

*На правах рукописи*

**ФАРРАХОВ АЙРАТ ЗАКИЕВИЧ**

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

**14.02.03 - «Общественное здоровье и здравоохранение»**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

**Москва - 2014**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр здоровья детей»

**Научные консультанты:**

доктор медицинских наук,  
профессор, академик РАН

**Баранов Александр Александрович**

заслуженный деятель науки РФ,  
доктор медицинских наук,  
профессор

**Альбицкий Валерий Юрьевич**

**Официальные оппоненты:**

**Коновалов Олег Евгеньевич** - доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены ФГБОУ ВПО «Российский Университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации

**Орёл Василий Иванович** - заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Жданова Людмила Алексеевна** – заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической педиатрии с курсом здорового ребенка и общего ухода за детьми ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Ведущая организация:** Федеральное бюджетное государственное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2015 г. в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 001.023.01 при ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» по адресу: 119991 г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр.1

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» по адресу: 119991 г. Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр.1 и на сайте <http://www.nczd.ru>

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2015 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук

**Винярская Ирина Валериевна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Прошедшие за последние два десятилетия экономические преобразования в стране затронули все аспекты существующей системы здравоохранения, а также отразились на социальном положении и состоянии здоровья детского населения (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2005-2014; Яковлева Т.В., 2012; Байбарина Е.Н., 2013; Намазова-Баранова Л.С., 2014).

В рамках реализации Национального проекта «Здоровье», завершенных в территориях программ модернизации здравоохранения (2011-2013 гг.) были созданы благоприятные условия лечения больных, нового уровня оснащенности и информатизации учреждений, стандартизации предоставляемой медицинской помощи [Гайдаров Г.М., 2011; Зимина Э.В. 2011; Байбарина Е.Н., 2013, 2014; Плутницкий А.Н., 2014]. Вступила в силу государственная программа по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) [Гончарова О.В., 2012; Губкина О.А., 2013].

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

Одним из приоритетных документов является распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 г. №2599-р, содержащий «План мероприятий

(«Дорожная карта») и изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения». В нем приведены целевые показатели 2013-2018 гг. по работе медицинских учреждений и уровню зарплаты медиков. Однако, выполнение заданных параметров на настоящий момент требует серьезнейшей реорганизации всей системы здравоохранения.

Изменение существующей системы здравоохранения, как в рамках страны в целом, так и на региональном, и муниципальном уровнях без научно обоснованных концептуальных подходов может привести к негативным последствиям - полной утрате управляемости отраслью, и, как следствие, ухудшению показателей здоровья населения (Плутницкий А.Н., 2014).

Федеральная «дорожная карта» стала матрицей для составления региональных программ, которые имеют конкретные различия, определяющиеся региональной структурой заболеваемости и смертности населения, а также состоянием инфраструктуры учреждений здравоохранения регионов (процесс конкретизации «дорожной карты»). Для определения заданных региональных показателей необходимо определить потребности населения, проживающего в регионе, в разных видах медицинской помощи (Подушкина И.В., 2014).

Современный уровень научных исследований в области изучения формирования здоровья населения и его тенденций требует, прежде всего, анализа интегрированной системы медико-демографических показателей здоровья населения с учетом региональных особенностей, что является необходимым условием рациональной организации деятельности системы здравоохранения на конкретной территории (Баранов А.А., Яковлева Т.В., Альбицкий В.Ю., 2008; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., 2013).

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

направленных на комплекс проблем, определяющих здоровье детского населения, а также качество и доступность оказываемой медицинской помощи на всех ее этапах, что представляет собой новую проблему в научном и прикладном отношении (Альбицкий В.Ю., 2012; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2014). Итогом должны стать модель ресурсного обеспечения системы здравоохранения и разработка программы развития здравоохранения субъекта Российской Федерации.

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

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

**Задачи исследования:**

1. Обосновать методологию комплексного исследования системы охраны здоровья детского населения в условиях реорганизации здравоохранения.
2. Оценить состояние здоровья детского населения Республики Татарстан (демографические процессы, заболеваемость, инвалидность, смертность).
3. Дать экспертную оценку материально-технического и кадрового обеспечения, объемов и качества предоставляемой медицинской помощи детскому населению на всех этапах с выделением проблемных зон.
4. Определить проблемы и пути совершенствования системы охраны здоровья детей по данным медико-социологических исследований (руководители муниципальных образований, врачи амбулаторно-

поликлинической и стационарной службы, родители детей, получивших амбулаторную и стационарную помощь).

5. Сформировать основные векторы совершенствования детского здравоохранения.

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

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

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

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

В результате проведенного исследования была получена следующая новая научная информация:

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

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

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

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

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

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

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

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

В соответствии с Планом мероприятий Координационного Совета при Президенте Российской Федерации по реализации «Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы» разработана модель медико-социального сопровождения детей и подростков в субъекте Российской Федерации, определены основные организационные принципы трехуровневой системы медико-социального сопровождения детского населения.

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

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

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

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

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

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

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

Предложенные инновации в развитии профилактического направления и модернизации здравоохранения, организации медицинской и медико-социальной помощи детскому населению могут служить основой для разработки плана мероприятий по дальнейшему совершенствованию системы охраны здоровья детей - «дорожных карт» субъектов Российской Федерации.

