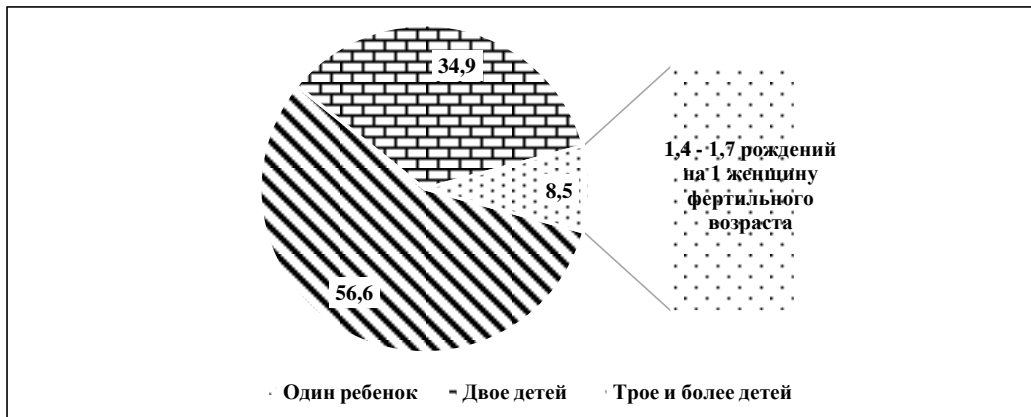
При оценке показателей, характеризующих эффективность семейной политики в Забайкальском крае, за период с 2012 по 2018 годы установлено, что общий коэффициент брачности снизился на 22,4% (с 8,5 на 1000 населения в 2012 г. до 6,6 на 1000 населения в 2018 г.), в сравнении с общероссийским показателем ниже на 7,04% (в 2017 г. 7,1 на 1000 населения), общий коэффициент разводимости снизился на 5,8% (с 5,1 на 1000 населения в 2012 г. до 4,8 на 1000 населения в 2018 г.), в сравнении с аналогичным показателем по России выше на 14,3% (в 2017 г. 4,2 на 1000 населения) (рисунок 5.1).



**Рисунок 5.1.** Динамика изменения коэффициентов брачности и разводимости на территории Забайкальского края за период с 2012 по 2018 гг. (на 1000 населения)

Представленные данные свидетельствуют об изменении ценностных установок населения в отношении института семьи.

Структура семейной ячейки (семейного домохозяйства) в регионе, в зависимости от числа несовершеннолетних детей, за изучаемый период не изменяется и соответствует общероссийским показателям: супружеские пары в 56,6% имеют одного ребенка, в 34,9% - двух детей, в 8,5% - трех и более несовершеннолетних детей. Полученные значения находятся в пределах значительно меньших, чем требуется для замещения поколений: в среднем на одну женщину фертильного возраста приходится 1,4 рождений, что характеризует резко суженый характер воспроизводства населения (рисунок 5.2).



**Рисунок 5.2.** Структура семейного домохозяйства в Забайкальском крае (%)

Таким образом, сопоставление объективных показателей, характеризующих семейную политику детствосбережения в регионе с субъективными критериями репродуктивного поведения общества, позволило комплексно представить особенности репродуктивного потенциала населения.

Устойчивое развитие репродуктивного потенциала в Забайкальском крае, в условиях напряженной реализации популяционных процессов, возможно при воздействии на управляемые компоненты путем проведения мероприятий, направленных на улучшение социальной защищенности граждан и изменение

репродуктивного поведения населения за счет усиления ценностных ориентиров на укрепление института брака и семьи.

## **5.2 Социально-гигиеническая оценка семей из группы социального риска на региональном уровне**

Проблемы современного общества – потеря ценностных ориентиров, изменение аксиологических установок, приводят к кризису семьи и актуализируют значимость феномена «неблагополучная семья».

Социально-гигиеническая оценка стратификационной характеристики семей из группы социального риска (социально неблагополучных) на региональном уровне проведена на базе государственных учреждений здравоохранения, подведомственных Министерству здравоохранения Забайкальского края.

В исследование вошли семьи, состоящие на учете у специалиста по социальной работе в медицинской организации, оказывающей ПМСП детям, как социально неблагополучные.

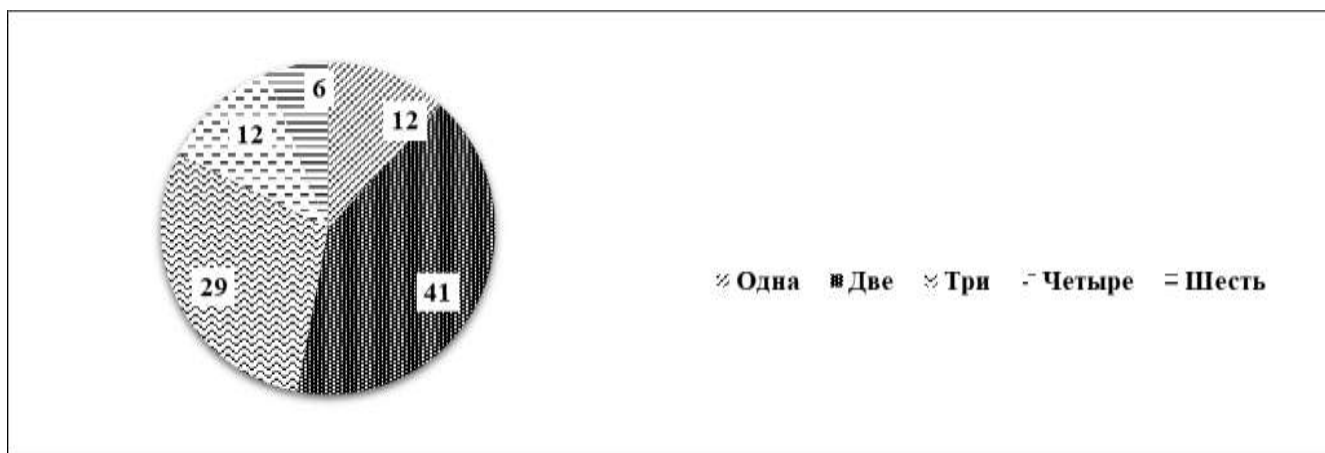
Неблагополучная семья – это семья с низким социальным статусом, не справляющаяся с возложенными на нее функциями в какой-либо из сфер жизнедеятельности или нескольких одновременно.

По результатам анализа социальных детерминант, определяющих характеристику неблагополучных семей, имеющих детей раннего возраста, сформирован их социальный портрет, который представлен: преимущественно молодым возрастом семейной пары ( $M=29\pm 1,5$ ), наличием среднего образования (75% [95% ДИ 67,4% - 82,6%]), отсутствием трудоустройства (90,6% [95% ДИ 85,4% - 95,8%]). Уровень материального благосостояния в 100% случаев ниже прожиточного минимума, что свидетельствует о малообеспеченности и низком социальном статусе данных семей. При оценке семейного положения установлено: 82,4% [95% ДИ 74,2% - 90,6%] респондентов проживают в фактическом (незарегистрированном) браке, что отражает современную тенденцию изменения модели брачных отношений среди молодежи. Жилищно-

бытовые условия 62,5% [95% ДИ 54,2% - 71,1%] семей оценены как неудовлетворительные (неблагоустроенное жилье). В представленных условиях отсутствует возможность для полноценного психо-физического развития ребенка.

При изучении критериев, определяющих состояние здоровья матери и ребенка, установлено, что большинство родителей отмечают наличие вредных привычек (71,8% [95% ДИ 63,9% - 79,7%] случаев), при этом, 52,2% [95% ДИ 43,7%- 60,7%] респондентов страдают от никотиновой зависимости, 34,8% [95% ДИ 26,6%-43%] – от сочетания факторов – употребления никотина и алкогольсодержащих продуктов, 8% [95% ДИ 3,8% - 12,2%] – от изолированного употребления алкоголя.

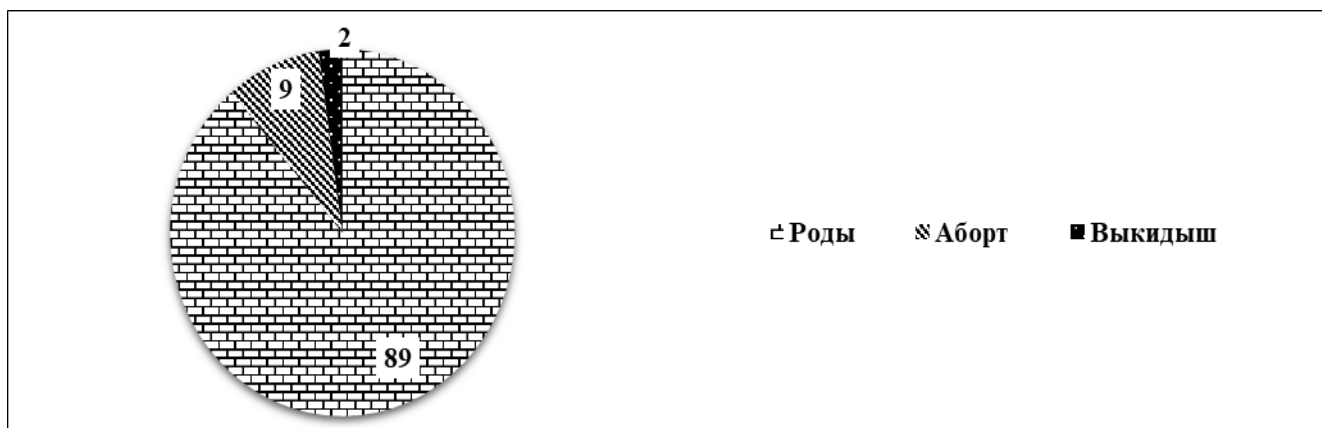
При оценке паритета беременностей женщин из социально неблагополучных семей выявлено: у 41,2% [95% ДИ 32,8% - 49,6%] респондентов в анамнезе зарегистрированы 2 беременности, у 47,1% [95% ДИ 40,8% - 53,6%] – 3 и более беременности, что свидетельствует о низкой информированности населения в вопросах контрацепции (рисунок 5.3).



**Рисунок 5.3.** Паритет беременностей женщин в социально неблагополучных семьях (%)

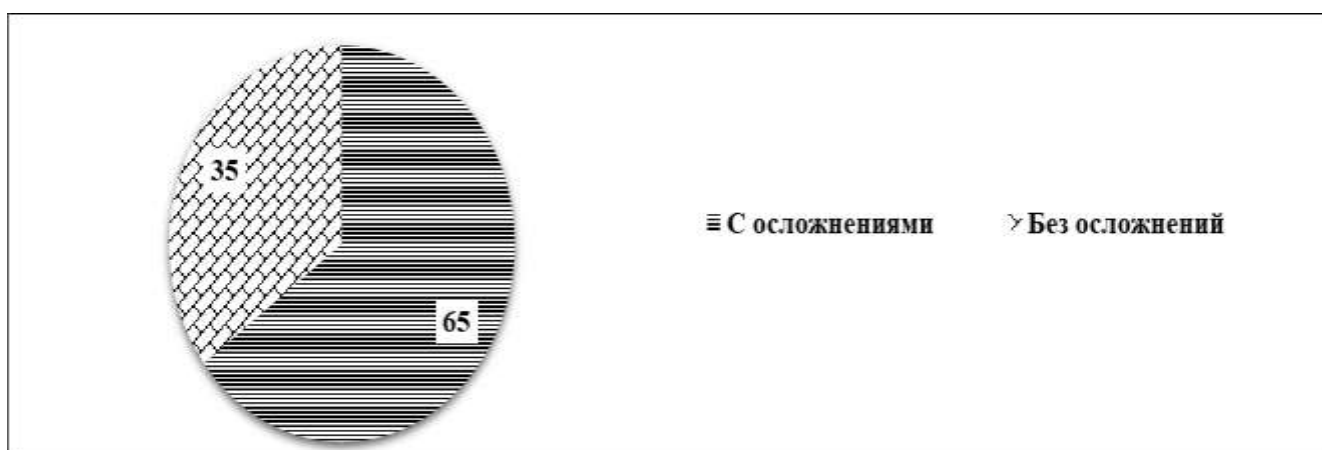
Несмотря на достаточно сложные социально-экономические условия жизни данных семей, у 89% [95% ДИ 83,7% - 94,7%] женщин наступившие беременности закончились родами (рисунок 5.4). С учетом действующей социальной политики в государстве, направленной на увеличение рождаемости

путем экономического стимулирования, можно сделать вывод, что семьи, таким образом, улучшают свой уровень материального благосостояния.



**Рисунок 5.4.** Исходы беременностей женщин в социально неблагополучных семьях (%)

Необходимо отметить, что течение беременностей в 65% [95% ДИ 59,2% - 70,8%] случаев протекало с осложнениями (рисунок 5.5), в структуре которых на долю инфекций, передаваемых половым путем, приходилось до 41,2% [95% ДИ 32,8% - 50,2%], что указывает на управляемый характер причинных факторов (рисунок 5.6).



**Рисунок 5.5.** Течение беременностей у женщин из социально неблагополучных семей (%)

По результатам оценки медицинской и профилактической активности женщин, в части своевременного посещения необходимых специалистов в

женской консультации, отмечено, что 40,5% [95% ДИ 33,2% - 47,8%] беременных регулярно не наблюдались.



**Рисунок 5.6.** Структура осложнений беременностей у женщин из социально неблагополучных семей (%)

Неудовлетворительная характеристика представленных факторов негативно отражается на степени и направленности антенатального риска плода. Так, в 100% случаев отмечается риск развития патологии центральной нервной системы, в 66,6% [95% ДИ 61,0% - 72,2%] – риск развития врожденных пороков органов и систем, 63,6% [95% ДИ 58,1% - 69,2%] входят в группу социального риска, 50% [95% ДИ 44,4% - 55,6%] – по развитию трофических нарушений и эндокринопатии (рисунок 5.7). Указанные риски развития патологии плода обуславливают наличие у новорожденных детей определенных проблем со здоровьем.

**Таблица 5.5**

Направленность антенатального риска у детей в социально неблагополучных семьях (%)

№ п/п	Антенатальный риск	Р, %	Ранг
1	Патология центральной нервной системы	100	1
2	Врожденные аномалии развития (пороки)	66,6	2
3	Социальный риск	66,6	2
4	Эндокринопатии	50	3
5	Внутриутробное инфицирование	41,6	4
6	Наследственные заболевания	8,3	5

С целью снижения развития антенатального риска у плода медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь женскому и детскому населению (детские поликлиники и женские консультации) осуществляют проведение дородовых патронажей. Ретроспективная оценка эффективности реализации данных мероприятий среди женщин из группы риска по социальным факторам (социально неблагополучные семьи) показала, что дородовой патронаж был проведен лишь в 29% [95% ДИ 21,3% - 36,7%] случаев, из которых на долю первичного патронажа приходилось 80% [95% ДИ 67,9% - 92,1%], а на вторичный – 20% [95% ДИ 13,6% - 26,4%], что указывает на низкую обращаемость населения за медицинской помощью и недостаточную результативность взаимодействия женской консультации и педиатрической службы, что в последствии оказывает негативное влияние на здоровье детей.

Таким образом, установленная характеристика социально неблагополучных семей на региональном уровне позволила выявить социальные детерминанты, негативно влияющие на состояние здоровья несовершеннолетних. Эффективная междисциплинарная и межведомственная работа с данной группой населения позволит снизить риски наступления неблагоприятных последствий для детей, воспитывающихся в социально неблагополучных семьях.

### **5.3 Оценка правовой функциональной грамотности населения региона по вопросам реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья**

Уровень правовой информированности семьи, а именно законных представителей ребенка, отражает степень правовой защищённости воспитывающихся в семье несовершеннолетних детей.

На территории Забайкальского края проведено социально-гигиеническое исследование, направленное на оценку уровня правовой функциональной грамотности населения в вопросах реализации прав несовершеннолетних в области охраны здоровья [145].

По результатам исследования сформирован социальный портрет респондентов, который представлен преимущественно женским населением

(76,1%), в возрастной группе от 21 до 30 лет (53,4% [95% ДИ 51,3% - 55,1%]), находящимся в зарегистрированном браке (66,3% [95% ДИ 64,1% - 68,2%]), имеющим официальное трудоустройство (66,5% [95% ДИ 64,2% - 68,2%]). Уровень материального благосостояния у трети респондентов (33,7% [95% ДИ 30,3% - 35,8%]) низкий: доход на одного члена семьи ниже прожиточного минимума.

При оценке информированности населения о законодательных нормах, регламентирующих права детей, установлено, что гражданам знакомы следующие нормативно-правовые акты: ФЗ от 29.12.1995 г. №223-ФЗ (ред. от 01.05.2017 г.) «Семейный кодекс Российской Федерации» (65,8% [95% ДИ 62,9% - 69,1%]), «Конвенция о правах ребенка» (одобренная Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989 г.) (53,9% [95% ДИ 51,2% - 56,1%]), «Конституция Российской Федерации» (53,1% [95% ДИ 50,8% - 55,6%]), «Декларация прав ребенка» (48,0% [95% ДИ 45,5% - 50,3%]). Данный факт можно связать с тем, что представленные законодательные нормы являются базовыми и публично применяются во многих сферах деятельности.

Нормативные акты, регламентирующие основные гарантии и законные интересы ребенка, предусмотренные Конституцией Российской Федерации – ФЗ от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ (ред. от 28.11.2015 г.) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» и ФЗ от 24.06.1999 г. №120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», отметили 44,3% [95% ДИ 41,8% - 47,6%] и 25,8% [95% ДИ 21,6% - 29,1%] респондентов соответственно, что свидетельствует об ограниченном понимании данного вопроса и низкой степени информированности граждан в реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья (таблица 5.6).

В качестве источников получения информации о действующем законодательстве в сфере охраны здоровья детского населения респонденты выделили: средства массовой информации (58,2% [95% ДИ 55,6% - 60,6%]), образовательные учреждения (40,0% [95% ДИ 37,2% - 42,3%]), информирование



от иных лиц (родственников, коллег и знакомых) (13,6% [95% ДИ 10,6% - 16,2%]).

**Таблица 5.6**

**Уровень информированности граждан о нормативно-правовой базе,  
регламентирующей права несовершеннолетних**

Нормативно-правовые акты, регламентирующие права несовершеннолетних	Уровень на 100 опрошенных, Р % [95% ДИ]	Ранг
ФЗ от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ (ред. от 01.05.2017 г.) «Семейный кодекс Российской Федерации»	65,8% [95% ДИ 62,9% - 69,1%]	1
«Конвенция о правах ребенка» (одобренная Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989 г.)	53,9% [95% ДИ 51,2% - 56,1%]	2
«Конституция Российской Федерации»	53,1% [95% ДИ 50,8% - 55,6%]	3
«Декларация прав ребенка» ООН, 1959 г.	48,0% [95% ДИ 45,5% - 50,3%]	4
«Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей», ООН, 1990 г.	27,1% [95% ДИ 25,0% - 29,2%]	6
Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 124-ФЗ (ред. от 28.11.2015 г.) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»	44,3% [95% ДИ 41,8% - 47,6%]	5
Федеральный закон от 24.06.1999 г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»	25,8% [95% ДИ 21,6% - 29,1%]	7
Уголовный кодекс	12,9% [95% ДИ 11,3% - 14,5%]	8

При анализе информированности граждан о реализации в Российской Федерации политики ювенальной юстиции выявлено, что половина опрошенных не имеет представления о данной дефиниции (52,6% [95% ДИ 20,1% - 54,3%]). Полученные результаты отражают низкую ориентированность граждан в реализации прав несовершеннолетних, так как вопрос принятия ювенальной юстиции в нашей стране широко обсуждался общественностью и поднимался на

различных уровнях государственной власти, с использованием различных информационно-коммуникационных технологий.

При оценке блока вопросов, характеризующих уровень информированности населения о нормах «Семейного кодекса Российской Федерации», установлено, что абсолютное большинство респондентов (94,1% [95% ДИ 93,0% - 95,3%]) считают обязательным воспитывать ребенка в любви и заботе, уважая его человеческое достоинство. 83,1% [95% ДИ 81,3% - 84,9%] респондентов считают, что законные представители ребенка должны реализовывать свои права путем обеспечения интересов несовершеннолетних (83,1% [95% ДИ 81,3% - 83,2%]). Общий уровень грамотности населения в вопросах семейного права составил 49,1% [95% ДИ 46,6 – 49,1%]. Полученный результат можно объяснить тем, что подходы и формы к воспитанию детей в семье складываются в соответствии с традиционными и религиозными особенностями, и население не имеет мотивации подтверждать сложившиеся семейные устои законодательными нормами.

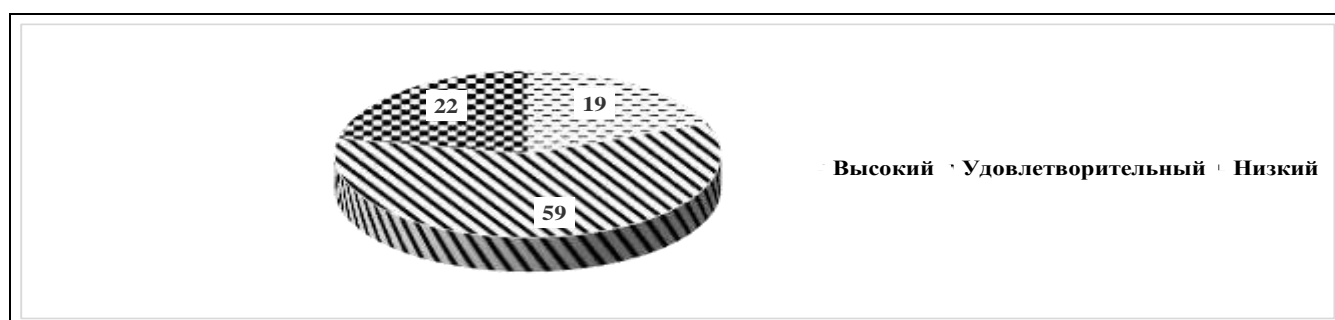
При анализе блока вопросов, посвященному реализации прав граждан в области охраны здоровья, установлено, что законные представители ребенка проинформированы о праве получения информированного добровольного согласия/отказа на медицинское вмешательство (ИДС), при этом только 60,9% [95% ДИ 59,6% - 63,3%] опрошенных правильно указали возрастной ценз ребенка, до достижения которого ИДС на медицинское вмешательство должны предоставлять законные представители несовершеннолетнего (15 лет, если ребенок наркозависим - 16 лет). 66,8% [95% ДИ 64,5% - 69,1%] респондентов осведомлены о том, что медицинская организация имеет право обжаловать решение законных представителей несовершеннолетнего в отказе на ИДС на медицинское вмешательство в судебном порядке, действуя в интересах ребенка. Общий уровень информированности респондентов об отдельных нормах ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» составил 19,6% [95% ДИ 17,4% - 21,5%]. Данный факт свидетельствует о недостаточной компетентности населения в вопросах

реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, что обуславливает риск нарушения механизма их исполнения.

При анализе блока вопросов, характеризующих работу медицинских организаций с социально неблагополучными и социально уязвимыми семьями (в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Забайкальского края от 16.08.2012 г. №374 «Об организации работы медицинских учреждений с социально неблагополучными и социально уязвимыми семьями на территории Забайкальского края»), выявлено, что 40,3% [95% ДИ 36,9% - 42,7%] респондентов осведомлены о наличии и функциях специалиста по социальной работе в детской поликлинике. Данную информацию большинство респондентов получили в ходе анкетирования (57,8% [95% ДИ 55,4% - 60,2%]). При оценке критериев, которые, по мнению респондентов, могут выступать факторами риска социального неблагополучия семьи, выступили: неудовлетворительные материально-бытовые условия (50,0% [95% ДИ 47,5% - 52,5%]), жестокое обращение с ребенком (75,9% [95% ДИ 73,8% - 78,0%]), неудовлетворительный уход за ребенком (70,4% [95% ДИ 68,1% - 72,7%]), девиантное поведение родителей – употребление алкогольсодержащих и наркотических веществ (91,2% [95% ДИ 89,8% - 92,6%]). В качестве органов государственной власти, ответственных за соблюдение прав несовершеннолетних, большинство опрошенных отметили органы социальной защиты населения – органы опеки и попечительства (85,2% [95% ДИ 83,5% - 86,9%]).

При оценке последствий несоблюдения законными представителями несовершеннолетних прав и интересов ребенка, в том числе в сфере охраны здоровья, абсолютное большинство респондентов (100%) отметили возможность наступления юридической ответственности (уголовной, административной, гражданско-правовой). Однако, при изучении объема соблюдения прав несовершеннолетних выяснено, что только 64,3% [95% ДИ 60,9% - 66,6%] опрошенных указали полное соблюдение законодательства в сфере защиты прав несовершеннолетних.

При оценке правовой функциональной грамотности населения по вопросам реализации прав несовершеннолетних, в том числе в сфере охраны здоровья, установлено, что высокий уровень отмечен у 19% [95% ДИ 17,1% - 20,9%] опрошенных, удовлетворительный уровень – у 59% [95% ДИ 56,6% - 61,4%] респондентов, неудовлетворительный – в 22% [95% ДИ 20,0% - 24,0%] случаев, что обуславливает недостаточный уровень реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья (рисунок 5.7).



**Рисунок 5.7.** Оценка правовой функциональной грамотности населения (%)

Учитывая недостаточный уровень правовой информированности населения в вопросах реализации прав несовершеннолетних, в том числе в сфере охраны здоровья (рисунок 5.8), 79,5% [95% ДИ 77,6% - 81,4%] респондентов считают необходимым повышать свой уровень правовой компетентности.



**Рисунок 5.8.** Уровень осведомленности граждан о нормативно-правовых актах в сфере реализации прав несовершеннолетних (%)

Для изучения влияния социальных детерминант на уровень правовой информированности населения применена методика кластерного анализа с использованием однофакторного дисперсионного анализа с выделением факторных (социальный статус, семейное положение, уровень благосостояния) и результирующего (уровень правовой грамотности) признаков.

По результатам анализа респонденты (n=410) распределены в три кластера в зависимости от уровня правовой грамотности (таблица 5.7). Первый кластер представлен (n=250) преимущественно молодыми женщинами в возрасте от 21 до 30 лет, состоящими в браке, работающими, имеющими достаточный уровень материального благосостояния. Во второй кластер вошли (n=62) женщины и мужчины в возрасте от 41 до 50 лет, семейное положение – не женат/не замужем, трудоустроенные, с высоким уровнем дохода. Третий кластер состоит (n=98) также из молодых женщин в возрасте от 21 до 30 лет, не состоящих в браке, не трудоустроенных, имеющих низкий уровень материального благосостояния.

Таблица 5.7

## Распределение респондентов по кластерам

Критерии	Конечные центры кластеров		
	Кластер		
	1	2	3
Уровень правовой информированности	Высокий	Удовлетворительный	Низкий
Материальное положение	Выше прожиточного минимума на одного члена семьи	Выше прожиточного минимума на одного члена семьи	Ниже прожиточного минимума на одного члена семьи
Жилищные условия	Благоустроенные	Благоустроенные	Благоустроенные
Социальный статус	Трудоустроены	Трудоустроены	Не трудоустроены
Семейное положение	Замужем/женат	Не замужем/ не женат	Не замужем/ не женат
Возраст	21-30 лет	41-50 лет	21-30 лет

На основе данных дисперсионного анализа выявлены статистически значимые межгрупповые различия факторов, оказывающие влияние на уровень

правовой грамотности населения. В качестве значимых дискриминант выделены: семейное положение ( $F=13621$ ,  $p<0,001$ ), социальный статус респондентов ( $F=380,57$ ,  $p<0,001$ ), уровень материального благосостояния ( $F=17,108$ ,  $p<0,001$ ), возраст респондентов ( $F=187,54$ ,  $p<0,001$ ) (таблица 5.8).

Таблица 5.8

## Однофакторный дисперсионный анализ

ANOVA						
Критерии	Кластер		Ошибка		F	p
	Средний квадрат	ст. св.	Средний квадрат	ст. св.		
Материальное положение	3,553	2	0,208	406	17,108	0,000
Жилищные условия	0,379	2	0,106	406	3,568	0,029
Социальный статус	86,396	2	0,227	406	380,575	0,000
Семейное положение	6,398	2	0,470	406	13,621	0,000
Возраст	66,813	2	0,356	406	187,545	0,000

Установленные социальные детерминанты правовой функциональной грамотности населения позволили выделить группу респондентов, которая выступает «несостоятельной» в вопросах реализации прав несовершеннолетних, в том числе в сфере охраны здоровья, и требует повышенного внимания со стороны органов социальной защиты и практического здравоохранения. Представленные в исследовании детерминанты обуславливают уровень социализации семьи и являются относительно управляемыми компонентами.

Таким образом, уровень правовой функциональной грамотности населения может рассматриваться с позиции прикладного компонента. Исполнение законодательно установленных правовых норм в отношении реализации прав несовершеннолетних, в том числе в сфере охраны здоровья, возможно при наличии у населения достаточного уровня правовой компетентности, а также способности применять имеющуюся теоретическую базу при решении конкретных практических задач, в том числе в процессе получения медицинской помощи.

Низкий уровень правовой функциональной грамотности населения может обуславливать потенциальную незащищённость несовершеннолетних при реализации их прав в сфере охраны здоровья.

#### **5.4 Оценка правовой информированности специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению**

Степень обеспечения прав граждан в области охраны здоровья зависит от механизма их исполнения и модели правового поведения специалистов, оказывающих медицинскую помощь.

Изучение правовой информированности специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению на уровне региона, позволило определить модель их правового поведения в вопросах реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья.

По результатам проведения социально-гигиенического исследования сформирован социальный портрет респондентов, который представлен преимущественно женским населением - 95,9% [95% ДИ 90,4% - 100%], в возрасте старше 40 лет - 44,9% [95% ДИ 39,5% - 50,3%], со стажем работы - 20 лет и более - 55,1% [95% ДИ 50,8% - 61,4%], не имеющим квалификационную категорию - 59,2% [95% ДИ 55,4% - 64,9%].

Для определения модели правового поведения, респондентам предложен ряд вопросов, позволяющих оценить их уровень правовой информированности в части реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья.

При изучении правовой информированности специалистов (врачей – педиатров участковых) установлено, что большинство опрошенных отмечают полную регламентации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья в законодательстве Российской Федерации (75,5% [95% ДИ 70,9% - 81,3%]). При этом лишь 36,7% [95% ДИ 33,5% - 40,1%] респондентов указало правильно все нормативно-правовые акты, регламентирующие данные права, что может свидетельствовать о нарушении механизмов их исполнения при оказании медицинской помощи.

При оценке знаний специалистов отдельных норм ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлено, что треть опрошенных неправильно реализуют порядок получения информированного добровольного согласия/отказа на медицинское вмешательство (30,2% [95% ДИ 27,2% - 32,6%]), что ограничивает право ребенка на получение медицинской помощи.

При изучении информированности врачей–педиатров участковых о нормах регионального законодательства – Приказа Министерства здравоохранения Забайкальского края от 16.08.2012 г. №374 «Об организации работы медицинских учреждений с социально неблагополучными и социально уязвимыми семьями на территории Забайкальского края», выявлено, что абсолютное большинство специалистов осуществляют профессиональную деятельность в соответствии с данным нормативно-правовым актом (98% [95% ДИ 97,6% - 99,9%]), при этом отмечено, что треть опрошенных не компетентны относительно функций врача-педиатра участкового при осуществлении работы с детьми из группы социального риска и тактики ведения данных категорий детского населения (27,3% [95% ДИ 23,3% - 31,4%]). Недостаточный уровень правовой информированности специалистов, работающих с детьми из группы высокого социального риска, негативно отражается на результативности междисциплинарного и межведомственного взаимодействия при оказании медико-социальной помощи.

По результатам проведенного социально-гигиенического исследования установлен низкий уровень правовой информированности специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению (14,3% [95% ДИ 11,3% - 16,3%]) (рисунок 5.9), что может свидетельствовать о преобладании среди врачей нормативной модели правового поведения.

Абсолютное большинство специалистов отмечают доступность получения информации о нормативно-правом обеспечении в сфере охраны здоровья детского населения, однако, не считают необходимым повышать свой уровень знаний.





**Рисунок 5.9.** Уровень правовой информированности специалистов, оказывающих ПМСП детскому населению (%)

При изучении влияния отдельных профессиональных характеристик специалистов на уровень правовой грамотности выявлено, что более высокий стаж работы – более 20 лет ( $RR=1,5$ ,  $\chi^2=6,125$ ), относительно специалистов со стажем работы до 5 лет ( $RR=0,8$ ,  $\chi^2=0,856$ ) – выступает фактором риска правовой информированности врачей.

Таким образом, по результатам исследования установлен недостаточный уровень правовой компетентности специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению, что является фактором риска нарушения прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья.

### *Резюме*

Уровень правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм выступает одним из условий эффективной реализации прав детского населения, в том числе в сфере охраны здоровья.

Низкий уровень правовой функциональной грамотности населения Забайкальского края обусловлен ограниченной информированностью граждан о законодательных актах, составляющих нормативно-правовую базу системы охраны детства и семьи как международного уровня, так и национального, низким уровнем осведомленности населения об основных нормах ФЗ от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ (ред. от 01.05.2017 г.) «Семейный кодекс Российской Федерации»; недостаточным уровнем знаний вопросов в сфере

защиты прав детей в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Неудовлетворительная правовая компетентность населения по вопросам реализации прав несовершеннолетних, в том числе в сфере охраны здоровья, определяет потенциальную незащищенность детского населения.

Недостаточный уровень правовой информированности специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям, негативно отражается на механизмах реализации прав несовершеннолетних при получении медицинской помощи, а также алгоритме междисциплинарного и межведомственного взаимодействия при организации медико-социального сопровождения детей из групп высокого социального риска.

Низкий уровень правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм актуализирует необходимость разработки и внедрения в образовательный процесс модуля о правах несовершеннолетних в сфере охраны здоровья.

## ГЛАВА 6. ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ НА УРОВНЕ СУБЪЕКТА РФ

Организация медико-социального сопровождения детского населения из группы социального риска предполагает комплексную межведомственную работу, направленную на своевременное системное психолого-медико-социальное воздействие.

Социально-гигиеническое исследование по изучению вопросов организации медико-социальной помощи детскому населению на региональном уровне, позволило определить основные проблемы в системе оказания медицинской помощи детскому населению, ограничивающие ее результативность [146].

Исследование включало два этапа. На первом - проведен социологический опрос среди специалистов по социальной работе и медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению, посвященный изучению особенностей организации медико-социальной помощи несовершеннолетним, реализуемой на уровне амбулаторного звена.

На втором этапе – с применением экспертного метода выявлены проблемы в системе организации медицинской помощи детскому населению, ограничивающие результативность оказания медико-социальной помощи несовершеннолетним.

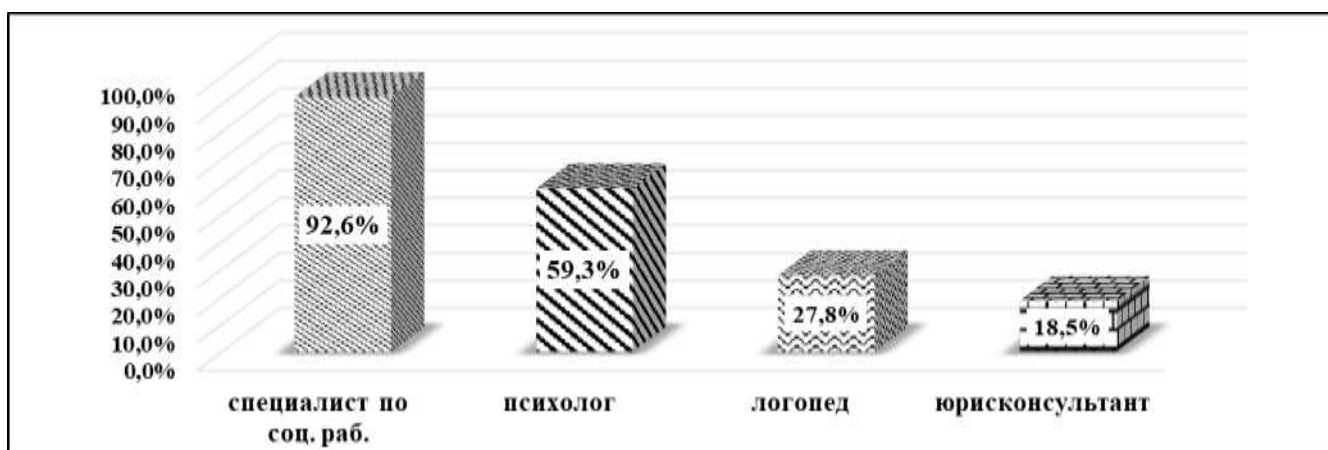
Результаты исследования позволили установить, что медико-социальную помощь детям из группы социального риска оказывают: специалисты по профилю «Педиатрия» – 95% [95% ДИ 92,1% - 97,5%] и специалисты по социальной работе – 5% [95% ДИ 1,3% - 8,7%], имеющие стаж работы свыше 10 лет – 44,5% [95% ДИ 41,2% - 47,7%], от 5 до 10 лет – 29,6% [95% ДИ 26,5% - 32,8%], до 5 лет – 25,9% [95% ДИ 20,2% - 30,6%]. Большинство опрошенных успешно прошли процедуру аттестации – 63% [95% ДИ 59,2% - 66,8%] респондентов. Высшая квалификационная категория присвоена 29,4% [95% ДИ 24,1% - 34,7%]

опрошенных, первая – 50,0% [95% ДИ 45,2% - 55,8%], вторая – 20,6% [95% ДИ 16,0% - 24,2%].

При изучении характеристики медико-социальной помощи получены следующие данные. Наибольший удельный вес опрошенных (74,1% [95% ДИ 69,4% - 80,8%]) понимают под медико-социальной помощью реализацию медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в том числе подросткового возраста, и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, на их социальную и правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни. Четверть опрошенных (25,9% [95% ДИ 20,5% - 31,2%]) указали, что медико-социальная помощь – это мультидисциплинарная профессиональная деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленная не только на восстановление, но и на сохранение и укрепление здоровья.

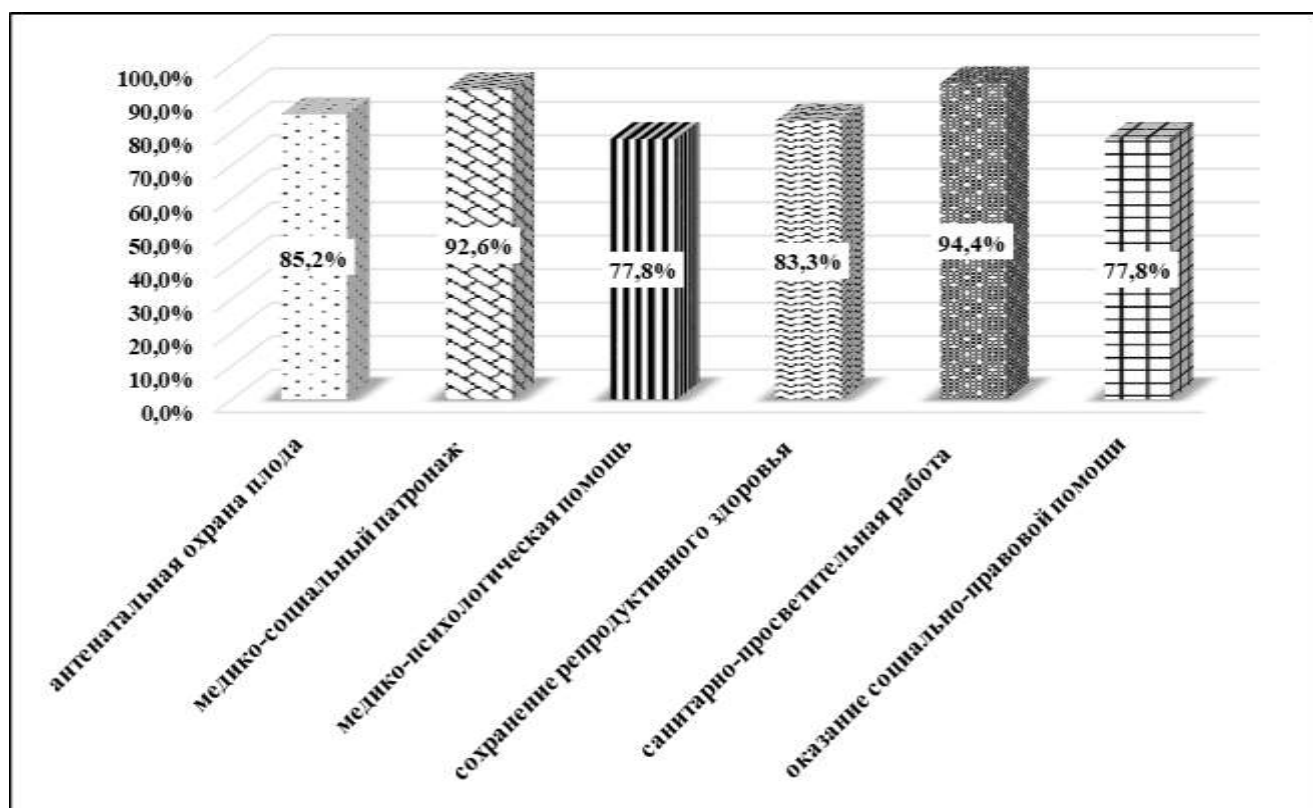
При изучении особенностей организации медико-социальной помощи несовершеннолетним на амбулаторном этапе установлено, что отделение (кабинет) медико-социальной помощи имеется не в каждом поликлиническом подразделении на территории Забайкальского края – 81,5% [95% ДИ 75,1% - 86,8%], что ограничивает доступность детей из группы социального риска в необходимом объеме помощи.

При анализе кадровых ресурсов отделений (кабинетов) медико-социальной помощи выявлено, что специалист по социальной работе имеется в большинстве поликлинических подразделений – 92,6% [95% ДИ 88,6% - 96,6%], узкие специалисты такие, как: психолог в 59,3% [95% ДИ 56,2% - 62,4%], логопед – в 27,8% [95% ДИ 23,8% - 31,7%], консультант по юридическим вопросам (юрисконсультант) – в 18,5% [95% ДИ 14,2% - 22,9%]. Представленная характеристика кадрового состава обуславливает недостаточную результативность медико-социальной помощи при работе с социально уязвимыми и социально неблагополучными семьями (рисунок 6.1).



**Рисунок 6.1.** Специалисты отделения (кабинета) медико-социальной помощи (%)

Оценка основных направлений, реализуемых специалистами при оказании медико-социальной помощи несовершеннолетним, позволила дать характеристику ее функциональному наполнению. В соответствии с действующей нормативно-правовой базой, медико-социальную помощь может получать детское население в возрасте до 18 лет, однако лишь 87,0% [95% ДИ 82,1% - 92,0%] респондентов учитывают данный возрастной ценз. В качестве основных задач медико-социальной помощи специалисты определили: антенатальную охрану плода (дородовый патронаж беременных) – 85,2% [95% ДИ 80,7% - 90,7%]; медико-социальный патронаж семьи, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке – 92,6% [95% ДИ 88,6% - 96,6%]; оказание медико-психологической помощи на основе индивидуального подхода, в том числе путем анонимного приема – 77,8% [95% ДИ 73,7% - 81,9%]; осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек/девушек и мальчиков/юношей – 83,3% [95% ДИ 79,4% - 86,3%]; индивидуальное, групповое и коллективное санитарно-гигиеническое обучение, пропаганду мер профилактики, направленных на формирование потребности в здоровом образе жизни – 94,4% [95% ДИ 90,3% - 98,6%]; оказание индивидуальной или опосредованной социально-правовой помощи детям, подросткам, семье по защите их прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством – 77,8% [95% ДИ 72,7% - 82,9%] (рисунок 6.2).



**Рисунок 6.2.** Основные задачи медико-социальной помощи детскому населению (%)

По результатам проведенной экспертной оценки выделены и проранжированы по степени значимости основные проблемы системы организации оказания медицинской помощи детскому населению, ограничивающие результативность оказания медико-социальной помощи несовершеннолетним. Наиболее значимыми проблемами определены: недостаточный уровень профессиональных знаний и умений специалистов, оказывающих медико-социальную помощь детскому населению (преимущественно у специалистов по социальной работе и врачей-педиатров участковых); низкая преемственность между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь детскому населению в вопросах оказания медико-социальной помощи (своевременное выявление и передача оперативной информации о семьях, находящихся в группах риска по социально уязвимому и социально неблагополучному статусу); низкая результативность межведомственного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей (медицинских организаций, органов социальной защиты населения,

комиссии по делам несовершеннолетних) в вопросах оказания медико-социальной помощи (оперативность проводимых мероприятий при выявлении социально уязвимых и социально неблагополучных семей, при выявлении ситуации, угрожающей жизни и здоровью ребенка); отсутствие единой информационной системы между организациями медицинского и социального профилей, позволяющей вести учет, оперативно передавать и отслеживать информацию, а также принимать решения по оказанию медико-социальной помощи семье, в которой находится ребенок; ограниченная доступность первичной медико-санитарной помощи детскому населению (низкая обращаемость населения в медицинские организации, дефицит врачебных кадров).

Степень согласованности мнения экспертов в выборе проблем оценивалась с помощью коэффициента конкордации ( $W$ ), значение которого составило 0,82, что свидетельствует о высокой степени согласованности. Достоверность полученных результатов подтверждена расчетным значением критерия хи-квадрата ( $\chi^2=147,6$  превышает его табличный вариант  $\chi^2 = 30,14$  ( $p<0,05$ )) (таблица 6.1).

Таблица 6.1

## Экспертная оценка медико-социальной помощи

ПРОБЛЕМНЫЕ ОБЛАСТИ	Ранг	W	$\chi^2$
Недостаточное нормативно-правовое регулирование вопросов организации и оказания медико-социальной помощи	10	0,82	147,6
Недостаточная обеспеченность медицинских организаций отделениями (кабинетами) медико-социальной помощи	9		
Недостаточное обеспечение медицинских организаций медицинскими и психолого-педагогическими кадрами	8		
Низкий социальный статус специалистов, оказывающих медико-социальную помощь	7		
Отсутствие специальной подготовки специалистов по вопросам оказания медико-социальной помощи детскому населению	6		
Недостаточный уровень профессиональных знаний и умений специалистов, оказывающих медико-социальную помощь детям	1		
Низкая преемственность между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь детскому населению	2		
Низкая эффективность межведомственного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей	3		
Ограниченная доступность ПМСП детскому населению	5		
Отсутствие единой информационной системы между организациями медицинского и социального профилей	4		

Таким образом, медико-социальная помощь, оказываемая несовершеннолетним детям из группы социального риска, является важным



направлением первичной медико-санитарной помощи, которое позволяет реализовать имеющиеся ресурсы здоровья детского населения.

Выявленные проблемы в системе организации медицинской помощи детскому населению, ограничивающие результативность оказания медико-социальной помощи, являются управляемыми и требуют совершенствования соответствующих организационных механизмов как на локальном (медицинская организация), так и на региональном (органы исполнительной власти субъекта РФ) уровнях.

### *Резюме*

Показатели, характеризующие политику детствосбережения в регионе, имеют негативную динамику, что ограничивает возможность реализации репродуктивного потенциала населения.

Установленные социальные детерминанты, влияющие на репродуктивные установки лиц фертильного возраста, формируются под воздействием средовых факторов и являются управляемыми, что позволяет совершенствовать меры, направленные на улучшение социальной защищенности граждан и изменение репродуктивного поведения населения.

Представленная характеристика медико-социальных детерминант социально неблагополучных семей на региональном уровне имеет негативную оценку. Высокая распространенность социальных факторов определяет необходимость формирования мероприятий, повышающих результативность медико-социального сопровождения детей из группы высокого социального риска и совершенствования междисциплинарного и межведомственного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей.