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



- Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 18.05.2007 г. № 195 «Об утверждении порядка направления и приема детей и подростков, нуждающихся в социальной реабилитации, в специализированные учреждения для несовершеннолетних»;

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

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

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

- приказ МЗ РТ от 30.12.2011 № 1871 «Об организации оказания круглосуточной хосписной помощи детям»;

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

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

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

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

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

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

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

- программа модернизации здравоохранения РТ на 2011-2012 гг. (Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 10 марта 2011 г. N 179).

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

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

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

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

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

**Личное участие диссертанта.** Все использованные в работе данные получены при непосредственном участии автора как на этапе постановки цели и задач, разработки методологии исследования, так и сборе первичных данных, проведении исследований, обработке, анализе и обобщении полученных результатов для написания и оформления рукописи.

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

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

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

1. **Глава 1.** Анализ литературы, посвященной состоянию здоровья и проблемам охраны здоровья детей, позволил разработать методологию исследования. Ее научной основой стал комплексный подход, позволяющий рассматривать обеспечение анализа основных показателей здоровья детского населения (заболеваемость, инвалидность и смертности) как одну из актуальных задач современного отечественного здравоохранения. Основными методическими принципами (направлениями) данного подхода явились: а) анализ региональных закономерностей состояния здоровья детского населения и деятельности системы здравоохранения; б) использование методики стратегического планирования форсайт-дорожная карта; в) разработка и внедрение инновационных медико-организационных технологий, позволяющих решить актуальные проблемы медицинской помощи детскому населению Республики Татарстан.

**Глава 2.** Объектом исследования послужило детское население (730,0 тыс. человек) и система здравоохранения Республики Татарстан. Детские учреждения республики представлены 7 межмуниципальными центрами, 6 городскими больницами, 21 амбулаторно-поликлиническим учреждением, 4 детскими санаториями, домом ребенка и реабилитационным центром. Медицинскую помощь детям оказывают 1239 педиатров (в т. ч. 63,2% участковые врачи).

Программа исследования включала комплексное социально-гигиеническое и медико-организационное изучение состояния здоровья детского населения. Работа опиралась на широкую информационную базу. Анализу подлежала учетно-отчетная документация, характеризующая демографическую ситуацию и заболеваемость детского населения, а также деятельность учреждений здравоохранения, Постановления и Приказы, принятые с целью реализации основных положений концепции развития здравоохранения Республики Татарстан. Специальный статистический инструментарий был представлен картами сбора материала, экспертной оценки и анкетами для проведения

опроса организаторов здравоохранения, пациентов и врачей лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ).

Исследование проводилось за период 2005-2012 гг. по разработанной программе и включало в себя несколько последовательных этапов (табл. 1).

Таблица 1

Этапы исследования

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

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

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

Изучались демографическая ситуация (численность детского населения, рождаемость, общая смертность, естественный прирост населения) и состояние здоровья (общая и первичная заболеваемость, инвалидность и смертность) детей и подростков Республики Татарстан в целом и по ее районам. Указанные показатели анализировались в динамике, в разрезе возрастных групп и основных причин.

Показатели общей накопленной и исчерпанной заболеваемости детей и подростков были рассчитаны с помощью программы «Socpeditria-3» (свидетельство о регистрации № 2009613861), разработанной в отделе социальной педиатрии (руководитель – профессор В.Ю. Альбицкий) ФГБНУ

«Научный центр здоровья детей» (директор – академик РАН А.А. Баранов).

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

С целью изучения фактического объема оказанной медицинской помощи детскому населению были собраны сведения о сети медицинских учреждений и их деятельности. Проведено специальное исследование модернизации здравоохранения и внедрения инновационных технологий, при этом особое внимание было уделено его информационному обеспечению.

Необходимое число наблюдений для проведения социологических опросов определялось по методике К.А. Отдельновой (1980).

Для оценки эффективности технологии раннего вмешательства изучалось качество жизни детей раннего возраста с помощью русской версии опросника QUALIN и компьютерной программы, разработанной в отделе социальной педиатрии (руководитель – профессор В.Ю. Альбицкий) ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» (директор – академик РАН А.А. Баранов).

При анализе реализуемой модели трехуровневого медико-социального сопровождения детского населения в Республике Татарстан был использован метод SWOT-анализа (Симкин Л., Дибб С., 2002).

Разработка основных направлений деятельности системы детского здравоохранения Республики Татарстан в условиях ее реорганизации и модернизации осуществлялась на основе метода форсайт-дорожная карта (Hines A., Bishop P., 2007).

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

**Глава 3. Комплексное изучение медико-демографической ситуации** в Республике Татарстан показало, что за период 2001-2012 гг. произошли существенные изменения. Так, отмечается рост рождаемости, стало

положительным естественное движение населения, увеличилась численность детского населения (рис. 1). Состояние здоровья детей в целом характеризовалось ростом заболеваемости, стагнацией показателей инвалидности и снижением смертности. При этом были выявлены региональные особенности динамики данных показателей.

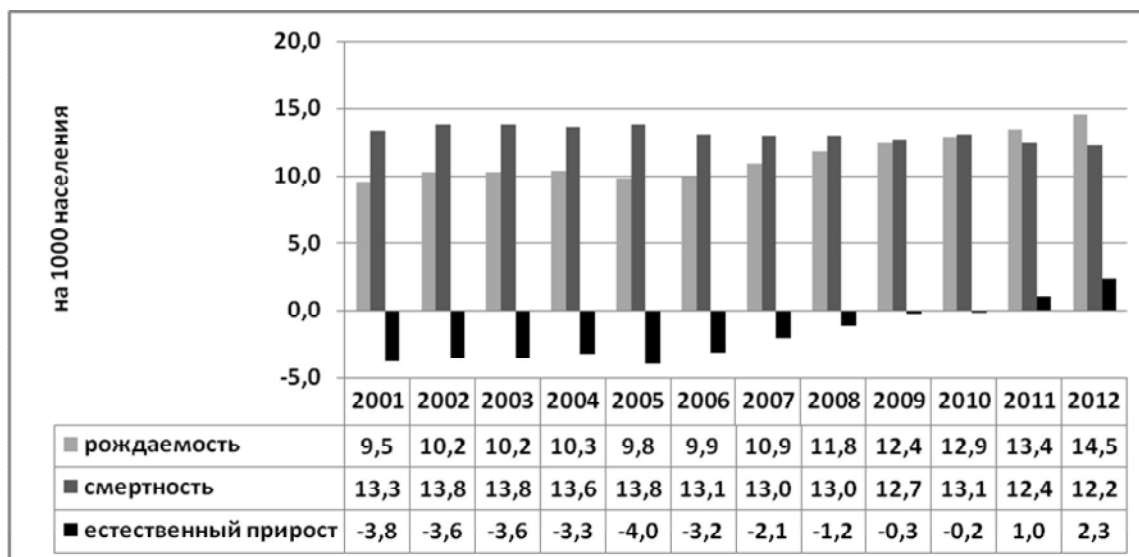


Рис. 1. Естественное движение населения в РТ (на 1000 населения)

В Республике Татарстан имеют место положительные **тенденции в заболеваемости** новорожденных (табл. 2) и детей первого года жизни (табл. 3).

Таблица 2

Заболеваемость новорожденных по основным причинам в РТ  
(на 1000 родившихся живыми)

Классы болезней по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп снижения, %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Все причины	637,8	687,5	612,7	512,7	440,5	-30,9
Инфекции кожи и подкожной клетчатки	1,96	0,59	0,82	0,48	0,33	-83,2
Врожденные аномалии	19,7	30,8	18,8	20,5	17,6	-10,7
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, в т.ч	610,0	654,7	586,0	488,6	421,6	-30,9
- внутричерепная и другая родовая травма	126,1	98,3	76,0	46,0	26,7	-78,8
- асфиксия и гипоксия	120,3	145,0	127,9	100,9	79,6	-33,8



Заболееваемость детей первого года жизни по причинам в РТ  
(на 1000 детей, достигших одного года жизни)

Классы болезней по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Всего	2284,7	2199,9	2231,7	2186,6	2136,7	-6,5
Инфекционные и паразитарные болезни	60,7	44,7	45,5	38,0	35,9	-40,9
Болезни эндокринной системы	57,9	34,2	26,5	31,3	36,0	-37,8
Болезни нервной системы	199,5	115,7	125,3	96,4	75,1	-62,4
в том числе детский церебральный паралич	0,5	1,5	2,02	1,23	1,64	228,0
Болезни глаза и его придаточного аппарата	42,5	51,6	58,1	56,7	56,9	33,9
Болезни мочеполовой системы	24,9	38,3	39,1	36,1	31,9	28,1
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	423,0	557,9	524,7	518,8	502,3	18,7
Врожденные аномалии	29,5	37,8	42,2	35,5	33,4	13,2
Травмы, отравления	10,8	12,0	11,9	9,4	10,1	-6,5
Прочие болезни	119,2	79,8	124,0	139,2	140,7	18,0

Вместе с этим, отмечается рост заболеваемости последних болезнями глаза, мочеполовой системы, отдельными состояниями, возникающими в перинатальном периоде, и врожденными аномалиями. Структура заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни за анализируемый период практически не изменилась. В 2001 и 2012 гг. среди причин заболеваемости первые места у новорожденных занимали отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии развития, у детей первого года жизни - болезни органов дыхания, перинатальные заболевания, болезни крови и кроветворных органов (анемии) (рис. 2).