Основные направления медико-социальной помощи в регионе реализуются малоэффективно вследствие: недостаточного уровня правовой компетентности специалистов; низкой преемственности между организациями медицинского и социального профилей в вопросах оказания медико-социальной помощи; проблем межведомственного взаимодействия медицинских организаций с органами опеки

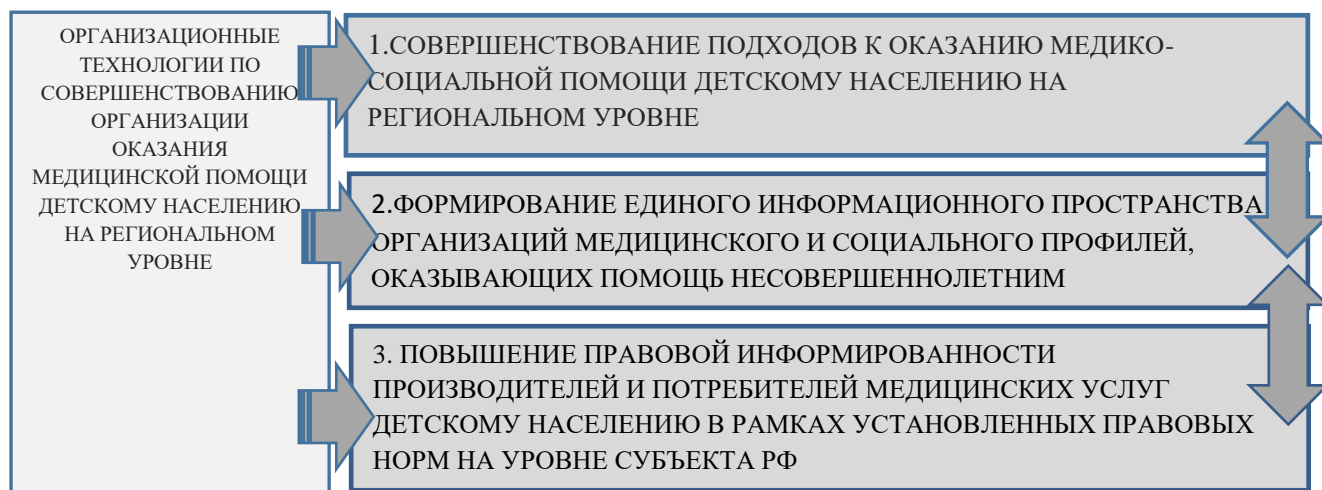
и попечительства и правоохранительными органами в вопросах медико-социального сопровождения; отсутствия единой информационной системы между организациями медицинского и социального профилей; ограниченной доступности первичной медико-санитарной помощи детскому населению.

Таким образом, совершенствование системы организации оказания медицинской помощи детскому населению, в части медико-социального сопровождения несовершеннолетних из группы социального риска, позволит своевременно выявлять и устранять негативное влияние социальных детерминант, что позволит реализовать потенциал здоровья несовершеннолетних.

## ГЛАВА 7. РАЗРАБОТКА И НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОПТИМАЛЬНЫХ ПУТЕЙ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕГИОНЕ НА ОСНОВЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ

Результаты проведенного диссертационного исследования позволили научно обосновать организационные технологии при оказании медицинской помощи детскому населению, направленные на сохранение здоровья несовершеннолетних.

Разработанные организационные технологии включают: совершенствование подходов к оказанию медико-социальной помощи детскому населению на региональном уровне; формирование единого информационного пространства организаций медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним; повышение правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм на уровне субъекта Российской Федерации (рисунок 7.1).



**Рисунок 7.1.** Направления совершенствования организации оказания медицинской помощи детскому населению

Организационные технологии сформированы на основе действующего законодательства в форме информационного, организационного и

образовательного модулей, каждый из которых имеет цель, задачи, перечень превентивных мероприятий (таблица 6.1).

Разработанные организационные технологии позволяют повысить результативность функционального взаимодействия участников системы оказания медицинской помощи несовершеннолетним.

Таблица 7.1

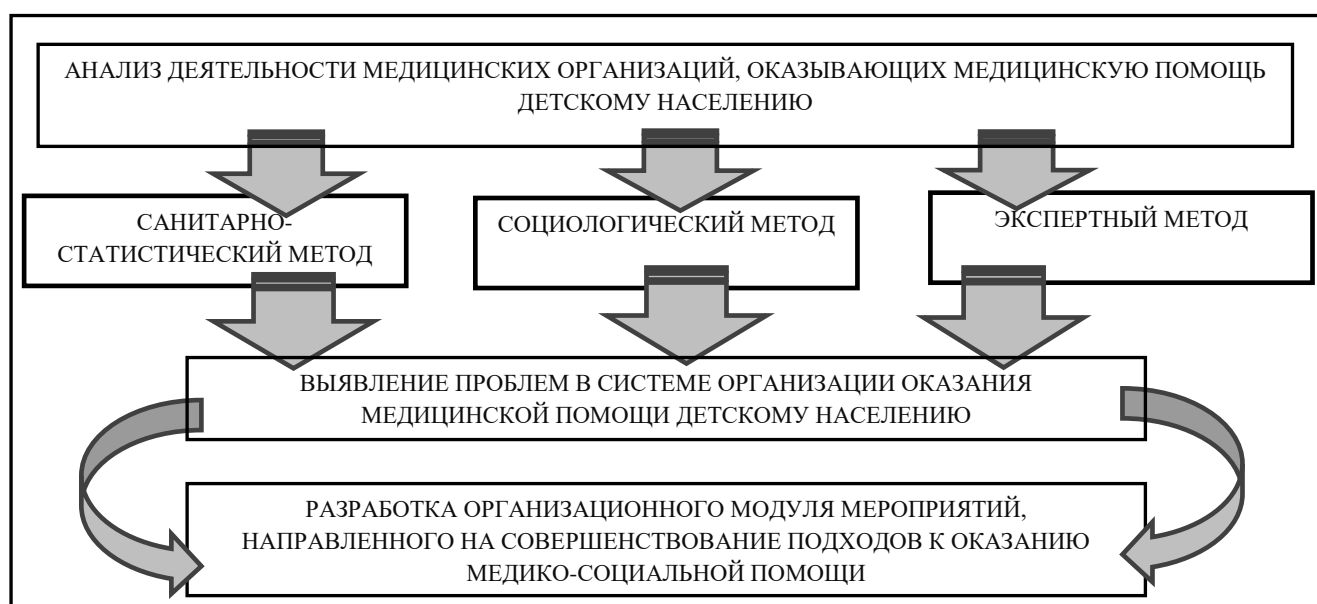
Организационные технологии по совершенствованию организации оказания медицинской помощи детскому населению  
на региональном уровне

МОДУЛЬ	НАПРАВЛЕНИЕ	МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ	ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
Организационный	Совершенствование подходов к оказанию медико-социальной помощи детскому населению на региональном уровне	Организация трехуровневой модели медико-социальной помощи на региональном уровне	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повышение уровня обращаемости детского населения за медицинской помощью</li> <li>2. Снижение уровня детской смертности от внешних причин</li> <li>3. Сохранение репродуктивного здоровья</li> </ol>
		Введение единого регистра учета социально неблагополучных семей, имеющих несовершеннолетних детей, проживающих на территории региона	
Информационный	Формирование единого информационного пространства организаций медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним	Формирование единой информационной системы организаций медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повышение результативности взаимодействия организаций медицинского и социального профилей</li> <li>2. Повышение удовлетворенности населения первичной медико-санитарной помощью детскому населению</li> <li>3. Повышение удовлетворенности населения информационным сопровождением пациентов</li> <li>4. Правовое информирование семьи</li> </ol>
		Формирование электронного кабинета «Личный кабинет несовершеннолетнего пациента»	
Образовательный	Повышение правовой информированности производителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм в вопросах реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья	Введение учебного модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» в структуру ОПОП по специальностям «Педиатрия», «Лечебное дело» (уровень специалитета), в структуру ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по специальности «Педиатрия», в программы ДПО по специальности «Педиатрия» на базах высших образовательных учреждений	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повышение уровня правовой информированности специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению</li> </ol>

## 7.1. Совершенствование подходов к оказанию медико-социальной помощи детскому населению на региональном уровне

Проведенное социально-гигиеническое исследование позволило установить негативную тенденцию изменения отдельных групп показателей здоровья детского населения Забайкальского края за период 2012-2018 гг.: рост уровня фетоинфантильных потерь; разнонаправленную динамику изменения показателей заболеваемости по обращаемости детей разных возрастных групп; увеличение уровня детской инвалидности. Сложившаяся в регионе ситуация обусловлена влиянием как сложноуправляемых социально-экономических детерминант, так и управляемых проблем в системе организации оказания медицинской помощи детям.

На основе статистического, социологического и экспертного методов анализа определены основные проблемы в системе оказания медицинской помощи несовершеннолетним (рисунок 7.2), для решения которых разработан организационный модуль мероприятия, направленный на совершенствование подходов к оказанию медико-социальной помощи детскому населению (таблица 7.2).



**Рисунок 7.2.** Организационная структура совершенствования подходов к оказанию медицинской помощи детскому населению на уровне субъекта РФ

Таблица 7.2

## Организационный модуль

МОДУЛЬ	ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ			
Направление	Совершенствование подходов к организации медико-социальной помощи детскому населению на региональном уровне			
Цель	Повышение результативности оказания медико-социальной помощи детскому населению			
Задачи	Организация трехуровневой системы медико-социальной помощи на региональном уровне			
	Формирование единого регистра учета и ведения социально неблагополучных семей, имеющих несовершеннолетних детей, проживающих на территории региона			
Участники	Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детскому населению	Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь женскому населению	Ведомственные службы, участвующие в оказании помощи несовершеннолетним	Законные представители ребенка

Негативное влияние социальных детерминант на здоровье детского населения обуславливает необходимость совершенствования организации оказания медико-социальной помощи семьям с несовершеннолетними детьми из группы социального риска учреждениями медицинского и социального профилей. Своевременное выявление, оперативная междисциплинарная, внутриведомственная и межведомственная деятельность в вопросах обеспечения маршрутизации детей, успешная реализация индивидуальных программ медико-социальной реабилитации несовершеннолетних из группы высокого социального риска позволят улучшить показатели здоровья детского населения.

Для повышения результативности мероприятий медико-социальной направленности, на территории региона необходимо внедрить трехуровневую систему медико-социальной помощи несовершеннолетним в соответствии с Письмом Минздрава России 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».

Для внедрения и реализации данной системы сформирована необходимая нормативно-правовая база. Совместно с органом исполнительной власти – Министерством здравоохранения Забайкальского края – подготовлен проект положения «Об организации трехуровневой системы медико-социального сопровождения детей из группы социального риска на территории Забайкальского края», учитывающего экономико-географические и медико-демографические особенности данного субъекта Российской Федерации.

Трехуровневая система медико-социального сопровождения несовершеннолетних детей из группы высокого социального риска включает:

I уровень – формирование на базе медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (доврачебную, врачебную, специализированную), а также специализированную медицинскую помощь, отделений (кабинетов) медико-социальной помощи. Номенклатура медицинских организаций, в которых будет реализовываться первый уровень, представлена: детскими поликлиниками, поликлиническими подразделениями, центральными районными больницами. В качестве специалистов, оказывающих медико-социальную помощь, выступают медицинские работники с высшим и средним профессиональным образованием, а также специалисты немедицинского профиля – специалист по социальной работе, юрист.

Неблагоприятные экономико-географические условия в регионе (большая протяженность территории, низкая плотность расселения населения, низкий уровень жизни) определяют пути совершенствования работы медико-социальных отделений (кабинетов), которые направлены на повышение доступности и преемственности работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, и включают:

➤ внедрение единой информационной системы, позволяющей медицинским организациям, реализующим мероприятия медико-социальной направленности, работать и взаимодействовать друг с другом в режиме «реального времени»;

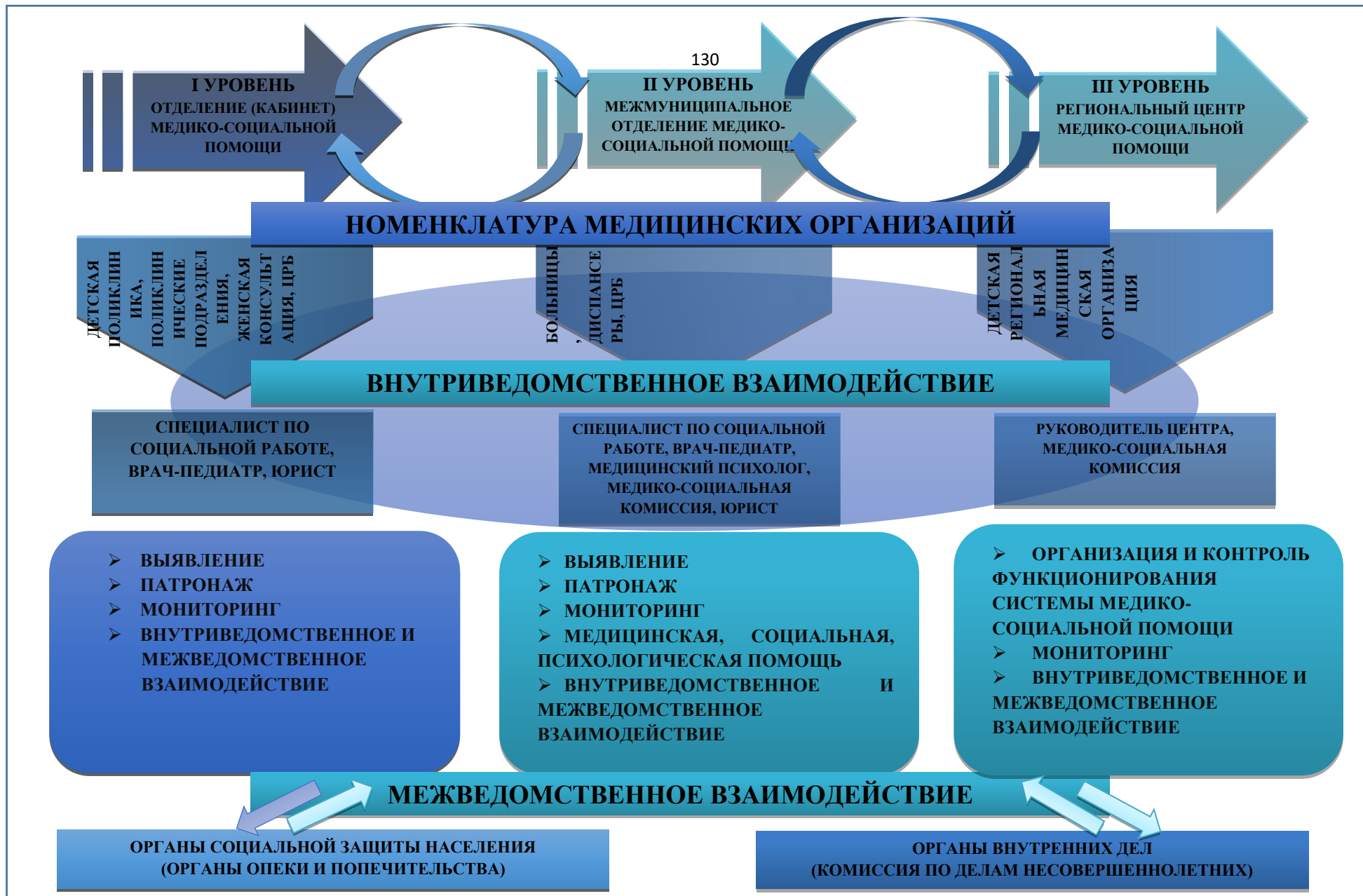


➤ организацию информационного сопровождения пациентов из группы социального риска.

II уровень оказания медико-социальной помощи предполагает организацию межмуниципальных отделений на базах медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в качестве которых выступают многопрофильные больницы, центральные районные больницы. Штат сотрудников представлен специалистами с высшим и средним медицинским образованием, специалистами по социальной работе, а также медицинским психологом, юристом. В полномочия отделения входят контрольно-надзорные функции в отношении нижестоящего уровня, а также оказание медицинской, психологической, социальной и правовой помощи детскому населению на основе индивидуального подхода и в соответствии с рекомендациями, сформированными на I уровне. Повышению результативности деятельности II уровня оказания медико-социальной помощи способствует междисциплинарная преемственность организаций медицинского профиля в рамках единой информационной системы.

III уровень медико-социальной помощи реализуется региональным центром, созданным на базе краевого учреждения здравоохранения, оказывающего специализированную медицинскую помощь детям. В функциональные обязанности данного структурного подразделения входят: анализ деятельности отделений I и II уровня, разработка организационно-методических рекомендаций по совершенствованию медико-социальной помощи на уровне региона, мониторинг показателей здоровья обслуживаемого контингента детского населения.

Рациональная организация и эффективная деятельность трехуровневой системы медико-социального сопровождения повысят доступность медицинской помощи и улучшат показатели здоровья детского населения за счет работы с социально уязвимыми и социально неблагополучными семьями (рисунок 7.3).



**Рисунок 7.3.** Трехуровневая система медико-социального сопровождения несовершеннолетних детей из группы высокого социального риска

С целью повышения результативности межведомственного взаимодействия учреждений, оказывающих медико-социальную помощь детскому населению из группы высокого социального риска, предложена форма единого регистра учета и ведения социально неблагополучных семей, имеющих несовершеннолетних детей, проживающих на территории региона (Приложение 9).

Таким образом, организационный модуль, направленный на совершенствование подходов к организации медико-социальной помощи детскому населению на региональном уровне, позволит повысить доступность и удовлетворенность населения медико-социальной помощью, а также предотвратить потери детского населения вследствие социальных факторов.

## **7.2 Формирование единого информационного пространства организаций медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним**

Информационный модуль направлен на формирование единого информационного пространства организаций медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним в регионе, и предусматривает повышение результативности межведомственного взаимодействия и преемственности работы учреждений (таблица 7.3).

Результаты социально-гигиенического исследования позволили представить характеристику проблем междисциплинарного и межведомственного взаимодействия медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, с органами социальной защиты и правоохранительными структурами (комиссией по делам несовершеннолетних).

Низкая преемственность между учреждениями здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь детскому населению, и недостаточная результативность межведомственного взаимодействия негативно отражаются на процессе выявления и передачи оперативной информации о семьях, находящихся в группах риска по социально уязвимому и социально неблагополучному статусу,

а также на своевременности проводимых мероприятий в семьях из группы высокого социального риска при ситуациях, угрожающих жизни и здоровью ребенка. Одним из ведущих факторов, обуславливающих имеющиеся проблемы, является отсутствие единой информационной системы между организациями медицинского и социального профилей, оказывающих медицинскую помощь несовершеннолетним, которая бы объединяла работу учреждений различной ведомственной принадлежности.

Таблица 7.3

## Информационный модуль

МОДУЛЬ	ИНФОРМАЦИОННЫЙ		
Направление	Формирование единого информационного пространства организаций медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним		
Цель	Повышение результативности междисциплинарного и межведомственного взаимодействия участников системы организации оказания медицинской помощи детскому населению		
Задачи	Формирование и внедрение единой информационной системы в организации медицинского и социального профилей, оказывающие медицинскую помощь несовершеннолетним		
	Внедрение в практическую деятельность электронного кабинета «Личный кабинет несовершеннолетнего пациента»		
Участники	Медицинские организации	Ведомственные службы системы охраны материнства и детства	Законные представители несовершеннолетних

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», приоритетным проектом «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий» разработка программного продукта, способного объединить деятельность структурных подразделений различных ведомств системы организации оказания помощи детскому населению, является актуальным направлением.

Программный продукт, способный удовлетворить запросы всех участников системы организации оказания помощи детскому населению, обеспечивает реализацию следующих направлений:

- возможность интеграции во внутреннюю информационную систему структурных подразделений организаций медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним;
- возможность ввода и мониторинга информации в непрерывном режиме каждым участником системы организации оказания медицинской помощи детскому населению;
- возможность оперативной передачи сведений о детях из группы высокого социального риска;
- возможность получения интегрированной оценки медико-социального статуса несовершеннолетнего по результатам мониторингования и анализа информации из различных ведомств;
- возможность формирования комплексной программы мероприятий медико-социального сопровождения несовершеннолетних;
- возможность создания дистанционных сервисов мониторинга состояния здоровья детей.

Разработка и внедрение программного продукта, отвечающего всем представленным требованиям, позволит получать максимально полную и достоверную информацию о ребенке (его семье, социально бытовых, экономических условиях пребывания), комплексно оценивать состояние его здоровья и факторы, негативно влияющие на него, а также формировать эффективную индивидуальную модель медико-социальной реабилитации в режиме «реального времени».

С целью повышения результативности междисциплинарного и внутриведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения системы организации оказания медицинской помощи детскому населению разработано положение о внедрении электронного кабинета «Личный кабинет несовершеннолетнего пациента» (далее Личный кабинет) (рисунок 7.4).

Положение о внедрении электронного кабинета «Личный кабинет несовершеннолетнего пациента» составлено в соответствии с федеральным

законодательством по обеспечению прав граждан на защиту персональных данных.



**Рисунок 7.4.** Организационная структура построения личного кабинета несовершеннолетнего пациента

Личный кабинет формируется на сайте медицинской организации и включает несколько структурных компонентов (информационных вкладок):

- Первый раздел – «Стратификационная характеристика семьи».
- Второй раздел – «Состояние здоровья ребенка».
- Третий раздел – «Рекомендации».
- Четвертый раздел – «Мероприятия».
- Пятый раздел – «Консультативная площадка».
- Шестой раздел – «Правовое информирование».

Информационное наполнение личного кабинета происходит поэтапно, с учетом преемственности работы медицинских организаций системы охраны материнства и детства: женская консультация – родильный дом – детская поликлиника. Доступ к данным личного кабинета имеют специалисты, оказывающие медицинскую помощь женскому и детскому населению,

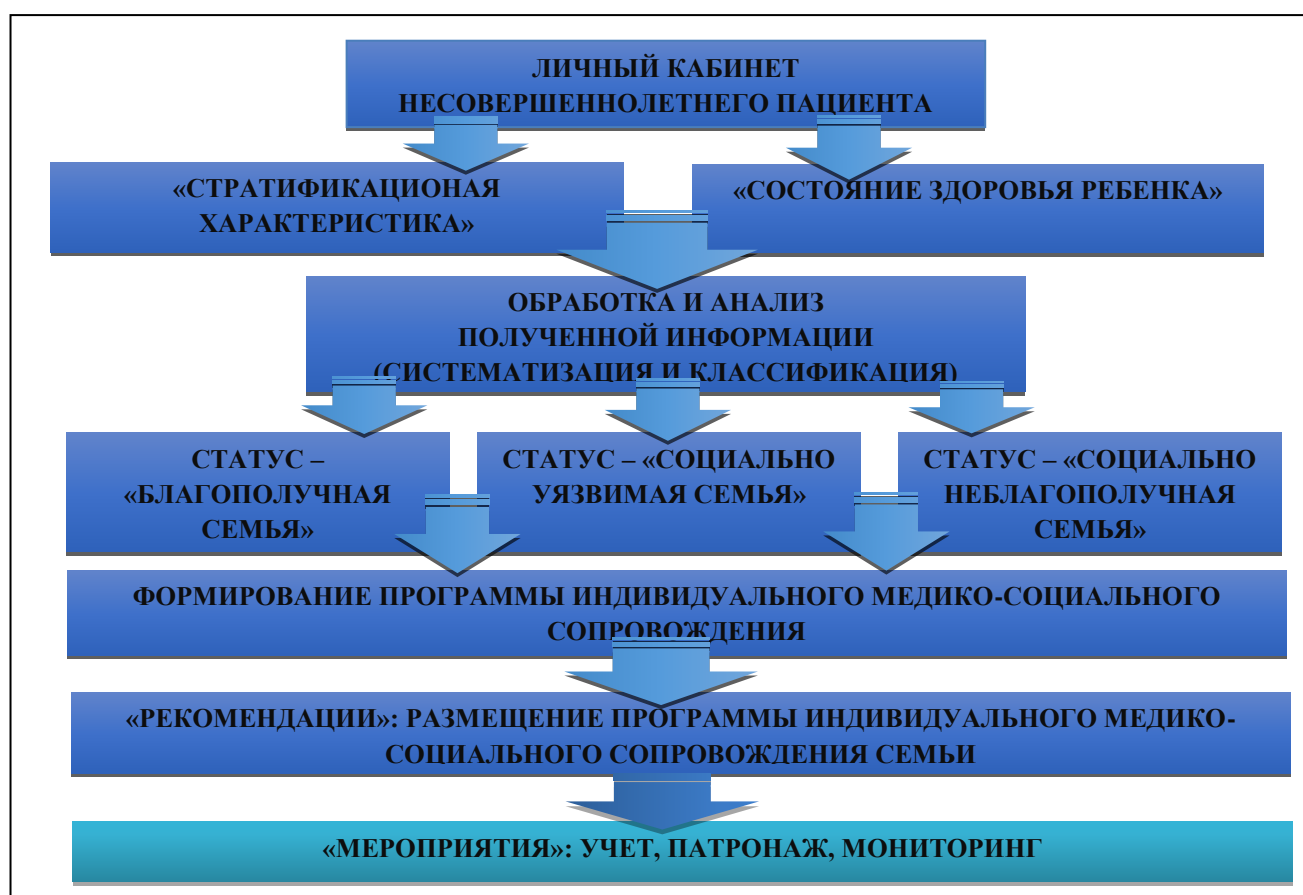
сотрудники отделения медико-социальной помощи, а также законные представители ребенка.