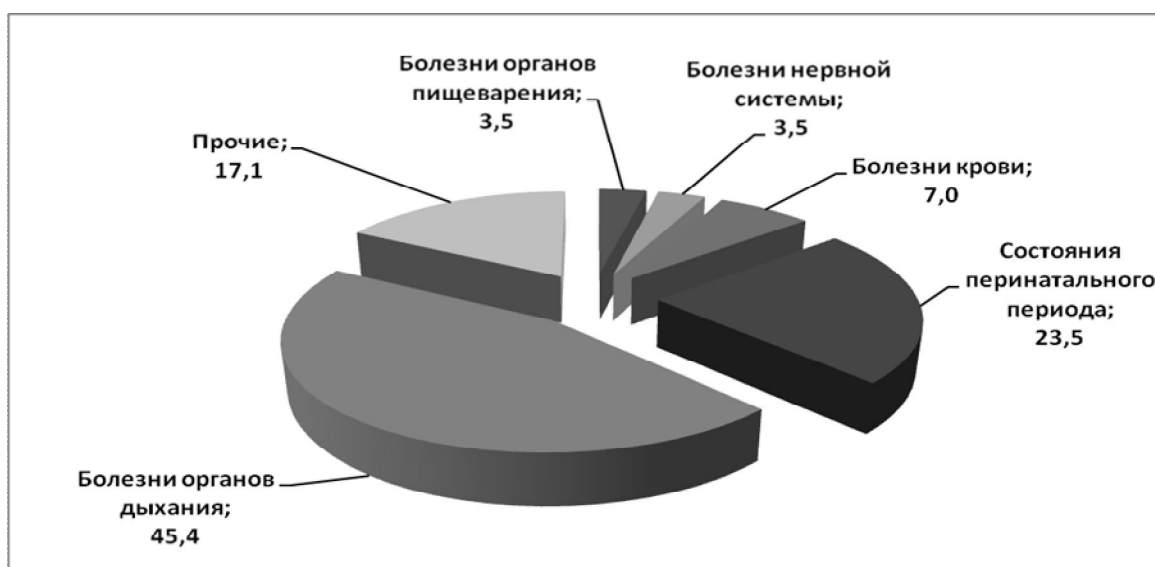


Рис. 2. Структура заболеваемости детей до 1 года жизни в РТ, 2012 г. (%)

У детей в возрасте 0-14 лет (рис. 3) и у подростков 15-17 лет (рис. 4) отмечался значительный рост как первичной, так и общей заболеваемости, практически по всем классам болезней. Уровень заболеваемости детей выше, чем у подростков. Первые ранговые места (исключая болезни органов дыхания) в общей заболеваемости у детей и подростков стали занимать болезни органов пищеварения, кожи и подкожно-жировой клетчатки, травмы и отравления.

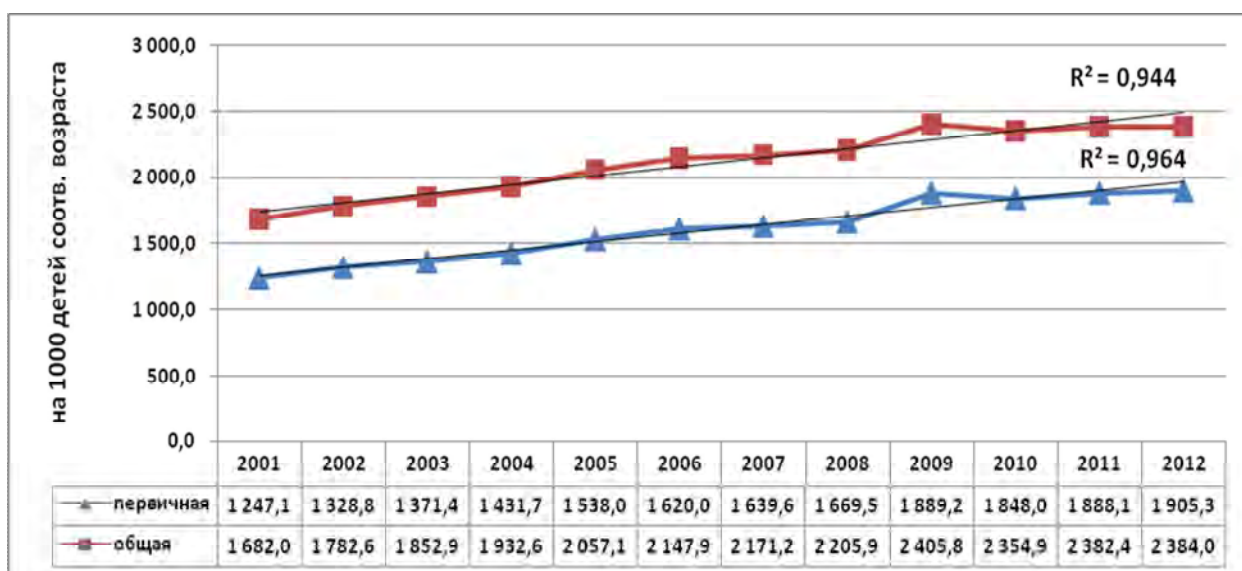


Рис. 3. Первичная и общая заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет в РТ (на 1000 населения соответствующего возраста)

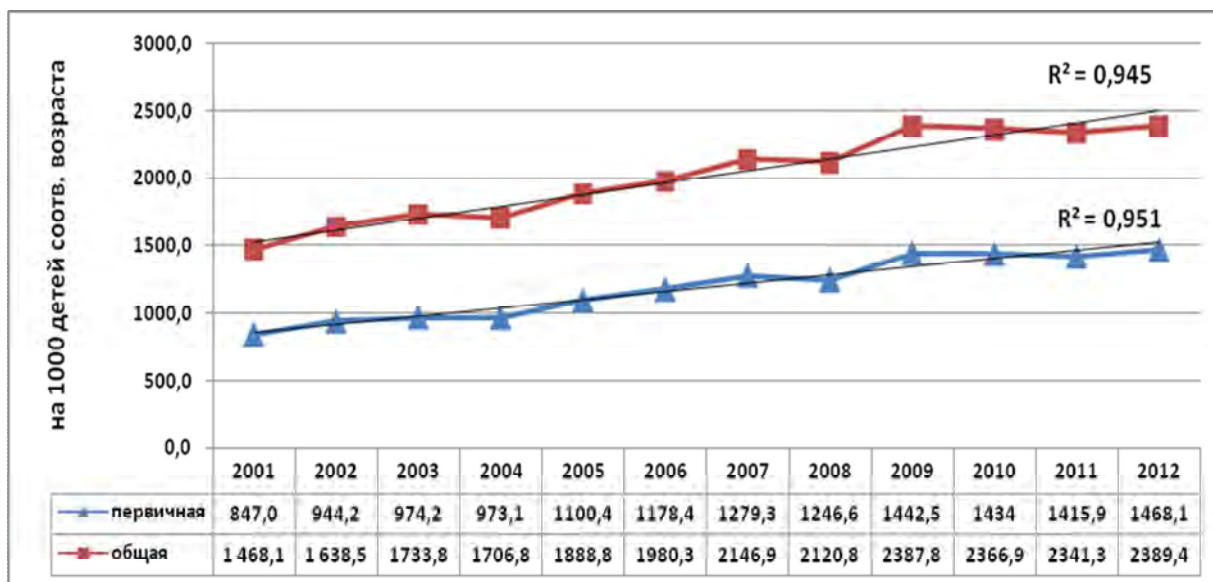


Рис. 4. Первичная и общая заболеваемость подростков в возрасте 15-17 лет в РТ (на 1000 населения соответствующего возраста)

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

На фоне снижения **общей инвалидности** детского населения (табл. 4) повышается её распространенность, обусловленная болезнями эндокринной, нервной систем, психическими расстройствами и расстройствами поведения. В структуре инвалидности у детей и подростков лидируют психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы и

врожденные аномалии развития. Распространенность инвалидности по мере взросления детей увеличивается, достигает максимальных значений в возрасте 15-17 лет. Во всех возрастных группах среди детей-инвалидов преобладают мальчики.

Таблица 4

Детская инвалидность (0-17 лет) по основным классам болезней в РТ  
(на 10 000 населения соответствующего возраста)

Классы болезней по МКБ-10	Годы					2012/2001 темп прироста (снижения), %
	2001	2006	2008	2010	2012	
Всего	184,8	201,8	198,3	190,6	193,0	4,4
Болезни эндокринной системы,	9,43	12,6	12,8	12,4	12,7	<b>34,7</b>
Психические расстройства	35,9	47,5	42,4	44,3	43,5	<b>21,2</b>
Болезни нервной системы	40,5	43,5	47,1	48,6	51,3	<b>26,7</b>

**Смертность детского населения** в РТ имеет положительные тенденции во всех возрастных группах (табл. 5). Рост ее показателей в 2012 г., как и в России в целом, связан с переходом на новые критерии регистрации рождения и смерти новорожденных.

Таблица 5

Смертность детского населения различных возрастных групп в РТ (на 100 000 населения соответствующего возраста)

Возрастные группы	Годы					2012/2001 темп снижения, %
	2001	2006	2008	2010	2012	
0 лет*	1257,1	823	591,6	557,5	636,9	-49,3
1-4 года**	61,4	56,7	45,1	40,9	44,3	-27,9
5-9 лет	34,9	33,3	23,1	27,7	18,8	-46,1
10-14 лет	37,7	36,6	30,7	29,6	22,6	-40,1
15-19 лет	122,3	84,2	80,6	72,7	65,9	-46,1

\*на 100 000 родившихся живыми;

\*\* на 100 000 детей соответствующего года рождения.

Вместе с тем, уровень смертности детского населения в республике

значительно ниже, чем в Российской Федерации в целом и в Приволжском федеральном округе. Республика относится к территориям с низкими показателями смертности детского населения среди субъектов данного федерального округа. Ее уровень становится сопоставим с данными в среднем по Европейскому региону.

В результате анализа установлены некоторые неблагоприятные тенденции смертности детского населения:

- изменение соотношения **ранней неонатальной смертности** и мертворождаемости в сторону увеличения последней, сокращение доли новорожденных, умерших в первые 24 часа жизни, после введения новых критериев регистрации рождения и смерти может свидетельствовать о «перебросе» умерших детей в мертворожденные или поздние выкидыши, а снижение доли умерших новорожденных экстремально низкой массы тела - о возможном их «перебросе» в весовую категорию до 500 г;

- повышение значимости инфекционных и паразитарных заболеваний среди причин **младенческой смертности**, сохраняющийся уровень смертности в раннем неонатальном периоде от инфекций, кровотечений плода и гемолитической болезни;

- рост смертности детей в возрасте 1-4 года от таких предотвратимых причин как инфекционные и паразитарные заболевания, болезни органов дыхания и увеличение доли среди причин смерти новообразований, травм и отравлений;

- отсутствие существенной динамики **смертности детей в возрасте 0-14 лет** и ее рост от инфекционных и паразитарных заболеваний. Каждый четвертый ребенок, умерший от внешних причин, погибает в результате дорожно-транспортного происшествия. Уровень смертности от дорожно-транспортных происшествий (ДТП), убийств и утоплений у детей в данном возрасте выше, чем в России в целом;

- рост **смертности подростков в возрасте 15-19 лет** от болезней органов дыхания и пищеварения. Среди причин травматической смертности подростков

более одной трети приходится на дорожно-транспортного происшествия. Показатели смертности в возрасте 15-19 лет от ДТП и самоубийств превышают российский уровень (рис. 5).