Формирование личного кабинета начинается на этапе оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи (женская консультация), что позволяет на основе формы 113/у-07 «Обменная карта» сформировать блок информации «Стратификационная характеристика семьи». Данная информационная вкладка включает следующие вопросы: персональные данные родителей, семейное положение, социальный статус, материально-бытовые условия, уровень благосостояния, а также оценку объективного состояния здоровья беременной и особенности течения беременности. В дальнейшем представленный блок информации должен постоянно мониториться и дополняться специалистами женской консультации и детской поликлиники в рамках осуществления первого и второго дородовых патронажей.

Второй раздел личного кабинета «Состояние здоровья ребенка» включает информацию, характеризующую здоровье несовершеннолетнего пациента – сведения об обращаемости за медицинской помощью как с профилактической целью, так и по поводу заболевания. Данный блок формируется на основе следующих форм: ф097/у «История развития новорожденного», ф112/у «История развития ребенка», ф025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и заполняется лечащим врачом (врачом-педиатром участковым).

По результатам комплексного анализа данных первых двух разделов личного кабинета, на основе систематизации введенной информации, классификатор автоматически формирует характеристику социального статуса семьи, в которой воспитывается ребенок. Установленный статус – социально благополучная, социально уязвимая, социально неблагополучная семья, определяет особенности медико-социального сопровождения, которые сгруппированы в индивидуальные программы и представлены для пациента и специалистов медицинской организации в информационной вкладке «Рекомендации».

Мероприятия, которые представлены в индивидуальной программе медико-социального сопровождения, включают: постановку на учет в отделение (кабинет) медико-социальной помощи, постановку на учет в органы опеки и попечительства, в комиссию по делам несовершеннолетних, проведение обычных, срочных, экстренных патронажей отделениями медико-социальной помощи, дородовых патронажей, правовое консультирование. Индивидуальная программа медико-социального сопровождения отражается в разделе «Мероприятия». Данная информационная вкладка равнодоступна для просмотра как для специалистов медицинского и немедицинского профилей (лечащий врач, специалист по социальной работе), так и для законных представителей ребенка (рисунок 7.5).



**Рисунок 7.5.** Алгоритм формирования программы медико-социального сопровождения семьи

В разделе «Правовое информирование» размещается «Памятка по информационному сопровождению несовершеннолетних пациентов», которая



включает актуализированную информацию по вопросам реализации прав детей, в том числе в сфере охраны здоровья, – основные нормативно-правовые акты, контактные данные служб системы охраны материнства и детства, обеспечивающих социальную защиту несовершеннолетних.

«Консультативная площадка» предоставляет законным представителям ребенка возможность консультирования со специалистами отделения (кабинета) медико-социальной помощи и решать возникшие вопросы правового характера в режиме удаленного доступа.

Таким образом, формирование и внедрение личного кабинета несовершеннолетнего пациента в практическую деятельность повысит уровень удовлетворенности населения при получении медицинской помощи, эффективность междисциплинарного взаимодействия при оказании медицинской помощи несовершеннолетним, результативность медико-социального сопровождения, а также уровень правовой информированности законных представителей ребенка в вопросах реализации прав несовершеннолетних, в том числе в сфере охраны здоровья (Приложения 13-15).

### **7.3 Повышение правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм в вопросах реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья**

В ходе проведенного социально-гигиенического исследования установлен недостаточный уровень правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в сфере охраны здоровья. Значительные «правовые пробелы» отмечены в вопросах реализации мероприятий медико-социальной направленности для детского населения из группы социального риска.

Образовательный модуль направлен на повышение правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм (таблица 7.4).

Таблица 7.4

## Образовательный модуль

МОДУЛЬ	ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ	
Направление	Повышение правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм в сфере охраны здоровья несовершеннолетних	
Цель	Повышение уровня правовой компетентности специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению и их законных представителей, в вопросах реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья	
Задачи	Сформировать перечень мероприятий, направленных на повышение уровня правовой компетентности специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению	
	Сформировать перечень мероприятий, направленных на повышение уровня правовой информированности населения в вопросах реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья	
Участники	Медицинские организации	Законные представители детей

Повышение уровня правовой компетентности медицинских работников в вопросах установленных правовых норм в сфере охраны здоровья несовершеннолетних реализуется через образовательный модуль.

В рамках освоения основной профессиональной образовательной программы высшего образования (ОПОП) по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия» [126, 127], в соответствии с федеральными государственными отраслевыми стандартами высшего образования (ФГОС ВО) по специальностям 31.05.01 «Лечебное дело» и 31.05.02 «Педиатрия» в дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» и «Правовые основы охраны здоровья» внесены изменения: разработан и внедрен модуль «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» (Приложения 10-12).

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» в структуре ОПОП относится к обязательной части профессиональных дисциплин, общая трудоемкость которой составляет 252 часа (7 зачетных единицы): 36 часов – лекций, 120 часов – практических занятий, 60 часов – самостоятельной работы.

Дисциплина реализуется в VIII-IX семестрах среди обучающихся 4-5 курсов по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия». Освоение учебной дисциплины происходит путем обеспечения контактной и самостоятельной (аудиторной и внеаудиторной) работы. На проведение контактной и самостоятельной аудиторной работы рассчитано 168 часов, на самостоятельную внеаудиторную – 84 часа.

Дисциплина «Правовые основы охраны здоровья» в структуре ОПОП относится к обязательной вариативной части профессиональных дисциплин, общая трудоемкость которой составляет 72 часа (2 зачетные единицы): 14 часов – лекций, 34 часа – практических занятий, 24 часа – самостоятельной работы. Дисциплина реализуется в IX семестре среди обучающихся 5 курса по специальности «Педиатрия». Освоение учебной дисциплины происходит путем обеспечения контактной и самостоятельной (аудиторной и внеаудиторной) работы. На проведение контактной и самостоятельной аудиторной работы рассчитано 48 часов, на самостоятельную внеаудиторную – 24 часа.

Учебный модуль «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» направлен на формирование у обучающихся системных знаний в области охраны здоровья детского населения, необходимых для реализации установленных правовых норм, регламентирующих права несовершеннолетних.

Изучение учебного модуля направлено на формирование у обучающихся общекультурных (ОК), общепрофессиональных (ОПК) компетенций (таблица 7.5).

Учебно-методическое сопровождение учебного модуля включает: методические рекомендации для преподавателей для проведения лекций и практических занятий, методические рекомендации для студентов для проведения практических занятий, а также фонд оценочных средств (база тестовых заданий и кейс-ситуаций). Представленный модуль реализуется с применением как традиционных форм обучения (лекции), так и с использованием интерактивных форм (работа в малых группах, решение кейс-ситуаций), которые позволяют сформировать практикоориентированного специалиста.

Таблица 7.5

## Планирование результатов обучения

Компетенция	Содержание компетенции	В результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны			
		Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
ОК-8	Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.	1. Принципы охраны здоровья детского населения с учетом соблюдения социальных, этических, конфессиональных и культурных аспектов.	1. Применять адекватные методы коммуникации с учетом конкретной ситуации. 2. Разрешать конфликтные ситуации при реализации прав несовершеннолетних в области охраны здоровья.	1. Навыками урегулирования конфликтных ситуаций, возникающих на основании нарушения прав несовершеннолетних в области охраны здоровья.	Тестовые задания Кейс-ситуации
ОПК-3	Способность использовать основы экономических и правовых знаний в профессиональной деятельности.	1. Законодательство в области охраны здоровья несовершеннолетних (нормативно-правовые акты, регламентирующие процесс оказания медицинской помощи несовершеннолетним).	1. Применять нормы действующего законодательства в области охраны здоровья несовершеннолетних в профессиональной деятельности.	1. Навыками работы с нормативно-правовыми актами в сфере охраны здоровья несовершеннолетних.	Тестовые задания Кейс-ситуации
ОПК-5	Способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок.	1. Права и обязанности медицинских работников при осуществлении профессиональной деятельности. 2. Условия наступления юридической ответственности медицинских работников.	1. Реализовывать правовые нормы в области охраны здоровья детского населения при оказании медицинской помощи. 2. Применять механизмы правового регулирования для предотвращения возникновения врачебных ошибок.	1. Методикой оценки степени достижения критериальных показателей по профилю профессиональной деятельности.	Тестовые задания Кейс-ситуации

Модуль тематических вопросов, посвященных реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, включает проведение 2 лекций и 3 практических занятий (таблица 7.6).

Таблица 7.6

Тематический план лекций и практических занятий модуля  
«Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья»

ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЗАНЯТИЙ	СЕМЕСТР	КОЛ-ВО ЧАСОВ
ЛЕКЦИИ		
Нормативно-правовое обеспечение прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья	IX	2
Механизмы реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья	IX	2
ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ		
Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья: ювенальное законодательство, механизм реализации прав детей в сфере охраны здоровья	IX	6
Медико-социальная помощь детскому населению	IX	6
Механизмы функционального взаимодействия участников оказания медицинской помощи детскому населению	IX	6

С учетом высокой значимости вопросов организации и реализации медико-социальной помощи детскому населению данный раздел также включен в структуру ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по специальности «Педиатрия», в программы дополнительного профессионального образования по специальности «Педиатрия» на базах высших медицинских образовательных организаций. Представленный модуль реализуется в форме самостоятельной внеаудиторной работы и контролируется во время проведения промежуточной аттестации.

Для повышения уровня правовой информированности населения по вопросам соблюдения и реализации прав несовершеннолетних, в том числе в сфере охраны здоровья, сформулированы предложения:

➤ проведение правовой пропаганды среди молодежи с использованием современных информационно-коммуникационных технологий (реализуется через сайты медицинских организаций, в том числе с использованием функциональных возможностей «Личного кабинета несовершеннолетнего пациента»);

- обеспечение бесплатных и доступных юридических консультаций в образовательных учреждениях и медицинских организациях для населения, в частности для законных представителей детей (родителей, опекунов, попечителей), по вопросам реализации прав несовершеннолетних (реализуется в форме круглых столов, лекций);
- распространение в общественных местах печатных изданий, содержащих свод основных нормативных документов по правам несовершеннолетних;
- создание информационной площадки в сети Интернет (в востребованных социальных сетях) для граждан, мотивированных к повышению правовой культуры, с привлечением юридически компетентных специалистов, в том числе с использованием возможностей официальных сайтов медицинских организаций;
- привлечение к данной проблеме представителей волонтерского движения, которое способно реализовать основные идеи, направленные на снижение фактов нарушения прав несовершеннолетних, в том числе в вопросах охраны здоровья.

Волонтерское движение ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России «Правильный выбор» путем проведения тематических занятий с обучающимися общеобразовательных учреждений формирует юридически ориентированную молодежь.

Для повышения уровня правовой информированности обучающихся предложен авторский цикл лекций «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья: знаем – действуем» (таблица 7.7).

Тематический план лекций  
«Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья: знаем – действуем»

Тематический план лекций	Контингент слушателей	Продолжительность занятия
Здоровое поколение – экономический потенциал страны	8-11 классы	1 час
Ювенальное законодательство: знаешь сам – научи другого	8-11 классы	1 час
Ответственность медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям, за реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья	8-11 классы	1 час

Таким образом, повышение уровня правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм, регламентирующих права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, позволит улучшить механизм реализации прав несовершеннолетних.

#### **7.4 Оценка результативности апробированных организационных технологий по совершенствованию организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне**

По результатам проведенного диссертационного исследования разработаны и апробированы организационные технологии, направленные на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне.

Оценка результативности апробированных организационных технологий проведена по двум модулям (информационному и образовательному) на основе двух периодов наблюдения (2016/2017 гг. и 2017/2018 гг.).

Информационный модуль включал мероприятия по формированию единого информационного пространства в организациях медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним, и содержал положение о

внедрении электронного кабинета «Личный кабинет несовершеннолетнего пациента».

Апробирование электронного кабинета проведено на базах медицинских организаций Забайкальского края, оказывающих медицинскую помощь детскому населению (Приложения 13-15). В качестве индикатора оценки результативности информационного модуля определен показатель удовлетворенности населения доступностью первичной медико-санитарной помощи несовершеннолетним.

Оценка результативности информационного модуля представлена в таблице 7.8.

**Таблица 7.8**

Оценка результативности информационного модуля

Оценка удовлетворенности населения ПМСП детскому населению			
Компоненты удовлетворенности населения	Период		Достоверность полученных результатов
	2017 год	2018 год	
Информационное сопровождение пациента	18% [95% ДИ 14,6% - 21,4%]	63% [95% ДИ 60,8% - 65,7%]	p<0,001
Доступность медико-социальной помощи детскому населению	32% [95% ДИ 29,3% - 34,7%]	69% [95% ДИ 67,1% - 71,9%]	p<0,001
Уровень удовлетворенности населения ПМСП	47,9% [95% ДИ 46,1% - 49,2%]	59% [95% ДИ 57,6% - 62,3%]	p<0,001

Полученные результаты с высокой степенью достоверности свидетельствуют о повышении удовлетворенности населения ПМСП несовершеннолетним за изучаемый период (с 47,9% [95% ДИ 46,1% - 49,2%] до 59% [95% ДИ 57,6% - 62,3%] (p<0,001)) и удовлетворенности информационным сопровождением пациентов (с 18% [95% ДИ 14,6% - 21,4%] до 63% [95% ДИ 60,8% - 65,7%] (p<0,001)).

Образовательный модуль, направленный на повышение правовой информированности специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в вопросах реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, включал апробирование образовательного модуля «Права



несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» в структуре ОПОП по специальностям «Педиатрия», «Лечебное дело» (уровень специалитета), в структуре ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по специальности «Педиатрия», в программах ДПО по специальности «Педиатрия» на базе высших медицинских образовательных организаций (Приложения 10-12).

Таблица 7.9

## Оценка результативности образовательного модуля

Оценка правовой информированности специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в вопросах реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья			
Характеристика правовой информированности специалистов в вопросах охраны здоровья несовершеннолетних	Период		Достоверность полученных результатов
	2016/2017 учебный год	2017/2018 учебный год	
Нормативно-правовые акты, регулирующие вопросы в сфере охраны здоровья несовершеннолетних	36,7% [95% ДИ 33,5% - 40,1%]	58,6% [95% ДИ 55,3% - 60,6%]	p<0,001
ФЗ – 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»	30,2% [95% ДИ 27,2% - 32,6%]	65,3% [95% ДИ 62,7% - 67,9%]	p<0,001
Приказ МЗ ЗК №374 «Об организации работы медицинских учреждений с социально неблагополучными и социально уязвимыми семьями на территории Забайкальского края»	27,3% [95% ДИ 23,3% - 31,4%]	52,6% [95% ДИ 49,9% - 55,3%]	p<0,001
Уровень правовой информированности специалистов в вопросах охраны здоровья несовершеннолетних	14,3% [95% ДИ 11,3% - 16,3%]	72% [95% ДИ 69,3% - 75,4%]	p<0,001

Оценка результативности образовательного модуля проведена среди специалистов, проходивших обучение по программам дополнительного

профессионального образования по специальности «Педиатрия» на базе ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России. Индикатором результативности данного модуля выступил показатель правовой информированности специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, в вопросах реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья (таблица 7.9).

Внедрение образовательного модуля с высокой степенью достоверности повысило уровень правовой информированности специалистов по вопросам реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья (с 14,3% [95% ДИ 11,3% - 16,3%] до 72% [95% ДИ 69,3% - 75,4%] ( $p < 0,001$ )) за изучаемый период.

Разработанные организационные технологии в форме образовательного модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» являются механизмом координации деятельности образовательных организаций высшего образования и позволяют стандартизовать подходы к формированию квалификации специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению.

### *Резюме*

Разработанные и апробированные организационные технологии по совершенствованию организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне позволяют повысить результативность функционального взаимодействия участников системы оказания медицинской помощи несовершеннолетним.

Предложенные организационные технологии совершенствования системы оказания медицинской помощи детскому населению могут быть использованы при планировании медицинской помощи в субъектах Российской Федерации с аналогичными условиями.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Система организации оказания медицинской помощи детскому населению в Российской Федерации представлена различными государственными социальными институтами, которые, реализуя основные направления деятельности, имеют одну цель – сохранение здоровья несовершеннолетних.

Анализ отечественных и зарубежных литературных источников, посвященных изучению вопросов образования и развития системы охраны материнства и детства, организации медицинской помощи детям, оценке показателей здоровья детского населения и его факторной обусловленности на территории Российской Федерации, позволил сделать вывод, что детство как социальный институт и приоритетное направление развития системы здравоохранения имеет многовековой период становления, обусловленный возрастающим правовым статусом ребенка.

Здоровье детского населения формируется под воздействием множества социально значимых, управляемых и неуправляемых, факторов.

Показатели здоровья детского населения выступают индикаторами эффективности деятельности системы здравоохранения. Механизмы, обеспечивающие достижение целевых значений медико-демографических коэффициентов, реализуются путем воздействия на управляемые детерминанты здоровья населения, в том числе посредством организации доступной и качественной медицинской помощи. При этом организационно-управленческие технологии в системе оказания медицинской помощи детям несовершенны: отсутствует единая информационная база на этапе межведомственного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей, имеются сложности учета и передачи оперативной информации по факту установления социально дезадаптированных семей, отмечена недостаточная обеспеченность медицинских организаций отделениями медико-социальной помощи, низкая укомплектованность штатного расписания физическими лицами в данных отделениях и неудовлетворительный уровень правовой компетентности

специалистов по вопросам медико-социального сопровождения семей из группы риска. Совершенствование системы организации оказания медицинской помощи детскому населению позволит реализовать имеющиеся ресурсы здоровья.

С учетом актуальности проблемы исследования разработаны организационные технологии, направленные на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне.

Забайкальский край, являясь трансграничным субъектом Российской Федерации, обладает геостратегическим потенциалом, который обусловлен природно-ресурсными, этнокультурными, географическими, политико-экономическими особенностями. В настоящее время в регионе наблюдается социально-экономическая напряженность, которая нарастает на фоне имеющихся внутренних проблем (стагнации отраслевой структуры промышленности, недостаточного развития рыночной инфраструктуры, низкого уровня жизни) и негативно влияет на здоровье населения.

Показатели, характеризующие демографическую ситуацию за период 2012-2018 гг., отражают отрицательную динамику изменения механического и естественного движения. В крае регистрируется убыль населения, преимущественно за счет миграционного оттока экономически активных трудоспособных граждан (темпы убыли -2,4%), отмечается стабильно высокий уровень безработицы (10,2%), низкий показатель среднедушевого дохода населения (до 20% населения имеют доход ниже величины прожиточного уровня), низкий уровень образования населения.

Медико-демографические показатели, характеризующие процессы естественного движения населения за исследуемый период, также имеют неудовлетворительную оценку. Отмечены низкий уровень рождаемости (темпы убыли -21,6%), средний уровень смертности (темпы убыли -6,1%), противоестественная убыль населения (темпы убыли -87,1%).

Социально-экономическая напряженность в регионе обуславливает снижение показателей здоровья населения за счет сложноуправляемых социально-экономических факторов (прямая сильная корреляционная связь

между уровнем общей безработицы и коэффициентом смертности  $r=0,84$ ,  $p=0,0258$ , обратная сильная корреляционная связь между уровнем общей безработицы и коэффициентом рождаемости  $r=-0,76$ ,  $p=0,0126$ ).

Нестабильная динамика изменения показателей репродуктивных потерь за исследуемый период: рост фетоинфантильных потерь на 16,5% преимущественно за счет показателя мертворожденности; значительный удельный вес постнеонатального компонента младенческой смертности (48%); высокий уровень аборт, в структуре которых преобладают искусственные (64,8%), - свидетельствует не только о влиянии социально-экономических особенностей региона (прямая сильная корреляционная связь между уровнем общей безработицы и удельным весом искусственных абортов  $r=0,82$ ,  $p=0,0451$ ), но и о проблемах в системе организации оказания медицинской помощи детскому населению.

По результатам изучения изменения уровня заболеваемости по обращаемости детского населения в медицинские организации за период с 2012 по 2018 гг. установлена негативная динамика. Уровень первичной заболеваемости детей первого года жизни сократился с 459,2‰ до 299,9‰ (темп убыли -34,7%), общей заболеваемости - с 700,9‰ до 529,8‰ (темп убыли -24,5%). Уровень первичной заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет снизился с 1763,37‰ до 1719,18‰ (темп убыли -2,5%), общей заболеваемости - с 2211,86‰ до 2119,06‰ (темп убыли -4,2%). Полученные результаты указывают на наличие проблем в вопросах организации и оказания доступной ПМСП детскому населению, а также отражают недостаточный уровень медицинской и профилактической активности населения.

При анализе изменения показателя инвалидности детского населения (от 0 до 17 лет) выявлено увеличение на 2,2%: со 178,1 на 10 тыс. детского населения в 2012 г. до 182,1 на 10 тыс. детского населения в 2018 г. Поло-возрастная структура детей с впервые в жизни установленной инвалидностью за изучаемый период не изменяется и представлена: первое место – дети в возрасте от 10 до 14 лет (35,1%), второе место – дети в возрасте 5-9 лет (28,0%), третье место – дети

15-17 лет (21,7%), четвертое место – дети до 4-х лет (15,2%). В структуре причин детской инвалидности первое место занимают психические расстройства, второе – болезни нервной системы, третье – врожденные аномалии развития. Результаты оценки детской инвалидности свидетельствуют о негативной характеристике состояния здоровья детского населения.

Структурно-организационный анализ и экспертная оценка деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, в регионе за период с 2012 по 2018 гг., позволили выявить организационные проблемы ( $Q=1800$ ,  $p \leq 0,01$ ):

1) материально-техническое обеспечение медицинских организаций (86,9% [95% ДИ 82,3% - 91,5%]) – несовершенство процесса обеспечения медицинских организаций материально-техническими ресурсами вследствие нерационального обоснования потребности в изделиях медицинского назначения, отсутствия необходимого межструктурного взаимодействия подразделений медицинских организаций, ответственных за вопросы ресурсного обеспечения на различных уровнях, а также в силу выраженного морального и физического износа имеющейся материально-технической базы;

2) кадровое обеспечение медицинских организаций (69,6% [95% ДИ 63,8 %- 75,4%]) – низкая обеспеченность специалистами учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь детям (обеспеченность врачами - педиатрами снизилась на 29,7%, врачами-терапевтами подростковыми - на 35%) негативно отражается на показателях здоровья детского населения (корреляционная зависимость между обеспеченностью детского населения врачами - педиатрами и общей заболеваемостью детей в возрасте от 0 до 14 лет ( $r=+0,769$ ,  $p=0,0172$ ) и уровнем обеспеченности детского населения врачами-терапевтами подростковыми и общей заболеваемостью детей в возрасте от 15 до 17 лет ( $r=+0,582$ ,  $p=0,0153$ ));

3) нормативно-правовое обеспечение в сфере охраны здоровья (65,2% [95% ДИ 61,5%-68,9%]) – эксперты указывают на отсутствие регламентации механизмов реализации конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья;

4) несовершенство организации медицинской помощи детскому населению в части реализации порядков оказания медицинской помощи (60,8% [95% ДИ 53,1% - 68,5%]);

5) доступность медицинской помощи детскому населению (52,2% [95% ДИ 57,0%-47,4%]) - более половины экспертов выделяют проблемы при обращении в медицинские организации, оказывающие ПМСП детям, что подтверждено проведенным социологическим исследованием среди населения. Так, длительное ожидание в очереди отметили 35,9% [95% ДИ 31,6%-40,1%] опрошенных ( $M=32\pm 2,8$  мин.), отсутствие информационного сопровождения и недоступность сервиса единого электронного портала пациента – 18,0% [95% ДИ 14,6%-21,4%]. При оценке соблюдения сроков оказания ПМСП в соответствии с ТПГГ установлено: время ожидания приема врача - педиатра участкового в течение 24 часов отметили 76,0% [95% ДИ 72,5%-79,6%] респондентов, время ожидания приема врача-специалиста при плановой форме в течение 14 календарных дней – 76,9% [95% ДИ 73,4%-80,4%], неотложная помощь оказана пациентам в течение 2 часов в 79,5% [95% ДИ 76,1%-82,8%] случаев. Необходимо отметить, что в четверти случаев обращений населения за ПМСП нарушены сроки оказания медицинской помощи, что ограничивает реализацию конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья. Оценка объемов оказания ПМСП населению за анализируемый период позволила установить, что число посещений на 1 жителя в год сократилось с 8,7 до 7,6 (темп убыли -12,6%), из них посещения с профилактической целью - с 7,2 до 3,2 посещений на 1 застрахованное лицо (темп убыли -50,0%), число обращений по заболеванию снизилось с 2,8 до 2,1 на 1 жителя в год (темп убыли -25%), что в сравнении с нормативными показателями, утвержденными ТПГГ, выше на 6,6% (3,0 посещений с профилактической целью на 1 жителя в год) и ниже 4,5% (2,2 обращения по заболеванию на 1 жителя в год) соответственно. Данная тенденция свидетельствует о снижении медицинской активности населения, что отражается на уровне заболеваемости детского населения по обращаемости (корреляционная зависимость между числом

обращений по заболеванию и общей заболеваемостью детей в возрасте от 0 до 14 лет ( $r=+0,892$ ,  $p=0,0112$ ) и характеризует доступность ПМСП;

б) порядок организации и реализации взаимодействия медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, с государственными социальными институтами (органами социальной защиты, органами опеки и попечительства, комиссией по делам несовершеннолетних) (49% [95% ДИ 52,4%-45,3%]). В качестве причин, ограничивающих внутриведомственное и межведомственное взаимодействие, эксперты указывают: проблемы оперативной передачи информации в силу отсутствия единой информационной системы, несовершенство нормативно-правового обеспечения, в части координирования процессов работы с социально неблагополучными семьями.

Выявленные проблемные зоны негативно отражаются на уровне удовлетворенности населения медицинской помощью. Установлено, что 47,9% [95% ДИ 43,7%-52,1%] респондентов не удовлетворены доступностью ПМСП.

Исследование факторной обусловленности удовлетворенности населения оказанием ПМСП детям позволило определить статистически значимые предикторы, в качестве которых выступили: доверительные отношения с лечащим врачом –  $RR=10,0$  ( $\chi^2=114,3$ ); доступность предоставления информации о состоянии здоровья ребенка и используемых методах профилактики, диагностики и лечения заболеваний –  $RR=6,4$  ( $\chi^2=106,8$ ); уровень комфортности в медицинской организации –  $RR=4,5$  ( $\chi^2=52,3$ ); степень реализации прав пациента в части выбора лечащего врача –  $RR=3,7$  ( $\chi^2=84,8$ ). Установленные предикторы могут выступать причинами несоблюдения прав несовершеннолетних пациентов в сфере охраны здоровья, а также снижения доступности медицинской помощи.

В результате комплексного социально-гигиенического исследования, проведенного среди населения Забайкальского края, установлены социальные детерминанты, влияющие на репродуктивные установки лиц фертильного возраста. В качестве ведущих выступили: семейное ( $F=240,858$ ,  $p<0,001$ ) и социальное положения ( $F=54,050$ ,  $p<0,001$ ), уровень материального



благополучия ( $F=11,914$ ,  $p<0,001$ ), ценностные ориентиры семьи ( $F=181,439$ ,  $p<0,001$ ). По результатам кластерного анализа сформирована целевая группа респондентов, характеризующаяся низким уровнем репродуктивных установок, нуждающаяся в адресной работе со стороны организаций медицинского и социального профилей.

По результатам оценки социальных детерминант дезадаптированных (неблагополучных) семей, имеющих детей раннего возраста, сформирован социальный портрет, который представлен: молодым возрастом семейной пары ( $M=29\pm 1,5$ ), наличием у них среднего образования (75% [95% ДИ 67,4%-82,6%]), отсутствием трудоустройства (90,6% [95% ДИ 85,4%-95,8%]). Уровень материального благополучия в 100% случаев ниже прожиточного минимума, что свидетельствует о малообеспеченности и низком социальном статусе данных семей. При оценке семейного положения установлено: 82,4% [95% ДИ 74,2%-90,6%] респондентов проживают в фактическом (незарегистрированном) браке, что отражает современную тенденцию изменения модели брачных отношений среди населения. В представленных условиях отсутствует возможность для полноценного психо-физического развития ребенка. Высокая распространенность социальных детерминант обуславливает необходимость развития медико-социальной помощи, оказываемой детям из семей высокого социального риска.

Результаты социально-гигиенического исследования по изучению правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм, регламентирующих права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, позволили установить низкий уровень правовой компетентности.

Установлен низкий уровень правовой функциональной грамотности населения в вопросах, регламентирующих права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, что подтверждено: недостаточной осведомленностью граждан о ювенальном законодательстве как международного уровня, так и национального (48% [95% ДИ 45,5%-50,5%]), низким уровнем информированности населения об основных нормах ФЗ от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ (ред. от 01.05.2017г.) «Семейный

кодекс Российской Федерации» (49,1 [95% ДИ 46,6%-51,6%]), ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (19,6% [95% ДИ 17,7%-21,5%]). Проведенный дисперсионный анализ позволил верифицировать социальные предикторы правовой информированности граждан: семейное положение ( $F=13621$ ,  $p<0,001$ ), социальный статус респондентов ( $F=380,57$ ,  $p<0,001$ ), уровень материального благосостояния ( $F=17,108$ ,  $p<0,001$ ).

На основе кластерного анализа выделена целевая группа респондентов, состоящая преимущественно из молодых людей в возрасте от 21 до 30 лет, не состоящих в браке, не трудоустроенных, имеющих низкий уровень материального благосостояния, которая выступает «несостоятельной» в вопросах реализации прав несовершеннолетних и требует повышенного внимания со стороны органов социальной защиты и практического здравоохранения.

Недостаточный уровень правовой информированности специалистов, оказывающих ПМСП детскому населению (14,3% [95% ДИ 11,5%-16,6%]), отражает нормативную модель правового поведения медицинских работников. При изучении влияния отдельных профессиональных характеристик на уровень правовой информированности установлено, что более высокий стаж работы специалиста ( $RR=2,5$ ,  $\chi^2=6,125$ ) относительно минимального стажа работы ( $RR=1,8$ ,  $\chi^2=0,856$ ), выступает фактором риска правовой компетентности врачей.

Низкая правовая информированность производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в вопросах установленных правовых норм в сфере охраны здоровья негативно влияет на механизм реализации прав несовершеннолетних.

Экспертная оценка результативности организации и оказания медико-социальной помощи несовершеннолетним, при реализации ПМСП, выявила организационные проблемы. Наиболее значимые из них: недостаточная правовая компетентность специалистов, оказывающих медико-социальную помощь детскому населению; низкий уровень преемственности между медицинскими организациями, оказывающими медико-социальную помощь; несовершенство межведомственного и междисциплинарного взаимодействия организаций

медицинского и социального профилей при оказании медицинской помощи детям.

С целью совершенствования организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья, разработаны организационные технологии, которые включают информационный, организационный и образовательный модули.

Организационный модуль представлен мероприятиями, направленными на внедрение в систему организации оказания медицинской помощи детскому населению трехуровневой модели медико-социальной помощи несовершеннолетним, на формирование единого регистра учета и ведения социально неблагополучных семей, имеющих несовершеннолетних детей, проживающих на территории региона. Предложенные мероприятия позволяют своевременно выявлять, оперативно осуществлять междисциплинарную, межведомственную деятельность в вопросах обеспечения маршрутизации детей, успешно реализовывать индивидуальные программы медико-социальной реабилитации и сохранять здоровье детского населения.

Информационный модуль включает мероприятия по формированию единого информационного пространства в организациях медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним, и содержит положение о внедрении электронного кабинета «Личный кабинет несовершеннолетнего пациента». Положение составлено в соответствии с федеральным законодательством по обеспечению прав граждан на защиту персональных данных. Апробирование электронного кабинета проведено на базах медицинских организаций Забайкальского края, что позволило повысить удовлетворенность населения ПМСП, оказываемой детскому населению (59% [95% ДИ 57,6%-62,3%],  $p < 0,001$ ), удовлетворенность информационным сопровождением пациентов (63% [95% ДИ 60,8%-65,7%],  $p < 0,001$ ).

Образовательный модуль направлен на повышение правовой информированности специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в вопросах реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны

здоровья, включает введение учебного модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» в структуру ОПОП по специальностям «Педиатрия», «Лечебное дело» (уровень специалитета), в структуру ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по специальности «Педиатрия», в программы ДПО по специальности «Педиатрия» на базе ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России. Оценка результативности апробированного образовательного модуля проведена по данным социологического исследования среди специалистов, оказывающих ПМСП. Отмечено увеличение уровня правовой информированности специалистов по вопросам реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья (72% [95% ДИ 69,3%-75,4%],  $p < 0,001$ ).

Таким образом, сохранение здоровья детского населения является приоритетным направлением социальной политики государства. Результаты комплексного социально-гигиенического исследования позволили установить негативную динамику изменения основных групп показателей здоровья детского населения, высокую распространенность управляемых медико-социальных детерминант, выявить структурно-организационные проблемы в системе организации оказания медицинской помощи, что послужило обоснованием необходимости разработки организационных технологий при оказании медицинской помощи детскому населению, направленные на сохранение здоровья несовершеннолетних.

Разработанные и апробированные организационные технологии по совершенствованию организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне (образовательный, организационный, информационный модули), позволили повысить результативность функционального взаимодействия участников системы оказания медицинской помощи несовершеннолетним.

## ВЫВОДЫ

1. Социально-гигиеническая оценка отдельных групп показателей здоровья детского населения региона за период с 2012 по 2018 гг. характеризуется негативной динамикой: ростом уровня репродуктивных потерь – увеличением фетоинфантильных потерь на 16,5%; снижением первичной и общей заболеваемости детей первого года жизни на 34,7% и 24,5% соответственно; сокращением первичной и общей заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет на 2,5% и 4,2% соответственно, увеличением уровня детской инвалидности на 2,5%.

2. Результаты структурно-организационного анализа и экспертной оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в регионе, свидетельствуют об организационных проблемах: низкой кадровой обеспеченности (снижение уровня обеспеченности населения врачами-педиатрами на 29,7%, врачами-терапевтами подростковыми – на 35%); ограниченной доступности первичной медико-санитарной помощи детскому населению (снижение объемов первичной медико-санитарной помощи: число посещений на 1 жителя в год сократилось на 12,6%, в том числе посещений с профилактической целью – на 50,0%, числа обращений по заболеванию – на 25%); недостаточной удовлетворенности населения медицинской помощью несовершеннолетним (47,9%); несовершенстве материально-технического обеспечения медицинских организаций; низкой результативности межведомственного взаимодействия между организациями медицинского и социального профилей.

3. Установлены социальные детерминанты здоровья детского населения (семейное ( $F=240,858$ ,  $p<0,001$ ) и социальное положения ( $F=54,050$ ,  $p<0,001$ ), уровень материального благосостояния ( $F=11,914$ ,  $p<0,001$ ), ценностные установки семьи ( $F=181,439$ ,  $p<0,001$ ), уровень правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению), с учетом которых выделены группы семей высокого социального риска,

нуждающихся в сопровождении организациями медицинского и социального профилей.

4. Экспертная оценка результативности оказания медико-социальной помощи детскому населению позволила выявить организационные проблемы ( $W=0,82$ ,  $\chi^2=147,6$ ,  $p<0,05$ ): недостаточную правовую компетентность специалистов, оказывающих медико-социальную помощь детскому населению; низкий уровень преемственности между медицинскими организациями, оказывающими медико-социальную помощь несовершеннолетним; несовершенство межведомственного и междисциплинарного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей при оказании медицинской помощи детям.

5. Разработанные и апробированные организационные технологии по совершенствованию организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне (образовательный, организационный, информационный модули), позволяют повысить результативность функционального взаимодействия участников системы оказания медицинской помощи несовершеннолетним, удовлетворенность населения первичной медико-санитарной помощью детскому населению (от 47,9% до внедрения организационного и образовательного модулей до 59% после внедрения  $p<0,001$ ), удовлетворенность информационным сопровождением пациентов (от 18% до внедрения информационного модуля до 63% как результат внедрения,  $p<0,001$ ), уровень правовой информированности специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в вопросах реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья (от 14,3% до внедрения образовательного модуля до 72% как результат внедрения,  $p<0,001$ ).

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

**На уровне органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации (Министерство здравоохранения Забайкальского края):**

- внедрить в систему организации оказания медицинской помощи детскому населению трехуровневую систему медико-социальной помощи с целью повышения результативности межведомственного взаимодействия между организациями медицинского и социального профилей;
- внедрить в систему организации оказания медицинской помощи детскому населению единый регистр учета и ведения социально неблагополучных семей, проживающих на территории Забайкальского края, имеющих детей.

**На локальном уровне - уровне медицинских организаций:**

- использовать в информационной системе медицинской организации модель электронного кабинета несовершеннолетнего пациента (на основе разработанного Положения), которая позволит вести мониторинг состояния здоровья, формировать индивидуальные программы медико-социального сопровождения семьи ребенка;

**На уровне образовательных организаций:**

- ввести разработанный модуль «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» в вариативную часть учебного плана в структуру ОПОП по специальностям «Педиатрия», «Лечебное дело» (уровень специалитета), в структуру ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по специальности «Педиатрия», в программы ДПО по специальности «Педиатрия» на базе высших медицинских образовательных организаций.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

**ВМП** – высокотехнологичная медицинская помощь

**ДИ** – доверительный интервал

**ДПО** – дополнительное профессиональное образование

**ЗК** – Забайкальский край

**ИДС** – информированное добровольное согласие

**МЗ** – Министерство здравоохранения

**МО** – медицинская организация

**ОК** – общекультурная компетенция

**ОПК** – общепрофессиональная компетенция

**ОПОП** – основная профессиональная образовательная программа

**ПИТ** – палата интенсивной терапии

**ПМСП** – первичная медико-санитарная помощь

**ПРИТ** – палата реанимации и интенсивной терапии

**РФ** – Российская Федерация

**ТПГГ** – Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

**ФЗ** – федеральный закон

**ФИП** – фетоинфантильные потери

**ФСН** – форма статистического наблюдения

**ЦРБ** – центральная районная больница



**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абрамян, С.К. Защита прав детей в современной России / С.К. Абрамян, А.Б. Бондаренко // Аспирант и соискатель. – 2013. – № 6. – С.48–50.
2. Абросова, Л.М. Руководство по оценке и междисциплинарному ведению случая для оказания помощи детям и семьям, находящимся в социально опасном положении или в трудной жизненной ситуации / Л.М. Абросова, Л.В. Смыкало, К.В. Степанова, В.А. Швецова, К. Уайнрайт. – СПб.: «Врачи детям», «Эвричайлд», 2008. – 120 с.
3. Авдеев, А.А. Младенческая смертность и история охраны материнства и детства в России и СССР [Электронный ресурс] / А.А. Авдеев // Демоскоп Weekly. – 2010. – № 433–434. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2010/0433/analit03.php> (дата обращения 05.08.2016).
4. Алиева, З.А. Проблемы законодательной защиты прав ребенка в современной России / З.А. Алиева // Юридический вестник ДГУ. – 2013. – № 1. – С. 52–56.
5. Алламярова, Н.В. Правовые аспекты социального сиротства / Н.В. Алламярова, М.В. Алексеева // Медицинское право. – 2011. – № 2. – С. 1–4.
6. Альбицкий, В.Ю. Борьба с детской смертностью в Имперской и Советской России (начало XX в. - 1940 г.) / В.Ю. Альбицкий, С.А. Шер // Смоленский медицинский альманах. – 2016. – № 4. – С. 121–124.
7. Альбицкий, В.Ю. История Научного центра здоровья детей Российской академии медицинских наук (1763–2013) / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, С.А. Шер. – Москва: ПедиатрЪ, 2013. – 466 с.
8. Альбицкий, В.Ю. Младенческая смертность в Российской Федерации в условиях новых требований к регистрации живорождения / В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая. – Москва: ПедиатрЪ, 2016. – 87 с.
9. Альбицкий, В.Ю. Предотвратимость потерь здоровья детского населения – эффективная ресурсосберегающая стратегия в здравоохранении [Электронный

ресурс] / В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, Т.В. Яковлева, Б.Д. Менделевич // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – № 4 (16). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/245/30/lang,ru/> (дата обращения 15.08.2019).

10. Альбицкий, В.Ю. Сбережение жизни младенца: от XVIII до XXI века / В.Ю. Альбицкий, С.А. Шер // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 2. – С. 42–45.

11. Альбицкий, В.Ю. Смертность новорожденных с экстремально низкой массой тела при рождении / В.Ю. Альбицкий, Е.Н. Байбарина, З.Х. Сорокина, Р.Н. Терлецкая // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2010. – № 2. – С. 16–21.

12. Альбицкий, В.Ю. Состояние здоровья и образ жизни детей из бедных семей / В.Ю. Альбицкий, С.Я. Волгина, Е.А. Курмаева // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – Т.6. – № 6. – С. 25–27.

13. Андреева, Е.Е. Об эффективных формах правового просвещения граждан Российской Федерации / Е.Е. Андреева // Педагогическое образование в России. – 2016. – № 1. – С. 76–80.

14. Анисимов, М.В. Медико-социальные аспекты доступности, удовлетворенности населения качеством медицинской помощи и пути повышения их уровня: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.03 / Анисимов Михаил Валерьевич. – Воронеж, 2011. – 22 с.

15. Антонов, А.Н. Смертность грудных и малых детей, её причины и меры борьбы / А.Н. Антонов. – Москва: Государственное медицинское издательство, 1931. – 253 с.

16. Аполихин, О.И. Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России / О.И. Аполихин, Н.Г. Москалева, В.А. Комарова // Экспериментальная и клиническая урология. – 2015. – № 4. – С. 4–14.

17. Архангельский, В.Н. К оценке повышения рождаемости в России и ее регионах / В.Н. Архангельский // Материалы Всероссийской научно-практической

конференции «Демографическое настоящее и будущее России и ее регионов». – 2012. – С. 11–25.

18. Астахов, П.А. Я и государство / П.А. Астахов. – Москва: Эксмо, 2009. – 77 с.

19. Ахметова, Г.М. Младенческая смертность. О чем говорят цифры? / Г.М. Ахметова, Е.Н. Ахмадеева // Практическая медицина. – 2011. – № 5 (53). – С. 89–92.

20. 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.

21. Байбарина, Е.Н. Перинатальная медицина: от теории к практике / Е.Н. Байбарина, Д.Н. Дегтярев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2013. – № 5. – С. 4–7.

22. Баранов, А.А. Г.Н. Сперанский – основатель и руководитель первого государственного научного института охраны материнства и младенчества (к 140-летию со дня рождения) / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, С.А. Шер // Вопросы современной педиатрии. – 2013. – № 2. – С. 145–149.

23. Баранов, А.А. Детская смертность в Императорском Московском воспитательном доме: реальность и мифы / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, С.А. Шер // Педиатрическая фармакология. – 2014. – № 11 (3). – С. 9–14.

24. Баранов, А.А. Закономерности и тенденции младенческой и детской смертности в Российской Федерации / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – № 1. – С. 35–41.

25. 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.

26. Баранов, А.А. Младенческая смертность: уроки истории и перспективы снижения / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий // Казанский медицинский журнал. – 2011. – № 5. – С. 690–694.
27. Баранов, А.А. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению / А.А. Баранов // Вопросы современной педиатрии. – 2014. – № 13 (2). – С. 5–10.
28. Баранов, А.А. Особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации, тенденции его изменений / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, А.З. Фаррахов, А.А. Модестов, А.А. Иванова, С.А. Косова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2012. – № 4. – С. 18–24.
29. Баранов, А.А. Отечественные традиции милосердия и благотворительности в сфере охраны здоровья детей в России / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, С.А. Шер, Н.В. Устинова // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2016. – № 95 (4). – С. 230–235.
30. Баранов, А.А. Оценка качества проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Российской Федерации / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая и др. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – №1. – С.23–29.
31. Баранов А.А. Проблемы детской инвалидности в современной России / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая, Е.В Антонова // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2017. – Т.72. – №4.– С. 305–312.
32. Баранов, А.А. Профилактическая педиатрия – новые вызовы / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.Ю. Альбицкий // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – № 2. – С. 3–6.
33. Баранов, А.А. Результаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Российской Федерации / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая и др. // Российский педиатрический журнал. – 2016. – № 5. – С. 287–293.

34. Баранов, А.А. Смертность детского населения России (тенденции, причины и пути снижения) / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий. – Москва: Союз педиатров России, 2009. – 387 с.
35. 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.
36. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации / А.А. Баранов // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2012. – № 91 (3). – С. 9–14.
37. Баранов, А.А. Состояние и проблемы здоровья подростков России / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.Ю. Альбицкий [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 6. – С. 10–14.
38. 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.
39. 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.
40. Баранов, А.А. Тенденции младенческой и детской смертности в условиях реализации современной стратегии развития здравоохранения Российской Федерации // Вестник РАМН. – 2017. – №72(5). – С. 375–382.
41. Беляев, В.П. К вопросу о демографической функции государства: историко-правовой аспект / В.П. Беляев, Ю.А. Соколова // Пробелы в российском законодательстве. – 2015. – № 6. – С. 22–24.
42. Богатова, И.В. Оценка социальной эффективности первичной медико-санитарной помощи / И.В. Богатова, Н.Ф. Шильникова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2018. – № 1. – С. 24–29.

43. Богданова, Т.Г., Герасимова, Л.И., Самойлова, А.В. Репродуктивные потери в Чувашской республике в 2002 - 2015 гг. / Т.Г. Богданова, Л.И. Герасимова, А.В. Самойлова // Современные проблемы науки и образования. 2017. - № 3. - С. 60.
44. Богза, О.Г. Медико-социальная оценка причин и факторов риска младенческой смертности (на примере Омской области) / О.Г. Богза, О.П. Голева // Российский педиатрический журнал. – 2017. – №20(2). – С. 94–98.
45. Васильева, В.В. Гигиеническая оценка реализации мероприятий по снижению рисков, сохранению и укреплению здоровья детей в общеобразовательных организациях / В.В. Васильева, М.В. Перекусихин // Анализ риска здоровью. – 2018. – № 3. С. 128–134.
46. Вильданов, И.Х. Управленческие решения по совершенствованию организации оказания первичной медико-санитарной помощи в детской поликлинике «Азино» ДРКБ МЗ РТ – пилотный проект / И.Х. Вильданов // Практическая медицина. – 2016. – № 7. – С. 28–30.
47. Вишневский, А.Г. Сбережение народа или депопуляция России? / А.Г. Вишневский. – Москва: Изд. дом гос. ун-та Высш. шк. Экономики, 2010. – 429 с.
48. Вишневский, А.Г. Смертность в России: несостоявшаяся вторая эпидемиологическая революция / А.Г. Вишневский // Демографическое обозрение. – 2014. – № 4. – С. 1–36.
49. Володин, Н.Н. Руководство по организации и деятельности перинатального центра / Н.Н. Володин, В.И. Кулаков, Р.А. Хальфин. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 354 с.
50. Воронцов, А.В. М.В. Ломоносов о сохранении и размножении российского народа / А.В. Воронцов, М.Б. Глотов // Социология. –2011. – № 4. – С. 4–13.
51. Галина, Т.В. Аборт как метод регулирования рождаемости / Т.В. Галина, Е.В. Митковская, И.С. Опарин // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2012. – № 2. – С. 7–9.
52. Гехт, И.А. К вопросу об изучении удовлетворенности населения системой здравоохранения / И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 4. – С. 6–12.

53. Голубева Т. Ю. Анализ статистической медицинской документации по детской инвалидности / Голубева Т. Ю. // Молодой ученый. – 2016. – №19. – С. 141–143.
54. Горелова, Л.Е. Из истории охраны матери и младенца в Москве начала XX века / Л.Е. Горелова, В.Н. Шелкова // Вопросы современной педиатрии. – 2018. – Т.17. – № 4. – С. 262–265.
55. 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.
56. Гундобин, Н.П. Детская смертность в России и меры борьбы с нею / Н.П. Гундобин. – СПб, 1906. – 31 с.
57. Денисов, М.С. Охрана здоровья матери и ребенка: историко-правовой обзор / М.С. Денисов, О.В. Салицева, М.Л. Толстова, Т.Г. Денисова // Здравоохранение Чувашии. – 2016. – № 4 (49). – С. 76–81.
58. 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.
59. Джандарбек, Б.А. Проблемы социально-экономических прав ребенка / Б.А. Джандарбек // Современное право. – 2011. – № 8. – С. 124–127.
60. Дорофеева, Ж.П. Роль и место некоторых субъектов государственной системы профилактики в осуществлении защиты прав детей / Ж.П. Дорофеева, С.Н. Кива // Вестник Белгородского юридического института МВД России. – 2018. – №4. – С.17–22.
61. Егорышева, И.В. Научно-практическая разработка проблемы детской смертности в земской медицине / И.В. Егорышева // Педиатр. – 2014. – № 2. – С. 118–120.
62. Жданова, Л.А. Научные исследования в области формирования здоровья детей в различных микросоциальных условиях: история и перспективы / Л.А. Жданова // Вестник Ивановской медицинской академии. – 2016. – № 3. – С. 5–13.