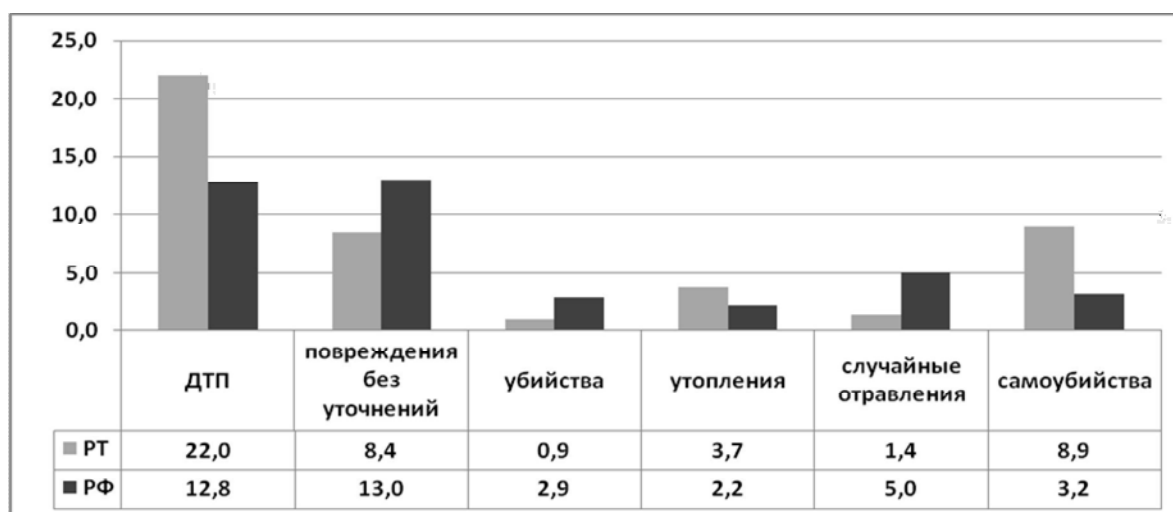


Рис. 5. Смертность от основных внешних причин подростков в возрасте 15-19 лет в РТ и РФ, 2012 г. (на 100 000 населения соответствующего возраста)

При комплексной оценке (по данным профилактических осмотров за период 2001-2012 гг.) состояния здоровья детского и подросткового населения выявлена отрицательная динамика во всех возрастных группах (особенно проживающих в сельской местности) - снижение доли здоровых детей и увеличение с III группой здоровья. Однако, данные последних лет (2010-2012 гг.) свидетельствуют о снижении темпов сокращения доли здоровых детей и подростков.

**Глава 4.** В результате реорганизации системы детского здравоохранения, внедрения трехуровневой системы оказания медицинской помощи детям произошло:

- сокращение числа маломощных амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров, с одновременным развитием специализированной помощи и стационарзамещающих технологий;
- сокращение коечного фонда за счет педиатрических (соматических), общих хирургических, инфекционных (туберкулезных) коек;
- сокращение педиатрического кадрового потенциала: снижение

обеспеченности детского населения врачами (педиатрами, неонатологами) и средним медицинским персоналом с сохранением достаточной укомплектованности врачебных должностей и невысокого коэффициента совместительства;

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

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

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

- недостаточно эффективное использование коечного фонда и объемов стационарной помощи;

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

**Глава 5.** С целью выявления проблемных зон в организации медицинской помощи детскому населению был проведен опрос 32 руководителей муниципальных образований Республики Татарстан (главы, их заместители). Установлено, что в сфере охраны здоровья детского населения руководители муниципальных образований отдают приоритет экономическому развитию региона и социальной поддержке уязвимых групп населения. Охрана здоровья населения, по их мнению, занимает четвертое место среди всех позиций. Лишь половина респондентов считает, что население полностью удовлетворено уровнем оказания медицинской помощи в данном муниципальном образовании, т.е. имеется понимание остроты проблемы.

Оценка состояния здоровья детского населения и системы здравоохранения осуществляется руководителями муниципальных

образований преимущественно на основании официальных отчетов специалистов территориального здравоохранения. Обращает на себя внимание тот факт, что только каждый десятый респондент ссылается на опросы населения.

Следует отметить, что при оценке эффективности модернизации муниципального здравоохранения подавляющее большинство руководителей выразили мнение, что она только частично решает вопросы, связанные с укреплением материально-технической базы учреждений здравоохранения, и не устраняет кадровые проблемы системы здравоохранения. В тоже время, квалификации медицинских кадров и организации их дополнительного профессионального образования руководители муниципальных образований не придают большого значения и не считают их приоритетными. Требуется особого внимания отношение респондентов к информатизации медицинских учреждений, большинство из них не связывают ее с доступностью и качеством медицинской помощи населению.

Важнейшей составляющей модернизации здравоохранения является оценка врачебным сообществом доступности и качества медицинской помощи, как результата модернизации. Проведенный опрос 137 врачей поликлиник и стационаров Республики Татарстан позволил установить, что врачи первичного звена здравоохранения и стационарной помощи позитивно оценивают результаты модернизации учреждений здравоохранения в части укрепления материально-технической базы и приобретения современного оборудования.

Однако, модернизация здравоохранения автоматически не привнесла коренных изменений в отношении врачебного сообщества к ценностям, связанным с профессией врача: авторитет, признание и т.п. Об этом свидетельствует следующее:

- первое место среди ценностей занимали материальные стимулы;
- низкий уровень удовлетворенности трудом у врачей поликлиники и стационара;
- никто не предложил собственные рекомендации по критериям оценки



труда врача-педиатра и меры по улучшение качества работы.