63. Жданова, Л.А. Оптимизация работы детской поликлиники в условиях реформирования здравоохранения. Опыт Ивановской области / Л.А. Жданова, И.Е. Бобошко, О.С. Рунова // Заместитель главного врача: лечеб. работа и мед. экспертиза. – 2014. – № 7. – С. 16–23.
64. Замиралова, Т.А. Охрана материнства и детства как аспект социальной политики / Т.А. Замиралова // Успехи современной науки. – 2017. – № 3. – С. 12–14.
65. Здоровье молодежи: сравнительное исследование Россия, Беларусь, Польша / П. Г. Абдулманапов [и др.]. – Москва, 2016. – 214 с.
66. Здравоохранение в России 2019: стат. сб. [Электронный ресурс] / Федер. служба гос. статистики (Росстат). – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2016-god> (дата обращения: 03.12.2019).
67. Зелинская, Д.И. Детская инвалидность как проблема здравоохранения / Д.И. Зелинская // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 2. – С. 23–26.
68. Исакова, П.В. Анализ распространенности, структуры и факторов риска младенческой смертности в Российской Федерации / П.В. Исакова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2017. – №5-6. – С. 43–54.
69. Калиниченко, О.В. Медико-социальные особенности детей, госпитализированных в центр медицинской и социальной реабилитации / О.В. Калиниченко, Н.Г. Петрова, Е.В. Дембикова, С.А. Калинина // Медицина и организация здравоохранения. – 2017. – Т.2 № 2. – С.31–36.
70. Капранов, С.В. Разработка современной системы мониторинга среды жизнедеятельности и состояния здоровья населения / С.В. Капранов // Университетская клиника. – 2017. – № 4–2 (25). – С. 57–62.
71. Кваша, Е.А. Младенческая смертность в России в XX веке / Е.А. Кваша // Социологические исследования. – 2003. – № 6. – С. 47–55.



72. Комбарова Е.В. Конституционные основы правового положения несовершеннолетних в РФ. Право. Законодательство. Личность. 2010; 1 (8): 16-21.
73. Конвенция о правах ребенка. [Электронный ресурс] / Режим доступа: [http://www.conventions.ru/view\\_base.php?id=19132](http://www.conventions.ru/view_base.php?id=19132) (дата обращения 12.09.2018).
74. Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://base.garant.ru/10103000/> (дата обращения 12.09.2018).
75. Коротун, А.В. Механизмы социально-правовой защиты материнства и детства в современной России / А.В. Коротун // Педагогическое образование в России. – 2014. – № 10. – С. 197–203.
76. Косолапов, В.П. Медико-социальные аспекты состояния здоровья женского и детского населения в Воронежской области / В.П. Косолапов, Г.В. Сыч, М.В. Фролов // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – №2. – С. 405-411.
77. Костина, М.Ю. Хотовицкий С.Ф. и его вклад в развитие педиатрии как самостоятельного раздела медицинской науки и практики / М.Ю. Костина // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2017. – № 2 (17). – С. 8–12.
78. Кузнецова, Ю.Н. Профилактика нарушений репродуктивного здоровья: оптимизация лечено-профилактической помощи детям и подросткам, с инфекциями, передающимися половым путем / Ю. Н. Кузнецова [и др.] // Здравоохранение РФ. – 2016. – № 2. – С. 70-76.
79. Кукушкина, О.С. Междисциплинарные подходы к организации амбулаторной помощи населению / О.С. Кукушкина // ГлавВрач. – 2014. – № 7. – С. 41–45.
80. Куликов, О.В. Оказание медико-социальной помощи детям и семьям в условиях детской поликлиники / О.В. Куликова, М.В. Муратова, Н.В. Тимакова // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 6. – С. 11–15.
81. Куркин, П.И. Смертность грудных детей / П.И. Куркин. – Москва: Издательство Наркомздрав, 1925. – 60 с.

82. Кучма, В.Р. Основы формирования здоровья детей: учебное пособие / В.Р. Кучма. – Ростов-на-Дону, 2016. – 317 с.
83. Кучма, В.Р. Популяционное здоровье детского населения, риски здоровью и санитарно-эпидемиологическое благополучие обучающихся: проблемы, пути решения, технологии деятельности / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт и др. // Гигиена и санитария. – 2017. – №.96(10). – С. 990–995.
84. Кучма, В.Р. Риски здоровью детей в процессе жизнедеятельности: проблемы, методы оценки, технологии управления/ В.Р. Кучма // Российский педиатрический журнал. – 2016. – №.19(4). – С. 238–243.
85. 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.
86. Лашкул, З.В. Вклад организационных мероприятий земской медицины в развитие профилактики социально-значимых заболеваний / З.В. Лашкул // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2014. – № 1. – С. 77–83.
87. 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. – 173 с.
88. 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.
89. Лисицын, Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины / Ю.П. Лисицын. – Москва: Медицина, 1982. – 328 с.
90. Лисицын, Ю.П. Образ жизни как основа здоровья. Анализ факторов риска заболеваемости: проблемная статья / Ю.П. Лисицын // Медицинская газета. – 2010. – № 19. – С. 12.
91. Лэнг, Т.А. Как описывать статистику в медицине / Т.А. Лэнг, М. Сесик. – Москва: Практическая медицина, 2016. – 477 с.

92. Маркина, А.Ю. Медико-правовые аспекты раннего социального сиротства / А.Ю. Маркина, О.А. Манерова // Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова; Южно-Уральский государственный медицинский университет. Казань. – 2020.
93. 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.
94. 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.
95. 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.
96. Метальникова, А.А. Статистический анализ заболеваемости населения в субъектах РФ [Электронный ресурс] / А.А. Метальникова // Российская наука: актуальные исследования и разработки, сборник научных статей I всероссийской заочной научно-практической конференции, посвященной 85-летию Самарского государственного экономического университета, Ч. 3. – 2016. – Режим доступа: <http://elibrary.ru/download/10091683.pdf> (дата обращения 09.05.2019).
97. Микиртичан, Г.Л. Исследования смертности детей в России VIII века / Г.Л. Микиртичан // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – С. 42–47.
98. Микиртичан, Г.Л. Основные этапы развития отечественной педиатрии / Г.Л. Микиртичан // История медицины. – 2014. – № 1. – С. 46–60.
99. Мингазова, Э.Н. Динамика основных репродуктивно-демографических показателей системы охраны материнства и детства в республике Татарстан / Э.Н. Мингазова, В.О. Щепин, Т.Н. Шигабутдинова, Р.Н. Садыкова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2019. – № 4. – С. 5–13.

100. 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.
101. 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.
102. 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.
103. Нагаев, Р.Я. Медико-социальная характеристика семей и качество жизни подростков / Р.Я. Нагаев, С.Г. Ахмерова, Л.П. Чичерин, Д.Х. Абилова // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2015. – № 2. – С. 39–44.
104. 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.
105. О направлении методических рекомендаций «Организация трехуровневой системы медико-социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации» [Электронный ресурс]: Письмо Минздрава России от 25 мая 2017 г. № 15-2/10/2-3461. – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_284542/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_284542/) (дата обращения 06.09.2018).
106. О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг. [Электронный ресурс]: Указ Президента РФ от 1 июня 2012 года № 761. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70183566/> (дата обращения 09.05.2017).
107. О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним [Электронный ресурс]:

Приказ Минздрава России от 14.07.2003 года № 307. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/4179490/> (дата обращения 09.05.2017).

108. Об организации работы медицинских учреждений с социально-неблагополучными и социально-уязвимыми семьями на территории Забайкальского края [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения Забайкальского края от 16 августа 2012 г. №374. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/922227718> (дата обращения 09.05.2017).

109. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323–ФЗ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12191967/> (дата обращения 09.05.2017).

110. Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 24 июня 1999 года № 120-ФЗ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12116087> (дата обращения 09.05.2017).

111. Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации [Электронный ресурс]: Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №124–ФЗ. –Режим доступа: <http://base.garant.ru/179146/> (дата обращения 09.05.2017).

112. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]: Постановление правительства РФ от 26.12.2017 г. №1640. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/71848440/> (дата обращения 09.05.2017).

113. Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [Электронный ресурс]: Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/191961/> (дата обращения 09.05.2017).

114. Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям [Электронный ресурс]: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. № 92н. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/> (дата обращения 25.07.2018).

115. Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи [Электронный ресурс]: Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 г. № 366н. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70183024/> (дата обращения 09.05.2017).
116. Об утверждении примерного Порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники [Электронный ресурс]: Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.01.2007 г. № 56. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12152404/> (дата обращения 09.05.2017).
117. Об утверждении стратегии социально-экономического развития Забайкальского края на период до 2030 года [Электронный ресурс]: Постановление правительства Забайкальского края от 26.12.2013 №586 (ред. Постановления Правительства Забайкальского края от 05.02.2015 №44). – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/410804127> (дата обращения 09.05.2017).
118. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета) [Электронный ресурс]: Приказ Минобрнауки России от 17 августа 2015 г. № 853. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71091194/> (дата обращения 13.08.2018).
119. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье (уровень подготовки кадров высшей квалификации) [Электронный ресурс]: Приказ Минобрнауки России от 26.08.2014 № 1114. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70751064/> (дата обращения 13.08.2018).
120. 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.
121. 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.
122. Полуниин В.С. Социально-гигиенические аспекты профилактики абортов / В.С. Полуниин, Н.В. Полунина, Г.Н. Буслаева, Ю.О. Турбина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. – Т. 26. № 3. – С. 148-150.
123. Полунина, Н.В. Состояние здоровья детей в современной России и пути его улучшения / Н.В. Полунина // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – №5. – С. 17-24.
124. 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.
125. Развитие здравоохранения Забайкальского края [Электронный ресурс]: Постановление Правительства Забайкальского края №448 от 28 июля 2014 г. (в ред. Постановления Правительства Забайкальского края от 03.04.2015 N 136). – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/412710214> (дата обращения 13.08.2018).
126. Рослова, З.А. Опыт организации отделения медико-социальной помощи в детской поликлинике / З.А. Рослова, Т.Ю. Манькова, А.В. Ким, Н.В. Устинова // Вопросы современной педиатрии. –2013. – № 12 (1). – С. 6–7.
127. Рыбаковский Л.Л. Результативность как основной показатель оценки состояния и тенденций рождаемости // Л. Л. Рыбаковский // Социологические исследования. – 2016. – № 4. – С. 23-30.
128. 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.

129. Снашков, С.А. Информационная грамотность как фактор развития и совершенствования правовой культуры в современной правовой системе / С.А. Снашков // Евразийский Союз Ученых. – 2015. – 7. – № 5 (16). – С. 142–144.
130. Соколовская, Т.А. Проблема репродуктивного здоровья с позиции перинатологии / Т.А. Соколовская, О.В. Армашевская, Л.Ю. Чучалина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2016. – № 4. – С. 55–58.
131. Стародубов, В.И. Медицинские кадры Российской Федерации / В.И. Стародубов, И.М. Сон, С.А. Леонов [и др.]. – Москва: Менеджер здравоохранения, 2015. – 136 с.
132. Стародубов, В.И. Направления развития здравоохранения / В.И. Стародубов, А.В. Тихомиров // Главный врач: Хозяйство и право. – 2015. – № 3. – С. 4.
133. 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. - 118 с.
134. Ступак В.С. Многолетний показатель младенческой смертности, как индикатор социально-экономического развития Хабаровского края / В.С. Ступак, О.А. Сенькевич, З.А. Комарова // Социальные аспекты здоровья населения. 2017. – №1(53). – С. 11.
135. Ступак В.С. Младенческая смертность на территории Хабаровского края: исторический минимум, динамика и прогноз до 2020 года / В.С. Ступак, В.Н. Плющенко // Здравоохранение Дальнего Востока. 2016. – № 1(67). – С. 12-17.
136. Телеш, О.В. Возможные пути снижения младенческой смертности в отдельных регионах РФ / О.В. Телеш, Ю.В. Петренко, Д.О. Иванов // Педиатр. – 2017. – Т.8 № 1. – С. 89–94.
137. Ткаченко, А.А. Демографическая ситуация и национальная экономика России в первом десятилетии XXI века / А.А. Ткаченко // Власть. – 2012. – 10. – С. 4–9.



138. 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.
139. Устинова, О.В. Репродуктивный потенциал современной семьи: состояние и тенденции развития / О.В. Устинова, Л.Б. Осипова // Омский научный вестник. – 2014. – № 1 (125). – С. 40–43.
140. 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.
141. 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.
142. Филипова, А.Г. Оценка влияния региональных показателей на здоровье детей / А.Г. Филипова, А.В. Еськова // Ойкумена. Регионоведческие исследования. – 2017. – №4. – С. 124–132.
143. Фролов, С.В. Опыт внедрения региональной информационной системы мониторинга здоровья школьников / С.В. Фролов, М.А. Лядов, А.Ю. Потлов // Здоровье населения и среда обитания. – 2012. – № 6 (231). – С. 14–16.
144. Ходакова, О.В. К оценке репродуктивного потенциала населения на региональном уровне / О.В. Ходакова, В.А. Дударева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – №2. – С. 79-83.
145. 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.
146. 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.

147. Хорунжий, Н.В. Итоги диспансеризации детей в детской поликлинике / Н.В. Хорунжий // Научные механизмы решения проблем инновационного развития: сборник статей Международной научно-практической конференции в 3 частях. – 2017. – С. 169–171.
148. 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.
149. 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.
150. 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.
151. 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.
152. Чичерин, Л.П. Правовые аспекты охраны здоровья детей и подростков в Российской Федерации / Л.П. Чичерин, В.О. Щепин, Н.В. Никитин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 3. – С. 11–15.
153. Шабунова, А.А. Демографический потенциал и стимулирование рождаемости / А. А. Шабунова, О. Н. Калачикова // Народонаселение. – 2016. – № 4. – С. 47-56.
154. 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.

155. Шер, С.А. Охрана здоровья детей в странах Европы и США в начале XX века / С.А. Шер, Т.В. Яковлева // Российский педиатрический журнал. – 2017. – №20(6). – С. 382–384.
156. Шиган, Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях / Е.Н. Шиган. – М: Медицина, 1986. – 206 с.
157. Шильникова, Н.Ф. Обоснование программы повышения эффективности диспансеризации несовершеннолетних / Н.Ф. Шильникова, А.И. Сенижук, С.А. Горлова // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего востока России. – 2016. – № 2. – С. 9.
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. Региональные аспекты развития здравоохранения / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 5. – С. 3–7.
160. Щепин, О.П. О развитии здравоохранения Российской Федерации / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 3–7.
161. Щепин, О.П. Перспективы развития здравоохранения Российской Федерации / О.П. Щепин, Р.В. Коротких // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Том 23. – № 6. – С. 6–9.
162. Щербинин, П.П. Охрана материнства и младенчества в первое десятилетие советской власти на Тамбовщине (1918-1928 гг.) / П.П. Щербинин // Вестник Тамбовского университета. Серия: гуманитарные науки. – 2019. – Т. 24 № 179. – С. 186–197.
163. Щетинина, С.Ю. Мониторинг заболеваемости детского населения / С.Ю. Щетинина // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. –2012. – № 12 (94). – С. 146–150.

164. Argent, A.C. Considerations for assessing the appropriateness of high-cost pediatric care in low-income regions / A.C. Argent // *Front Pediatr.* – 2018. – №6. – p.68.
165. Ashiabi, G.S. Children's health status: examining the associations among income poverty, material hardship, and parental factors [Electronic resource] / G.S. Ashiabi, K.K. O'Neal // *PloS ONE.* – 2007. – № 2 (9). – Mode of access: [www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0000940](http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0000940) (дата обращения 08.06.2019).
166. Baltagi, B.H. Welfare Reform and Children's Health / B.N. Baltagi, Y.F. Yen // *Health Econ.* – 2016. – №25 (3). – P. 277-291.
167. Beck, A.F. Forging a pediatric primary care community partnership to support food-insecure families / A.F. Beck, A.W. Henize, R.S. Kahn [et al.] // *Pediatrics.* – 2014. – № 134 (2). – P. 564-571.
168. Birch, S. Human resources planning and the production of health: a needs-based analytical framework / S. Birch [et al.] // *Canadian Public Policy.* –2007. – P. 1–16.
169. Breslow, L. Health measurement in the third era of health / L. Breslow // *Am J Public Health.* – 2006. – №96. – P. 17–19.
170. Child Poverty in Perspective: An Overview of Child-Well-being in Rich Countries – Innocenti Report Card 7. Florence: UNICEF Innocenti Research Center, 2006. – 117 p.
171. 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.
172. 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.

173. 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.
174. Di Lallo, D. Information systems in neonatology and health planning / D. Di Lallo, A. Di Napoli // *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* – 2011. – № 24 (1). – P. 101-103.
175. Drukker, M. Children's health-related quality of life, neighborhood socioeconomic deprivation and social capital. A contextual analysis / M. Drukker, C. Kaplan, F. Feron [et al.] // *Soc Sci Med.* – 2003. – № 57 (5). – P. 825-841.
176. Duarte-Salles, M.I. Social inequalities in health among adolescents in a large southern European city / M.I. Duarte-Salles, C. Pasarin [et al.] // *J. Epidemiol. Community Health.* – 2011. – № 65. – P. 166-173.
177. 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](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/83757/E92049.pdf) (дата обращения 15.06.2019).
178. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // *Lancet*. – 2016. – № 388(10053). – P. 1459-1544.
179. 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.
180. Gwatkin, D.R. Socioeconomic differences in health, nutrition and population / D.R. Gwatkin, S. Rutstein, K. Johnson [et al.] // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2000. – № 78 (6). – P. 717-731.
181. Halfon, N. The changing nature of children's health development: new challenges require major policy solutions / N. Halfon, P.H. Wise, C.B. Forrest // *Health Aff (Millwood)*. – 2014. – № 33 (12). – P. 2116-2124.

182. Hambidge, S.J. A stepped intervention increases well-child care and immunization rates in a disadvantaged population / S.J. Hambidge, S.L. Phibbs, V. Chandramouli [et al.] // *Pediatrics*. - 2009. - № 2. - P. 455-464.
183. Haye, K. de la Covariance among multiple health risk behaviors in adolescents [Electronic resource] / K. de la Haye, E.J. D'Amico, J.N.V. Miles [et al.] // *PloS One*. - 2014. - № 9. - Mode of access: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0098141> (дата обращения 15.06.2019).
184. Heuvel, M. Social pediatrics: weaving horizontal and vertical threads through pediatric residency / M. Heuvel [et al.] // *BMC Med Educ*. - 2017. - №17. - p.12.
185. Horacek, U. German Society of Social Pediatrics and Adolescent Medicine / U. Horacek // *Kinderkrankenschwester*. - 2013. - № 32 (5). - P. 198.
186. Houtrow, A.J. Changing Trends of Childhood Disability 2001–2011 / A.J. Houtrow, K. Larson, L.M. Olson, P.W. Newacheck, N. Halfon // *Pediatrics*. - 2014. - № 134 (3). - P. 530-538.
187. Iida, H. Mother-perceived social capital and children's oral health and use of dental care in the United States / H. Iida, R.G. Rozier // *Am J Public Health*. - 2013. - № 103 (3). - P. 480-487.
188. Jones, C.P. Addressing the social determinants of children's health: a cliff analogy / C.P. Jones, C.Y. Jones, G.S. Perry [et al.] // *J Health Care Poor Underserved*. - 2009. - № 6. - P. 1-12.
189. 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.
190. 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 15.06.2019).

191. Lynam, M.J. The Richer social pediatrics model: fostering access and reducing inequities in children's health / M.J. Lynam, L. Scott, C. Loock, S.T. Wong // *Healthc Q.* - 2011. - № 3. - P. 41-46.
192. McDonald, E.M. Primary care opportunities to prevent unintentional home injuries: a focus on children and older adults / K. Mack, W.C. Shields, R.P. Lee, A.C. Gielen // *Am J Lifestyle Med.* - 2018. - №12(2). - P. 96-106.
193. Mortensen, L.H. Socioeconomic differences in perinatal health and disease Scand / L.H. Mortensen, K. Helweg-Larsen, A. Andersen // *J. Public. Health.* - 2011. - Vol. 39, suppl. 7. - P. 110-114.
194. Nakata, P.T. Classification of family risk in a Family Health Center / P.T. Nakata, L.I. Koltermann, K.R. de Vargas [et al.] // *Rev Lat Am Enfermagem.* - 2013. - № 21 (5). - P. 1088-1095.
195. Oreskovic, N.M. Adolescent report of lifestyle counseling / N.M. Oreskovic, E. Goodman, A.I. Robinson [et al.] // *Childhood Obesity (Print).* - 2014. - № 10. - P. 107.
196. 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 15.06.2019).
197. 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.
198. Rivara, F.P. The global problem of injuries to children and adolescents / F.P. Rivara // *Pediatrics.* - 2009. - № 1. - P. 168-169.
199. Schudro, A.S. Health-defining technology as an interaction of adolescents, family, school and the environment / A.S. Schudro // *Med. Perspektivi.* - 2014. - Vol. 19. - P. 159-164.
200. Sepehri, A. Socioeconomic status and children's health: evidence from a low-income country / A. Sepehri, H. Guliani // *Soc Sci Med.* - 2015. - № 130. - P. 23-31.

201. Smith, L.E. Psychosocial factors affecting parental report of symptoms in children: a systematic review / L.E. Smith, J. Weinman, J. Yiend, J. Rubin // *Psychosom Med.* – 2020. – №82 (2). – P. 187–196.
202. Souza, J.P. The world health organization multicountry survey on maternal and newborn health: study protocol / J. P. Souza [et al.] // *BMC Health Serv Res.* – 2011. – № 11. – P. 286.
203. Stille, C.J. Communication, comanagement, and collaborative care for children and youth with special healthcare needs / C.J. Stille // *Pediatr Ann.* – 2009. – № 9. – P. 498-504.
204. Strassburg, H.M. Clinical social pediatrics / H.M. Strassburg // *Klin Padiatr.* – 2010. – № 222 (1). – P.1-2.
205. Tucker, S. A school based community partnership for promoting healthy habits for life / S. Tucker, L. Lanningham-Foster // *J Community Health.* – 2011. –№ 36 (3). – P. 414-422.
206. Vernon-Feagans, L. The Family Life Project: an epidemiological and developmental study of young children living in poor rural communities / L. Vernon-Feagans, M. Cox // *Monogr. Soc. Res. Child.* – 2013. – № 78 (5). – P. 1-150.
207. Waterston, T. Child Rights and Health Care: International Society for Social Pediatrics and Child Health (ISSOP) Position Statement / T. Waterston, G. Yilmaz // *Child Care Health Dev.* – 2014. – № 40 (1). – P. 1-3.
208. 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.



## АНКЕТА

Изучение удовлетворенности населения доступностью первичной медико-санитарной помощи  
детям

Убедительная просьба внимательно прочитать и заполнить анкету!

Укажите Ваш регион \_\_\_\_\_

## I. Общие вопросы

## 1. Укажите, имеете ли Вы несовершеннолетних детей?

1. Да (если имеете, укажите количество детей \_\_\_\_\_) 2. Нет

2. Укажите возраст Вашего ребенка/детей: 1 ребенок - \_\_\_\_\_ 2 ребенок - \_\_\_\_\_ 3 ребенок - \_\_\_\_\_
- 
- 4 ребенок - \_\_\_\_\_ 5 ребенок - \_\_\_\_\_

*В случае, если у Вас несколько несовершеннолетних детей, на последующие вопросы необходимо ответить в отношении младшего ребенка!*

## 3. Как Вы оцениваете состояние здоровья Вашего ребенка?

1. Хорошее 3. Неудовлетворительное
- 
2. Удовлетворительное 4. Затрудняюсь ответить

## 4. Как часто Вы обращаетесь с ребенком за медицинской помощью в детскую поликлинику в течение года?

1. Не обращаюсь 3. Обращаюсь 3-4 раза в год
- 
2. Обращаюсь 1-2 раза в год 4. Обращаюсь ежемесячно

## 5. По каким причинам Вы чаще обращаетесь с ребенком в детскую поликлинику в течение года?

1. Посещение с профилактической целью (в диспансерные сроки)
- 
2. Обращение по поводу заболевания
- 
3. Посещение с неотложным состоянием

## 6. Укажите медицинские организации, в которых Ваш ребенок получал медицинскую помощь в амбулаторных условиях в течение года?