Социологический опрос родителей детей, получающих медицинские услуги в поликлинических и стационарных учреждений показал, что развитие электронного здравоохранения в Республике Татарстан позитивно влияет на доступность медицинской помощи и удовлетворенность ею пациентами. Приоритеты модернизации детского здравоохранения в Республике, направленные на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения и оснащение их современным оборудованием, получили высокую оценку родителей, которые связывают эти перемены с повышением качества медицинской помощи и более эффективным лечением.

**Глава 6.** Для решения проблем охраны здоровья детского населения использовались возможности, предоставляемые в рамках реализации Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (Национального проекта «Здоровья» и модернизации здравоохранения).

Выполнение указанных программ проведено в Республике Татарстан успешно. Но в ходе их выполнения стало понятно, что прорыв в охране здоровья детей должен носить системный характер, в его основе должны лежать внедрение уже апробированных, а также разработанных в Республике инновационных медико-организационных технологий.

На основании Концепции развития системы здравоохранения, Национального проекта «Здоровье» и программы модернизации остро встал вопрос не только об улучшении базы, стандартизации и информатизации, но и о внедрении технологий, направленных на повышение эффективности и экономичности педиатрической службы.

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации В.В. Путина «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 годы» при участии автора исследования были определены основные направления и задачи в сфере сохранения здоровья детского населения Республики Татарстан на ближайшие пять лет и основные механизмы их пошаговой реализации,

обеспечения здоровья и качества жизни детей и подростков республики. Среди задач особое внимание уделено прицельному медицинскому сопровождению уязвимых категорий детей (дети в трудной жизненной ситуации), развитию подростковой медицины, совершенствованию медицинского обеспечения детей в дошкольных учреждениях и школах и формированию здоровьесберегающего стиля жизни у детей.

В связи с этим ключевыми направлениями медико-организационных мероприятий стали:

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

**Глава 7.** В современных условиях совершенствование системы медицинского обеспечения детского населения должно осуществляться не только по пути повышения эффективности и качества лечебно-диагностической помощи, но и интенсивного развития помощи медико-социальной (Баранов А.А. с соавт., 2013). Данная проблема по существу занимает одно из центральных мест в Указе Президента РФ от 1 июля 2012 г. № 761 «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг.». В

разделе «Здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни» указано о необходимости разработки и внедрения эффективных современных технологий медико-социального сопровождения детей и подростков.

По данным официальной статистики в Республике Татарстан насчитывается более 56 тыс. семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации и более 106 тыс. детей в этих семьях. Эти показатели характеризуют только те случаи, когда трудная ситуация в семье представляет уже серьезную проблему для ребенка и попадает в поле зрения органов социальной защиты, внутренних дел, что послужило основанием для целенаправленной разработки организационных принципов медико-социального и психологического сопровождения данного контингента детей.

Были проанализированы и систематизированы законодательные и иные нормативные правовые акты, регулирующие медико-социальную помощь детскому населению в Республике Татарстан. В результате определены документы, на основании которых построена работа различных государственных ведомств по вопросам охраны жизни, здоровья, прав детей, попавших в трудную жизненную ситуацию.

В целях совершенствования медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении, 11.06.2014 г. вступил в силу Приказ Министерства здравоохранения РТ № 1104 «О реализации пилотной модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детям и семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении в Республике Татарстан в 2014 году». Приказом утверждены: перечень учреждений всех уровней системы, оказывающих медико-социальную помощь детскому населению; временные положения, регламентирующие их деятельность.

Таким образом, были разработаны региональная модель трехуровневой системы медико-социальной помощи детям и алгоритм ее реализации, включающий регламент межведомственного взаимодействия. Предложенная модель призвана обеспечивать максимально возможно раннюю идентификацию

социального неблагополучия семьи и дальнейшую маршрутизацию детей и подростков в целях своевременности оказания им медико-социальной помощи (рис. 6).



Рис. 6. Распределение функций по уровням модели медико-социальной помощи детям в РТ

**Первый уровень** реализуемой модели представлен кабинетами медико-социальной помощи детских участковых территориальных поликлиник, ЦРБ, функции которых заключаются в раннем выявлении детей (семей) в трудной жизненной ситуации с формированием индивидуальной маршрутизации ребенка и необходимого межведомственного взаимодействия.

На **первом этапе участковые педиатры первичного звена** осуществляют:

- выявление и дифференцированный учет детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, нуждающихся в медицинской помощи и социальной поддержке;

- формирование первичной медико-социальной карты с занесением данных в единую базу данных (работа во внутриведомственном и межведомственном регистре);

- социальный патронаж семей и детей, находящихся в социально опасном положении в рамках межведомственного взаимодействия.

Далее информация поступает на **второй уровень** – отделения медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении, которые функционируют как межмуниципальные центры на базе ЛПУ, ЦРБ, детских городских поликлиник.

В отделениях медико-социальной помощи второго уровня на каждого пациента формируется электронная, территориальная и документальная маршрутизация межведомственного взаимодействия. На данном этапе также осуществляется мультидисциплинарное сопровождение с привлечением узких специалистов медицинского профиля (уролог, гинеколог, психиатр, нарколог и т.д.), а также обязательное включение в команду медико-социального сопровождения ребенка, находящегося в трудной жизненной ситуации, психолога, юриста и социального работника. Финансовое обеспечение медико-социальной помощи обеспечивается в рамках базовой программы территориального обязательного медицинского страхования.