1. В государственной детской поликлинике
- 
2. В негосударственной медицинской организации (частном консультативном центре)
- 
3. Не обращались в медицинскую организацию
- 
4. Другое \_\_\_\_\_ (укажите \_\_\_\_\_)

## 7. Как Вы считаете, имеются ли в региональной системе здравоохранения проблемы в вопросах оказания медицинской помощи детскому населению? 1. Да 2. Нет

## 8. Укажите, какие, по Вашему мнению, существуют проблемы в региональной системе здравоохранения:

1. Низкая доступность медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения
- 
2. Увеличение доли платных медицинских услуг в государственных учреждениях здравоохранения
- 
3. Низкая доступность лекарственных препаратов, предусмотренных программой государственных гарантий
- 
4. Снижение качества предоставляемой медицинской помощи
- 
5. Отсутствие реальных механизмов реализации прав пациентов
- 
6. Недостаточное материально-техническое оснащение медицинских учреждений амбулаторно-поликлинического звена
- 
7. Несоблюдение этических-деонтологических норм сотрудниками медицинских учреждений
- 
8. Другое \_\_\_\_\_

## II. Доступность медицинской помощи

## 9. Оцените уровень транспортной доступности Вашей детской поликлиники?

№	Критерий	Характеристика	
9.1	Наличие общественного транспорта, включающего маршруты до детской поликлиники	1. Да	2. Нет
9.2	Наличие подъездных путей к детской поликлинике	1. Да	2. Нет

## 10. Укажите, какие способы записи на прием в детскую поликлинику Вам доступны:

1. Запись через единый электронный портал пациента
- 
2. Запись через постамат в медицинской организации
- 
3. Запись через регистратуру медицинской организации
- 
4. Затрудняюсь ответить

## 11. Укажите, имеете ли Вы проблемы при записи ребенка на прием в детскую поликлинику:

1. Нет

2. Да, длительное ожидание в очереди в регистратуре (укажите время ожидания \_\_\_\_\_)
3. Да, некорректное поведение медицинского персонала
4. Да, отсутствие информационного сопровождения
5. Да, отсутствие постамата в медицинской организации
6. Да, не доступен сервис единого электронного портала пациента

**12. Укажите сроки ожидания первичной медико-санитарной помощи в детской поликлинике:**

№	Условие	Срок предоставления медицинской помощи			
		1. В течение 2 часов	2. В течение 24 часов	3. В течение 14 календ. дней	4. В течение 30 календ. дней
12.1	Прием врача-участкового педиатра				
12.2	Прием врача-специалиста				
12.3	Прием врача-педиатра, оказывающего неотложную помощь				

**13. Удобен ли для Вас график работы врачей и служб детской поликлиники?**

1. Да
2. Нет

**14. Укажите, соблюдается ли назначенное время приема к врачу при обращении в детскую поликлинику?**

1. Да
2. Нет, приходится сталкиваться с очередностью (укажите время нахождения в очереди \_\_\_\_\_)

**15. Укажите, сталкивались ли Вы, при обращении в детскую поликлинику, с отказом в оказании медицинской помощи?**

1. Да, отказ в диагностических исследованиях
2. Да, отказ в лечении
3. Да, отказ в консультации узкого специалиста
4. Нет

**16. Возникали ли у Вас конфликты с лечащим врачом при получении медицинской помощи в детской поликлинике?**

1. Да
2. Нет

**17. Возникали ли у Вас конфликты со средним медицинским персоналом при получении медицинской помощи в детской поликлинике?**

1. Да
2. Нет

**18. Оцените параметры, характеризующие условия оказания медицинской помощи в Вашей детской поликлинике по 5-бальной шкале (5-отлично, 4-хорошо, 3- удовлетворительно, 2- неудовлетворительно, 1-крайне неудовлетворительно).**

№	Критерии	Оценка
18.1	Удобство ожидания приема (наличие стульев, кресел возле кабинетов)	
18.2	Санитарно-эпидемиологический режим в детской поликлинике (соблюдается ли чистота, имеются ли бактерицидные лампы, пункты выдачи масок, бахилы для пациентов)	
18.3	Всегда ли медицинский персонал соблюдает санитарно-гигиенические нормы (проведение манипуляций в стерильных перчатках, одноразовым инструментарием, мытье рук до и после проведения процедуры и др.)?	
18.4	Комфортность пребывания в медицинской организации (удобство, эстетика, заполнение времени ожидания, наличие наглядной информации (брошюр, плакатов и др.)	
18.5	Приспособлена ли детская поликлиника, в которой Вы обслуживаетесь, к оказанию медицинской помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья (наличие пандусов, специальные парковки для автомобилей, расширенных дверных проемов, цветowych ориентиров и др.)	

**19. Пользовались ли Вы правом выбора лечащего врача при получении медицинской помощи в детской поликлинике?**

1. Да
2. Нет, не был(а) информирован(а) о наличии данного права
3. Нет, хотел(а) воспользоваться данным правом, но получил(а) отказ
4. Затрудняюсь ответить

**20. Складываются ли у Вас и у Вашего ребенка доверительные отношения с лечащим врачом при получении медицинской помощи?**

1. Да
2. Нет

**21. Оцените отношение лечащего врача к Вашему ребенку при получении медицинской помощи?**

1. Доброжелательное 2. Равнодушное 3. Грубое

**22. При назначении лечения Вашему ребенку, информирует ли Вас лечащий врач о нежелательных эффектах терапии, об альтернативных методах лечения в письменном виде?**

1. Да 2. Нет

**23. Получаете ли Вы от лечащего врача информацию о состоянии здоровья Вашего ребенка в доступной форме?**

1. Да 2. Нет

**24. Удовлетворены ли Вы доступностью медицинской помощи в Вашей детской поликлинике?**

1. Удовлетворен(а), полностью  
2. Больше удовлетворен(а), чем не удовлетворен(а)  
3. Удовлетворен(а) не в полной мере  
4. Не удовлетворен(а)  
5. Затрудняюсь ответить

### III. Стратификационные характеристики

**25. Укажите Ваш пол:**

1. Мужской 2. Женский

**26. Укажите Ваш возраст:**

1. 18-25 лет 2. 26-35 лет 3. 36-45 лет 4. 46-55 лет 5. Старше 55 лет

**27. Укажите Ваш социальный статус:**

1. Работающий, служащий 3. Пенсионер, неработающий 5. Неработающий  
2. Пенсионер, работающий 4. Учащийся

**28. Укажите Ваш уровень образования:**

1. Неполное среднее 3. Среднее специальное 5. Высшее  
2. Среднее 4. Незаконченное высшее

**29. Укажите Ваш уровень дохода:**

1. Выше прожиточного минимума (11392,29 руб.) на одного члена семьи в месяц  
2. Ниже прожиточного минимума (11392,29 руб.) на одного члена семьи в месяц  
3. Соответствует прожиточному минимуму на одного члена в семье в месяц

*Благодарим Вас за участие!*

## АНКЕТА

*Уважаемые коллеги!*

*В целях изучения проблем в системе охраны материнства и детства на региональном уровне просим Вас высказать свое экспертное мнение по данному вопросу и представить характеристику проблем*

1. Укажите Вашу специальность: \_\_\_\_\_
2. Укажите Ваш стаж работы по специальности: \_\_\_\_\_
3. Укажите Вашу квалификационную категорию по специальности: \_\_\_\_\_
4. Укажите Ваш стаж работы в медицинских организациях: \_\_\_\_\_
5. Имеете ли вы специальность «Общественное здоровье и здравоохранение»: \_\_\_\_\_
6. Укажите Ваш стаж работы по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» \_\_\_\_\_
7. Укажите Вашу квалификационную категорию по специальности «Общественное здоровье и здравоохранение» \_\_\_\_\_
8. Укажите проблемы, существующие, на Ваш взгляд, в системе охраны материнства и детства:

№	Проблемная область	Есть	Нет	Характеристика проблем
1.	Нормативно-правовое обеспечение в системе охраны материнства и детства			
2.	Нормативно-правовое обеспечение межведомственного взаимодействия в системе охраны материнства и детства (медицинских организаций с органами социальной защиты населения)			
3.	Нормативно-правовое обеспечение прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья			
4.	Организация медицинской помощи детскому населению (ПМСП, специализированной, СМП, паллиативной) в рамках реализации порядков оказания медицинской помощи, этапности и маршрутизации			
5.	Доступность медицинской помощи детскому населению: сроки и порядок оказания медицинской помощи			
6.	Обеспечение материально-технической базы медицинской организации для оказания медицинской помощи детскому			

	населению			
7.	Кадровое обеспечение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению (укомплектованность штатными лицами, укомплектованность физическими лицами, совместительство)			
8.	Порядок информирования законных представителей несовершеннолетних о правах в сфере охраны здоровья (предоставление информации о состоянии здоровья ребенка, получение ИДС)			
9.	Ведение статистического учета и отчетности оказания медицинской помощи детскому населению			
10.	Организация контроля качества медицинской помощи детскому населению			
11.	Взаимодействие медицинских организаций, оказывающих ПМСП и специализированную медицинскую помощь детям, с органами опеки и попечительства			
12.	Взаимодействие медицинских организаций, оказывающих ПМСП и специализированную медицинскую помощь детям, с МВД (комиссией по делам несовершеннолетних)			
13.	Порядок организации и предоставления медико-социальной помощи детскому населению			

9. По Вашему мнению, существуют ли другие проблемы при оказании медицинской помощи детям (если да, укажите)?

---



---



---



---

*Благодарим за участие!*

**АНКЕТА**

*Убедительная просьба внимательно прочитать и заполнить анкету!*

1. **Ваш возраст (полных лет):** 1 - 15-20; 2 - 21-25; 3 - 26-30; 4 - 31-35; 5 - 36-40; 6 - 41-45; 7 - 46-48
2. **Ваше образование:** 1 - среднее; 2 - среднее специальное; 3 - неоконченное высшее; 4 – высшее
3. **Ваше социальное положение:** 1 - работающая; 2 - служащая; 3 - домохозяйка; 4 - учащаяся; 5 - занимаетесь предпринимательской деятельностью; 6 - безработная (состоите на учете по безработице); 7 – прочее.
4. **Ваше семейное положение:** 1 - живу в официально зарегистрированном браке; 2 - «живу в гражданском браке»; 3 - разведена; 4 - вдова; 5 - не состою и не состояла в браке.
5. **Ваше постоянное место жительства:** 1 – город; 2 - поселок (деревня).
6. **Оцените свои жилищные условия:** 1 – благоустроенные; 2 – неблагоустроенные.
7. **Ваш доход на одного члена семьи** (относительно минимального прожиточного уровня для трудоспособного населения): 1 – ниже 10436 р/мес.; 2 – выше 10436 р/мес.
8. **Привлекались ли Вы к юридической ответственности:** 1 - да; 2 - нет.
9. **Если Вы привлекались к юридической ответственности, то к какому виду:**  
1 - дисциплинарной; 2 - административной; 3 - гражданско-правовой; 4 - уголовной.
10. **Как Вы оцениваете состояние своего здоровья:** 1- удовлетворительное; 2 - хорошее;  
3 - неудовлетворительное; 4 - затрудняюсь ответить.
11. **Имеете ли Вы вредные привычки:** 1 – курение; 2 – алкоголь; 3 – наркотики; 4 – не имею вредных привычек.
12. **Занимаетесь ли Вы спортом:** 1 - да; 2 – иногда; 3 – занимаюсь регулярно (2-3 раза в неделю).
13. **Как часто в течение года Вы обращаетесь за медицинской помощью в медицинские организации:** 1 - 1-2 раза в год; 2 - 3-4 раза в год; 3 - ежемесячно; 4 - не обращаюсь, лечусь самостоятельно; 5 - не обращаюсь, т.к. не болею.
14. **Наблюдаетесь ли Вы у акушера-гинеколога в женской консультации:** 1 – да; 2 – нет.
15. **Имеете ли Вы или имели в течение жизни какие-либо гинекологические заболевания:**  
1 – да; 2 – нет.
16. **Какие из перечисленных патологий у Вас встречались:** 1 - ИППП (уреаплазмоз, хламидиоз и др.); 2 – цервицит («эрозия»); 3 – сальпингит; 4 – оофорит; 5 – эндометриоз; 6 – не имею заболеваний.
17. **Используете ли Вы методы контрацепции:** 1- да; 2 - нет.

- 18. С какой целью Вы предохраняетесь:** 1 – предотвратить наступление беременности; 2 – избежать инфекций, передаваемых половым путем.
- 19. Какие способы предохранения Вы используете:** 1 - барьерная; 2 - гормональная; 3 - прочие \_\_\_\_\_
- 20. Имели ли вы беременность:** 1 - да; 2 - нет; 3 - являюсь в настоящее время беременной.
- 21. Какое количество беременностей у Вас было \_\_\_\_\_, из них: \_\_\_\_\_ родов; \_\_\_\_\_ аборт; \_\_\_\_\_ выкидышей.**
- 22. Беременность, закончившаяся родами, наступила:** 1 - запланировано; 2 - случайно.
- 23. Проходили ли Вы специальную подготовку перед зачатием совместно с акушером-гинекологом:** 1 - да; 2 - нет.
- 24. Занимались ли Вы во время беременности в школе материнства или подобных школах:**  
1 - да; 2 – нет;
- 25. Ваш возраст на момент наступления беременности, которая завершилась родами: \_\_\_\_\_**
- 26. В каком возрасте произошли последующие роды: \_\_\_\_\_.**
- 27. Разница в возрасте между Вашими детьми: \_\_\_\_\_.**
- 28. Ваши психологические установки на момент наступления беременности:** 1 - готова к материнству; 2 - не готова к материнству, но уверена, что справлюсь; 3 - не готова к материнству.
- 29. При появлении ребенка в Вашей семье изменилась ли у Вас система ценностей:** 1- да, ребенок стал «смыслом» жизни; 2 - нет, жизненные приоритеты не изменились.
- 30. При появлении заболеваний у ребенка Вы обращаетесь в поликлинику к врачу:** 1 – сразу;  
2 – после самостоятельного лечения; 3 – после ухудшения состояния; 4 – не буду обращаться.
- 31. Соблюдаете ли Вы рекомендации, данные врачом-педиатром:** 1 - да; 2 - не всегда; 3 - нет.
- 32. Как часто Вы обращаетесь в детскую поликлинику (в течение года)?** 1 - в соответствии с календарем прививок; 2 - по заболеванию ребенка (2-3 раз в год); 3 - ежемесячно; 4 - за социальной помощью; 5 - не обращаюсь.
- 33. Как Вы оцениваете Вашу внутрисемейную «обстановку»:** 1 - благоприятная (преобладают взаимопонимание и взаимоуважение); 2 - напряженная (появляется недоверие, недопонимание); 3 - неблагоприятная (присутствует агрессия, отсутствует понимание).

*Благодарим за участие!*

**АНКЕТА**

*Убедительная просьба внимательно прочитать и заполнить анкету!*

**1. Ваш возраст (полных лет):**

1- 15-20; 2 - 21-25; 3 - 26-30; 4 - 31-35; 5 - 36-40; 6 - 41-45; 7 - 46-48; 8 - 49 и старше

**2. Ваше образование:** 1 - среднее; 2 - среднее специальное; 3 - неоконченное высшее;

4 – высшее.

**3. Ваше социальное положение:** 1 - работающий; 2 - служащий; 3 - учащийся; 4 - занимаетесь предпринимательской деятельностью; 5 - безработный (состоите на учете по безработице); 6 – прочее.**4. Ваше семейное положение:** 1 - живу в официально зарегистрированном браке; 2 - «живу в гражданском браке»; 3 - разведен; 4 - вдовец; 5 - не состою и не состоял в браке.**5. Ваше постоянное место жительства:** 1 – город; 2 - поселок (деревня).**6. Оцените свои жилищные условия:** 1 – благоустроенные; 2 – неблагоустроенные.**7. Ваш доход на одного члена семьи** (относительно минимального прожиточного уровня для трудоспособного населения): 1 – ниже 10436 р/мес.; 2 – выше 10436 р/мес.**8. Привлекались ли Вы к юридической ответственности:** 1 - да; 2 - нет.**9. Если привлекались к юридической ответственности, то к какому виду:**

1 - дисциплинарной; 2 - административной; 3 - гражданско-правовой; 4 - уголовной.

**10. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья:** 1- удовлетворительное; 2 - хорошее;

3 - неудовлетворительное; 4 - затрудняюсь ответить.

**11. Имеете ли Вы вредные привычки:** 1 – курение; 2 – алкоголь; 3 – наркотики;

4 – не имею вредных привычек.

**12. Занимаетесь ли Вы спортом:** 1 - да; 2 – иногда; 3 – занимаюсь регулярно (2-3 раза в неделю).**13. Какими видами спорта Вы занимаетесь (укажите, каким именно):**

\_\_\_\_\_.

**14. Как часто в течение года Вы обращаетесь за медицинской помощью в медицинские организации:** 1 - 1-2 раза в год; 2 - 3-4 раза в год; 3 - ежемесячно; 4 - не обращаюсь, лечусь самостоятельно; 5 - не обращаюсь, т.к. не болею.**15. Предохраняетесь ли Вы во время интимной связи:** 1 – да; 2 – нет.



16. С какой целью Вы предохраняетесь: 1 – предотвратить беременность; 2 – избежать инфекций, передаваемых половым путем.

17. Есть ли у Вас дети: 1 – нет; 2 – да (сколько) \_\_\_\_\_.

18. Разница в возрасте между Вашими детьми: \_\_\_\_\_.

19. Ваши психологические установки на момент рождения первого ребенка: 1 - готов к отцовству; 2 - не готов к отцовству, но уверен, что справлюсь; 3 - не готов к отцовству.

20. При появлении ребенка в Вашей семье изменилась ли у Вас система ценностей:

1- да, ребенок стал «смыслом» жизни; 2 - нет, жизненные приоритеты не изменились.

21. При наличии заболевания у ребенка Вы обращаетесь к врачу в поликлинику: 1 – сразу; 2 – после самостоятельного лечения; 3 – после ухудшения состояния; 4 – не буду обращаться.

22. Соблюдаете ли Вы рекомендации данные врачом-педиатром: 1 - да; 2 - не всегда; 3 - нет.

23. Как часто Вы обращаетесь в детскую поликлинику (в течение года)? 1 - в соответствии с календарем прививок; 2 - по заболеванию ребенка (2-3 раз в год); 3 - ежемесячно; 4 - за социальной помощью; 5 - не обращаюсь.

24. Как Вы оцениваете Вашу внутрисемейную «обстановку»: 1 - благоприятная (преобладают взаимопонимание и взаимоуважение); 2 - напряженная (появляется недоверие, недопонимание); 3 - неблагоприятная (присутствует агрессия, отсутствует понимание).

*Благодарим за участие!*

**ВЫКОПИРОВОЧНАЯ КАРТА №  
ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ФАКТОРОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЛИЯНИЕ НА  
СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС СЕМЬИ**

**ПЕРВЫЙ ДОРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ**

Срок беременности: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. беременной: \_\_\_\_\_

Возраст: \_\_\_\_\_

Профессия: \_\_\_\_\_

Профессиональные вредности: \_\_\_\_\_

Состоит ли в официальном браке: \_\_\_\_\_

Уровень материальной обеспеченности: \_\_\_\_\_

Бытовые условия семьи: \_\_\_\_\_

Вредные привычки родителей: Мать: курение - да/нет; алкоголизм - да/нет

Отец: курение - да/нет; алкоголизм - да/нет

Всего беременностей: \_\_\_\_\_, мертворожденных: \_\_\_\_\_

Причины смерти: \_\_\_\_\_

Течение настоящей беременности: \_\_\_\_\_

Посещает ли женскую консультацию: да/нет; школу матери: да/нет.

**Заключение:** степень антенатального риска: \_\_\_\_\_

направленность риска: по развитию патологии ЦНС, внутриутробного инфицирования, развития трофических нарушений и эндокринопатии, развития врожденных пороков органов и систем, наследственно обусловленных заболеваний; из группы социального риска

**ВТОРОЙ ДОРОДОВЫЙ ПАТРОНАЖ**

Дата приема сигнала из женской консультации: \_\_\_\_\_

Дата патронажа: \_\_\_\_\_ Срок беременности: \_\_\_\_\_

Факторы риска перинатальной патологии, выявившиеся в течение беременности: \_\_\_\_\_

Степень риска антенатальной патологии (в баллах): \_\_\_\_\_

Выполнение мероприятий, рекомендованных педиатром при первом осмотре: \_\_\_\_\_

Санитарно-гигиеническое состояние и содержание помещений: \_\_\_\_\_

Подготовка к принятию новорожденного: \_\_\_\_\_

**Заключение:** \_\_\_\_\_

характеристика в/у развития плода: \_\_\_\_\_

антенатальный риск: \_\_\_\_\_

направленность риска: по развитию патологии ЦНС, внутриутробного инфицирования, развития трофических нарушений и эндокринопатии, развития врожденных пороков органов и систем, наследственно обусловленных заболеваний; из группы социального риска.

### **СОЦИАЛЬНЫЙ ПАСПОРТ СЕМЬИ**

Образование матери: \_\_\_\_\_

Место работы, учёбы: \_\_\_\_\_

Образование отца: \_\_\_\_\_

Место работы, учёбы: \_\_\_\_\_

Имеются ли в семье еще дети: \_\_\_\_\_

Уровень материального достатка: \_\_\_\_\_

Жилищно-бытовые условия: \_\_\_\_\_

Общая семейная атмосфера: \_\_\_\_\_

Потребности семьи: \_\_\_\_\_

Выводы (статус семьи, патронаж): \_\_\_\_\_

## АНКЕТА

Уважаемые коллеги!

В целях изучения вопросов по организации медико-социальной помощи детскому населению на региональном уровне просим Вас высказать свое экспертное мнение по представленной проблеме

1. Укажите Вашу специальность: \_\_\_\_\_
2. Укажите Ваш стаж работы по специальности: \_\_\_\_\_
3. Укажите Вашу квалификационную категорию по специальности: \_\_\_\_\_
4. Укажите Ваш стаж работы в медицинских организациях: \_\_\_\_\_
5. Укажите медицинскую организацию, в которой Вы трудоустроены:
  1. медицинская организация г. Читы
  2. медицинская организация района Забайкальского края
  3. другое (укажите \_\_\_\_\_)

6. Дайте характеристику медико-социальной помощи детскому населению:

№	Вопрос	Да	Не т	Комментарии к ответу
1	Какое определение, по Вашему мнению, наиболее полно отражает понятие медико-социальная помощь:			
	- мультидисциплинарная профессиональная деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленная не только на восстановление, но и сохранение и укрепление здоровья			
	- реализация медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в т.ч. подросткового возраста, и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков, их социальную и правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни			
2	Укажите, имеется ли в Вашей медицинской организации отделение (кабинет) медико-социальной помощи?			
3	Укажите, имеются ли в структуре отделения (кабинета) медико-социальной помощи такие специалисты, как:			
	- специалист по социальной работе (социальный работник)			
	- психолог			
	- логопед			
	- консультант по юридическим вопросам (юрисконсульт)			
4	Укажите, на какие возрастные группы детского населения направлена деятельность отделения (кабинета) медико-социальной помощи:			
	- дети в возрасте до 18 лет			
	- дети в возрасте до 1 года			
	- дети в возрасте до 3 лет			
	- дети в подростковом периоде (от 12 до 17 лет)			
5	Как Вы считаете, эффективно ли реализуется межведомственное взаимодействие между Вашей медицинской организацией и органами опеки и попечительства, и комиссией по делам несовершеннолетних?			
6	В рамках медико-социальной помощи Вы осуществляете:			
	- антенатальную охрану плода (дородовый патронаж беременных)			
	- медико-социальный патронаж в семье, выявление в них лиц, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке			
	- оказание медико-психологической помощи на основе			

	индивидуального подхода с учетом особенностей личности, в т.ч. и путем анонимного приема			
	- осуществление мероприятий по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья девочек / девушек и мальчиков / юношей			
	- индивидуальная, групповая и коллективная санитарно-просветительная работа, пропаганда мер профилактики, направленных на формирование потребности в здоровом образе жизни			
	- оказание индивидуальной или опосредованной социально-правовой помощи детям, подросткам, семье по защите их прав и законных интересов в соответствии с действующим законодательством			
7	Как Вы считаете, нужна ли врачу педиатру специальная (дополнительная) подготовка для оказания медико-социальной помощи детскому населению?			
8	Укажите, включены ли вопросы по организации и оказанию медико-социальной помощи детскому населению в программу профессионального усовершенствования по Вашей специальности?			

7. Уважаемый эксперт! Проранжируйте по степени значимости, существующие, по Вашему мнению, проблемы в системе охраны материнства и детства, ограничивающие эффективность и доступность оказания медико-социальной помощи детскому населению (ранг 1 - наиболее значимая причина, 10 ранг - наименее значимый фактор):

ПРОБЛЕМНЫЕ ОБЛАСТИ	РАНГ
Недостаточное нормативно-правовое регулирование вопросов организации и оказания медико-социальной помощи детскому населению	
Отсутствие/ недостаточная обеспеченность медицинских организаций отделениями (кабинетами) медико-социальной помощи	
Недостаточное обеспечение медицинских организаций, в том числе отделений (кабинетов) медико-социальной помощи, медицинскими и психолого-педагогическими кадрами	
Низкий социальный статус специалистов, оказывающих медико-социальную помощь (низкая заработная плата)	
Отсутствие специальной подготовки специалистов по вопросам оказания медико-социальной помощи детскому населению	
Недостаточный уровень профессиональных знаний и умений специалистов, оказывающих медико-социальную помощь детскому населению	
Низкая преемственность между медицинскими организациями системы охраны материнства и детства в вопросах оказания медико-социальной помощи	
Низкая эффективность межведомственного взаимодействия учреждений системы охраны материнства и детства в вопросах оказания медико-социальной помощи	
Ограниченная доступность первичной медико-санитарной помощи детскому населению	
Отсутствие единой информационной системы (базы) между учреждениями системы охраны материнства и детства различных ведомств	

*Благодарим Вас за участие!*

## АНКЕТА

**Изучение уровня правовой грамотности населения в сфере защиты прав детей***Убедительная просьба внимательно прочитать и заполнить анкету!***I. Правовой статус респондента****1. Как Вы считаете - права ребенка закреплены на законодательном уровне в Российской Федерации?**

1. Да
2. Нет

**2. Назовите нормативные акты, регламентирующие права ребенка в мире и в Российской Федерации?**

1. «Декларация прав ребенка», ООН, 1959 г.
2. Налоговый кодекс
3. Конвенция ООН «О правах ребенка», 1989 г.
4. «Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей», ООН, в 1990 г.
5. Конституция Российской Федерации
6. Семейный кодекс
7. Федеральный закон «О валютном регулировании и валютном контроле»
8. Федеральный закон от 24.07.1998 N 124-ФЗ (ред. от 28.11.2015) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»
9. Федеральный закон от 24.06.1999 г. N 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»
10. Уголовный кодекс
11. Другое (указать) \_\_\_\_\_

**3. Откуда Вы узнали законодательные акты в сфере защиты прав детей?**

1. Из средств массовой информации
2. В образовательном учреждении (дошкольном, школьном)
3. В медицинской организации (поликлиника, женская консультация, детская поликлиника)
4. От родственников, друзей, коллег по работе
5. В органах социальной защиты населения
6. Не знал(а)
7. Другое (указать) \_\_\_\_\_

**4. Как вы считаете, реализуется ли в РФ политика ювенальной юстиции?**

1. Да, в соответствии с принятыми изменениями в 2013 г. в УК РФ
2. Нет, правовые нормы в области ювенальной юстиции в РФ не предусмотрены
3. Нет ответа

**5. В какой форме родителям необходимо выполнять обязательства по воспитанию ребенка?**

1. Родители обязаны воспитывать ребенка в любви и заботе, уважая его человеческое достоинство
2. Родители могут воспитывать ребенка с элементами грубости и пренебрежения в определенных ситуациях
3. Родители не обязаны заниматься воспитанием детей
4. Затрудняюсь ответить

**6. Допускаете ли Вы применение таких способов воспитания ребенка, как оскорбление и физическое наказание (шлепок)?**

1. Нет, это не допустимо
2. Да, в определенных ситуациях
3. Да, это эффективный способ воспитания

**7. В соответствии с семейным кодексом РФ, права родителей должны реализовываться путем:**

1. Обеспечения интересов ребенка

2. Могут осуществляться в противоречии с интересами ребенка
  3. Затрудняюсь ответить
- 8. Укажите возрастной ценз ребенка, до достижения которого Вам необходимо давать информированное добровольное согласие/отказ на медицинское вмешательство:**
1. 15 лет (16 лет в случае, если ребенок наркозависим)
  2. 18 лет
  3. Затрудняюсь ответить
- 9. В случае, если родители, либо официальные представители ребенка, не дают информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, имеет ли право лечащий врач (в лице медицинской организации) обжаловать их решение в суде?**
1. Да, действуя в интересах ребенка
  2. Нет, родители самостоятельно принимают решение и несут ответственность
  3. Затрудняюсь ответить
- 10. Как Вы считаете, соблюдаете ли Вы права ребенка в полном объеме в соответствии с законодательством?**
1. Да
  2. Не всегда, (укажите почему) \_\_\_\_\_
  3. Нет, (укажите почему) \_\_\_\_\_
  4. Затрудняюсь ответить
- 11. Какие органы государственной власти обеспечивают соблюдение прав ребенка:**
1. Органы социальной защиты населения, органы опеки и попечительства
  2. Образовательные учреждения
  3. Медицинские организации
  4. Комиссия по делам несовершеннолетних
  5. Уполномоченный по правам ребенка
  6. Затрудняюсь ответить
  7. Другое \_\_\_\_\_
- 12. Знает ли Вы, что в детской поликлинике работает специалист по социальной работе?**
1. Да
  2. Нет
- 13. Откуда Вы узнали, о данном специалисте в медицинской организации?**
1. От участкового педиатра
  2. От акушера-гинеколога в женской консультации
  3. Из средств массовой информации, в том числе из ресурсов сети Интернет
  4. От друзей, родственников, коллег
  5. Узнал в процессе анкетирования
- 14. Какие функции выполняет специалист по социальной работе в детской поликлинике?**
1. Выявляет и работает с социально-уязвимыми и социально-неблагополучными семьями
  2. Координирует работу социальную работу совместно с отделом опеки и попечительства и комиссией по делам несовершеннолетних
  3. Затрудняюсь ответить
  4. Другое (указать) \_\_\_\_\_
- 15. Приходилось ли Вам обращаться к специалисту по социальной работе в детской поликлинике?**
1. Да, направлял участковый педиатр
  2. Да, самостоятельно обратились к данному специалисту
  3. Нет
- 16. При нарушении прав ребенка, в какие органы и службы необходимо обратиться за помощью:**
1. В медицинскую организацию (участковом педиатру, акушеру-гинекологу женской консультации)
  2. Специалисту по социальной работе в медицинской организации
  3. Специалисту по социальной работе в образовательном учреждении

4. В органы социальной защиты населения
5. Другое (указать) \_\_\_\_\_

**17. Назовите критерии, которые, по Вашему мнению, могут выступать факторами риска социального неблагополучия семьи:**

1. Мать-одиночка
2. Несовершеннолетняя мать
3. Родители - студенты
4. Неудовлетворительные материально-бытовые условия
5. Жестокое обращение с ребенком
6. Неудовлетворительный уход за ребенком
7. Родители, употребляющие алкогольные напитки и наркотические вещества
8. Другое (указать) \_\_\_\_\_

**18. К какому виду ответственности могут быть привлечены родители, за несоблюдение прав ребенка?**

1. К уголовной
2. К административной
3. К дисциплинарной
4. К гражданско-правовой
5. Затрудняюсь ответить

**19. В случае, если права и свободы ребенка нарушаются в семье, могут ли его изъять из семьи?**

1. Да
2. Нет

**20. Как Вы оцениваете свой уровень правовой грамотности в вопросах информированности о правах ребенка:**

1. хороший
2. удовлетворительный
3. неудовлетворительный

**21. Хотели бы Вы повысить уровень своих знаний о правах ребёнка и правовом воспитании детей?**

1. Да
2. Нет

**22. В каком виде Вам предпочтительнее получать информацию о вопросах соблюдения прав ребенка:**

1. Через СМИ
2. На сайте медицинской организации (детской поликлиники)
3. В медицинской организации (на приеме у врача)
4. Другое (указать) \_\_\_\_\_

**II. Стратификационные критерии респондента**

**23. Укажите Ваш возраст:**

1. До 20 лет
2. 21-30 лет
3. 31-40 лет
4. 41-50 лет
5. Старше 51 года

**24. Укажите Ваш пол:** 1. Женский 2. Мужской

**25. Укажите Ваш социальный статус:**

1. Учащийся
2. Работающий
3. Неработающий

**26. Укажите Ваше семейное положение:**

1. Замужем/женат в официально зарегистрированном браке
2. Замужем/женат в «гражданском» браке
3. Не замужем/холост

**27. Укажите Ваше материальное положение:**

1. Уровень дохода на одного члена семьи выше прожиточного минимума (10924,47 руб.)
2. Уровень дохода на одного члена семьи ниже прожиточного минимума (10924,47 руб.)

**28. Укажите Ваши жилищно-бытовые условия:** 1. Благоустроенные 2. Неблагоустроенные

*Благодарим за участие!*



**АНКЕТА****Изучение уровня правовой грамотности медицинских работников в сфере правовой защиты детей***Убедительная просьба внимательно прочитать и заполнить анкету!***I. Правовой статус респондента****1. Как Вы считаете - права ребенка закреплены на законодательном уровне в Российской Федерации?**

1. Да                      2. Нет

**2. Выберите нормативные акты, регламентирующие права ребенка:**

12. «Декларация прав ребенка», ООН, 1959 г.  
 13. Налоговый кодекс РФ  
 14. Конвенция ООН «О правах ребенка», 1989 г.  
 15. «Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей», ООН, в 1990 г.  
 16. Конституция Российской Федерации  
 17. Семейный кодекс РФ  
 18. Федеральный закон «О валютном регулировании и валютном контроле»  
 19. Федеральный закон от 24.07.1998 N 124-ФЗ (ред. от 28.11.2015) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»  
 20. Федеральный закон от 24.06.1999 г. N 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»  
 21. Уголовный кодекс РФ  
 22. Другое (указать) \_\_\_\_\_

**3. Выберите наиболее информативные и доступные источники получения информации о нормативно-правовых актах в сфере защиты прав детей:**

8. Средства массовой информации  
 9. Программы дополнительного профессионального образования по специальности в ВУЗе  
 10. Интернет-источники  
 11. Затрудняюсь ответить  
 12. Другое (указать) \_\_\_\_\_

**4. Как вы считаете, реализуется ли в РФ политика ювенальной юстиции?**

1. Да, в соответствии с принятыми изменениями в 2013 г. в УК РФ  
 2. Нет, правовые нормы в области ювенальной юстиции в РФ не предусмотрены  
 3. Затрудняюсь ответить

**5. По Вашему мнению, является ли семейный кодекс РФ нормативно-правовым документом, регламентирующим права ребенка?**

1. Да  
 2. Нет  
 3. Затрудняюсь ответить

**6. Укажите, в какой форме родителям необходимо выполнять обязательства по воспитанию ребенка (в соответствии с нормой семейного кодекса РФ):**

5. Родители обязаны воспитывать ребенка в любви и заботе, уважая его человеческое достоинство  
 6. Родители могут воспитывать ребенка с элементами грубости и пренебрежения в определенных ситуациях  
 7. Родители не обязаны заниматься воспитанием детей  
 8. Затрудняюсь ответить

**7. Как Вы считаете - правомерно ли применение со стороны родителей таких способов воспитания ребенка, как оскорбление и физическое наказание (шлепок)?**

4. Нет, это не допустимо  
 5. Да, в определенных ситуациях  
 6. Да, так как это эффективный способ воспитания

**8. Укажите, каким образом должны реализовываться права родителей в соответствии с нормой семейного кодекса РФ:**

4. Путем обеспечения интересов ребенка

5. Могут реализовываться в противоречии с интересами ребенка, с учетом личных, в т.ч. конфессиональных и иных убеждений
  6. Затрудняюсь ответить
- 9. В соответствии с ФЗ от 21.11.2011г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», укажите возрастной ценз ребенка, до достижения которого врачу необходимо получить информированное добровольное согласие/отказ на медицинское вмешательство у родителей (законных представителей) ребенка:**
4. 15 лет
  5. 16 лет в случае, если ребенок имеет наркотическую зависимость
  6. 18 лет
  7. Затрудняюсь ответить
- 10. В случае, если родители, либо официальные представители ребенка не дают информированное добровольное согласие/отказ на медицинское вмешательство, имеет ли право лечащий врач (в лице медицинской организации) обжаловать их решение в суде?**
4. Да, действуя в интересах ребенка
  5. Нет, родители самостоятельно принимают решение и несут ответственность
  6. Затрудняюсь ответить
- 11. Назовите органы государственной власти, ответственные за обеспечение соблюдение прав ребенка:**
8. Федеральные органы государственной власти
  9. Органы государственной власти субъекта
  10. Министерство здравоохранения РФ (Министерство здравоохранения субъектов)
  11. Министерство труда и социальной защиты
  12. Министерство образования
  13. Министерство внутренних дел
  14. Уполномоченный по правам ребенка
  15. Затрудняюсь ответить
  16. Другое \_\_\_\_\_
- 12. Используете ли Вы в своей профессиональной деятельности Приказ МЗ Забайкальского края от 16.08.2012г. №374 «Об организации работы медицинских учреждений с социально-неблагополучными и социально-уязвимыми семьями на территории Забайкальского края»?**
1. Да
  2. Нет
  3. Затрудняюсь ответить
- 13. Приходилось ли Вам, в рамках выполнения своих функциональных обязанностей взаимодействовать со специалистом по социальной работе медицинской организации?**
4. Да, при выявлении социально-уязвимых и социально-неблагополучных семей на обслуживаемом участке
  5. Нет
- 14. Назовите функции, которые должен выполнять врач-педиатр (участковый) в соответствии с Приказом МЗ Забайкальского края от 16.08.2012 г. №374«Об организации работы медицинских учреждений с социально-неблагополучными и социально-уязвимыми семьями на территории Забайкальского края»:**
1. Представление полной информации о социальном положении населения обслуживаемой территории
  2. Выявление и учет семей, имеющих детей до 17 лет, нуждающихся в социальной помощи и поддержке и проживающих на обслуживаемой территории
  3. Решение вопроса о материальной поддержке социально-неблагополучной семьи
  4. При выявлении социально-неблагополучной или социально-уязвимой семьи, имеющей несовершеннолетних детей, требующих контроля, представляет письменную информацию о данной семье специалисту по социальной работе
  5. При взятии данных семей на учет должен организовать проведение патронажа
- 15. Укажите Ваши действия при выявлении факта нарушения прав ребенка в семье:**
6. Сообщить специалисту по социальной работе в медицинской организации о факте нарушения прав ребенка
  7. Сообщить специалисту по социальной работе в образовательном учреждении о факте нарушения прав ребенка

8. Сообщить в органы опеки и попечительства о факте нарушения прав ребенка
9. Другое (указать) \_\_\_\_\_
10. Затрудняюсь ответить
- 16. Назовите критерии, которые, по Вашему мнению, могут выступать факторами риска социального неблагополучия семьи:**
9. Мать-одиночка
10. Несовершеннолетняя мать
11. Родители - студенты
12. Неудовлетворительные материально-бытовые условия
13. Жестокое обращение с ребенком
14. Неудовлетворительный уход за ребенком
15. Родители, употребляющие алкогольные напитки и наркотические вещества
16. Другое (указать) \_\_\_\_\_
- 17. Назовите виды ответственности, к которым могут быть привлечены родители за нарушение прав ребенка:**
6. Уголовная ответственность
7. Административная ответственность
8. Дисциплинарная ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность
10. Затрудняюсь ответить
- 18. В случае, если права и свободы ребенка нарушаются в семье, можно ли его изъять из семьи?**
2. Да                    2. Нет                    3. Затрудняюсь ответить
- 19. Как Вы оцениваете свой уровень правовой грамотности в вопросах информированности о правах ребенка:**
4. Хороший            2. Удовлетворительный            3. Неудовлетворительный
- 20. Необходимо ли Вам повысить уровень своих знаний в вопросах нормативно-правового обеспечения прав ребёнка?**
2. Да                    2. Нет
- 21. В каком виде Вам предпочтительнее получать информацию о нормативно-правовом обеспечении прав ребенка в связи с выполнением своих профессиональных обязанностей?**
5. Через СМИ
6. Путем участия в образовательном семинаре по данному вопросу
7. Другое (указать) \_\_\_\_\_
- II. Стратификационные критерии респондента**
- 22. Укажите Ваш возраст:**
2. До 20 лет    2. 21-30 лет    3. 31-40 лет    4. 41-50 лет    5. Старше 51 года
- 23. Укажите Ваш пол:** 1. Женский            2. Мужской
- 24. Укажите Вашу специальность**
- 
- 25. Укажите Ваш стаж работы в данной специальности:**
- 
- 26. Укажите имеется ли у Вас квалификационная категория по специальности «Педиатрия»:**
3. Да (укажите какая \_\_\_\_\_)
4. Нет

*Благодарим за участие!*



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ  
 ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
 ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
 ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**ЧИТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ  
 МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**  
 672000, г. Чита, ул. Горького, 39а  
 факс 323058, тел. 354324  
 E - mail: [pochta@chitgma.ru](mailto:pochta@chitgma.ru)  
 Исх. № 14/30 от 20.09.2011

*А.В. Говорин*  
 «05» *сентября* 2011 года

«УТВЕРЖДАЮ»  
 Ректор ФГБОУ ВО ЧГМА  
 Минздрава России  
 д.м.н., профессор А.В. Говорин



### АКТ

**внедрения результатов диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Дударевой Викторнии Андреевны**  
**«Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья»**

Результаты диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Дударевой Викторнии Андреевны «Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья» внедрены в образовательный процесс кафедры общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России и используются при реализации образовательного модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» дисциплины «Правовые основы охраны здоровья» в структуре ОПОП по специальностям «Педиатрия» (уровень специалитета), в структуре ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по специальности «Педиатрия», программ ДПО по специальности «Педиатрия».

Проректор по НИР ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России,  
 д.м.н., профессор



Н.В. Ларева

Заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения  
 и экономики здравоохранения, д.м.н., доцент



О.В. Ходакова

Подписи заверяю:

*Подпись Н.В. Ларевой заверяю*  
 Начальник отдела кадров  
 ФГБОУ ВО «Читинская государственная  
 медицинская академия» Минздрава России  
  
 Коржова Т.А.

*Подпись О.В. Ходаковой заверяю*  
 Начальник отдела кадров  
 ФГБОУ ВО «Читинская государственная  
 медицинская академия» Минздрава России  
  
 Коржова Т.А.



РОССИЯ  
 Министерство здравоохранения  
 РФ  
 Федеральное государственное бюджетное образовательное  
 Учреждение  
 Высшего образования  
 ИРКУТСКИЙ  
 ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
 МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
 664003 г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1  
 Телеграфный адрес: Иркутск, медуниверситет  
 Телефон 24-38-25, факс 24-08-26, 24-35-97  
 e-mail: administrator@ismu.baikal.ru

«УТВЕРЖДАЮ»

Ректор

**ФГБОУ ВО Иркутский государственный  
 медицинский университет**



профессор И.В. Малов

«01» сентября 2018 года

## АКТ

**внедрения результатов диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Дударевой Виктории Андреевны «Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья»**

Результаты диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Дударевой Виктории Андреевны «Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья» внедрены в образовательный процесс кафедры «Детских болезней и детских инфекций» и используются при реализации образовательного модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в структуре ОПОП по специальности «Педиатрия» (уровень специалитета), в структуре ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», программ дополнительного профессионального образования.

Председатель комиссии  
 Проректор по научной работе, профессор  
 (ДОЛЖНОСТЬ, СТЕПЕНЬ, ЗВАНИЕ)

*И.Ж. Семицкий*  
 (ПОДПИСЬ)

И.Ж. Семицкий  
(ФИО)

Члены комиссии  
 Проректор по лечебной работе  
 и последипломному образованию, профессор  
 (ДОЛЖНОСТЬ, СТЕПЕНЬ, ЗВАНИЕ)

*А.Н. Калягин*  
 (ПОДПИСЬ)

А.Н. Калягин  
(ФИО)

Заведующий кафедрой Детских болезней и детских инфекций  
 (ДОЛЖНОСТЬ, СТЕПЕНЬ, ЗВАНИЕ)

*Т.С. Крупская*  
 (ПОДПИСЬ)

Т.С. Крупская  
(ФИО)

Подписи заверяю:

Начальник отдела кадров

\_\_\_\_\_  
(ПОЛНОЕ НАИМЕНОВАНИЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ)

МП

\_\_\_\_\_  
(ФИО СОТРУДНИКА ОТДЕЛА КАДРОВ)

Подпись *Семицкий И.Ж.* удостоверяю  
 Специалист по кадровой работе  
*С.С. Семицкий*  
 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное  
учреждение высшего образования  
«АМУРСКАЯ  
ГОСУДАРСТВЕННАЯ  
МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ»  
(ФГБОУ ВО Амурская ГМА)  
Горького ул., 95, г. Благовещенск, 675000  
тел/факс (4162)319-009, 319-007  
E-mail: amursma@amursma.su

01.09.18 № 1720



Ректор ФГБОУ ВО Амурская ГМА

Минздрава России

Т.В. Заболотских

«01» сентября 2018 года

### АКТ

**внедрения результатов диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Дударевой Виктории Андреевны «Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья»**

Результаты диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Дударевой Виктории Андреевны «Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья» внедрены в образовательный процесс кафедры общественного здоровья и здравоохранения и используются при реализации образовательного модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» в структуре ОПОП по специальности «Педиатрия» (уровень специалитета), в структуре ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение», программ дополнительного профессионального образования.

Председатель комиссии

Проректор по учебной работе ФГБОУ ВО Амурская ГМА  
Минздрава России, к.м.н., доцент

/Лоскутова Н.В.

Члены комиссии

доцент кафедры общественного  
здоровья и здравоохранения, к.м.н.

/Сундукова Е.А.

главный врач Научно-практического  
лечебного центра «Семейный врач», к.м.н.

/Борзенко Е.С.

Подпись заверяю:

Начальник отдела кадров ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России

Добровольская А.Ю.





УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГУЗ «ДКМЦ г. Чить»  
И.В. Нардина  
2014 года

## АКТ

**внедрения результатов диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Дударевой Виктории Андреевны «Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья»**

Результаты диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Дударевой Виктории Андреевны «Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья», реализуемые на основе использования разработанного электронного ресурса «Личный кабинет несовершеннолетнего пациента» внедрены в деятельность ГУЗ «Детский клинический медицинский центр г. Чить» с целью повышения эффективности междисциплинарного взаимодействия специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, улучшения информационного сопровождения несовершеннолетних пациентов из групп высокого социального риска при оказании медико-социальной помощи.

Главный врач ГУЗ «ДКМЦ г. Чить»



И.В. Нардина





УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГУЗ «Красная больница №3»  
И.И. Горяев  
20 декабря 2017 года



## АКТ

внедрения результатов диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Дударевой Викторнии Андреевны  
«Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья»

Результаты диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Дударевой Викторнии Андреевны «Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья», реализуемые на основе использования разработанного электронного ресурса «Личный кабинет несовершеннолетнего пациента» внедрены в деятельность ГУЗ «Красная больница №3» с целью повышения эффективности междисциплинарного взаимодействия специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, улучшения информационного сопровождения несовершеннолетних пациентов из группы высокого социального риска при оказании медико-социальной помощи.

Главный врач ГУЗ «Красная больница №3»



*Игорь Горяев*

И.И. Горяев



### АКТ

**внедрения результатов диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Дударевой Виктории Андреевны «Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья»**

Результаты диссертационной работы на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Дударевой Виктории Андреевны «Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья», реализуемые на основе использования разработанного электронного ресурса «Личный кабинет несовершеннолетнего пациента» внедрены в деятельность ГУЗ «Балейская ЦРБ» с целью повышения эффективности междисциплинарного взаимодействия специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, улучшения информационного сопровождения несовершеннолетних пациентов из групп высокого социального риска при оказании медико-социальной помощи.



Е.В. Гузеева

Д.А. Драгунский