На **втором этапе** в межмуниципальных центрах (в настоящее время в Республике Татарстан функционирует 7 межмуниципальных центров) педиатры и врачи консультанты, а также специалисты по социальной работе, психологи, юристы осуществляют:

- ведение (поддержание) в актуальном состоянии банков данных пациентов обратившихся в Центр «Доверие –Ышаныч», в т.ч. банка данных семей и детей, находящихся в социально опасном положении;

- периодическое предоставление (постоянно, временно, на разовой основе) конкретных видов и форм социальных услуг, предусмотренных действующим законодательством;

- деятельность по профилактике безнадзорности несовершеннолетних и защите их прав в рамках межведомственного взаимодействия;

- содействие в решении социально-правовых вопросов семей с детьми;

- оказание психологической помощи, в т.ч. экстренной (круглосуточный

телефон доверия);

- социальную реабилитацию детей с ограниченными возможностями здоровья (совместно с узкими специалистами и реабилитологами);

- разработку и реализацию индивидуальных программ реабилитации семьи в социально-опасном положении и трудной жизненной ситуации;

- оказание помощи несовершеннолетним, перенесшим психофизическое насилие в рамках межведомственного взаимодействия;

- осуществление взаимодействия с органами и учреждениями муниципальной системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних, иных органов и учреждений различных форм собственности, общественных объединений для решения вопросов оказания психологической и социально-правовой помощи детям и их семьям;

- прием и консультирование населения, выявление потребностей семей и детей в медико-социальных услугах;

- повышение психологической устойчивости и формирование психологической культуры семьи, в т.ч. в сфере межличностного, семейного и родительского общения;

- содействие семьям в преодолении конфликтных ситуаций и нарушений супружеских и семейных отношений.

Одно из таких отделений второго уровня создано на функциональной основе, на базе детской поликлиники района «Азино» г.Казани, которая была открыта в августе 2013г. и является подразделением Детской республиканской клинической больницы МЗ РТ. В поликлинике оказывается первичная медико-санитарная помощь территориально прикрепленному детскому населению. Мощность детской поликлиники - 800 посещений в день. Организация отделения медико-социальной помощи с первого дня функционирования новой поликлиники значительно облегчает задачу по внедрению медико-социальных технологий в первичную педиатрическую помощь.

**Третий уровень** модели медико-социального сопровождения детского населения представлен Республиканским Центром медико-социальной помощи

детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении (далее – Центр). Центр функционирует на базе отдела медико-социальной помощи детям подросткового возраста Детской республиканской клинической больницы и осуществляет сбор, свод и анализ всей информации о состоянии физического, психологического и социального здоровья детского населения с дальнейшей патронированием детей в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении на всех уровнях реализуемой модели. Центр осуществляет координационную функцию и обеспечивает своевременный обмен информацией между субъектами межведомственного взаимодействия.

Для анализа реализуемой модели трехуровневой системы медико-социального сопровождения детского населения в Республике Татарстан был использован метод SWOT-анализа, который позволил выявить проблемные зоны по организации системы многоуровневого медико-социального сопровождения детей и подростков. Дифференциация проблемных зон по уровням оказания медико-социальной помощи была положена в основу комплекса мероприятий.

Сильной стороной организации системы медико-социального сопровождения можно считать существующие федеральные и региональные законодательные инициативы, регламентирующие создание отделений медико-социальной помощи в детской поликлинике и предоставление в РТ реабилитационных услуг, включающих помощь в профессиональной, социальной, психологической реабилитации инвалидам, лицам с ограниченными возможностями, семьям и детям, находящимся в социально опасном положении, другим гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию и нуждающимся в реабилитационных услугах.

Основные недостатки организации работы системы – отсутствие утвержденных Порядка и стандартов оказания медико-социальной помощи детскому населению и документов, регламентирующих межведомственное взаимодействие. Серьезной проблемой является дефицит кадров и

несоответствующая подготовка специалистов для работы в отделении медико-социальной помощи детской поликлиники.

Ситуация в определенной степени усугубляется отсутствием должной осведомленности населения об организациях, оказывающих медико-социальную помощь, тем самым усложняется выявление контингента детей и подростков, нуждающихся в медико-социальном сопровождении. Необходимо развивать источники информированности населения о предлагаемых услугах, расширять использование для этих целей интернет-технологий.

В рамках реализации проекта разработаны и внедрены:

1. Приказ МЗ РТ «О реализации пилотной модели трехуровневой системы медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации социально опасном положении в Республике Татарстан в 2014 году».

2. Примерный региональный Порядок организации деятельности отделений медико-социальной помощи детских амбулаторно-поликлинических учреждениях.

3. Временное Положение о реализации модели медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении в учреждениях здравоохранения в Республике Татарстан.

4. Временное Положение о Республиканском Центре медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении в Республике Татарстан ГАУЗ «Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан».

5. Временное Положение о межмуниципальном отделении медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении в Республике Татарстан.

6. Временное Положение о кабинете медико-социальной помощи детям и их семьям, находящимся в трудной жизненной ситуации и социально опасном



положении в Республике Татарстан.

7. Форма предоставляемых сведений о детях (семьях), находящихся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении.

8. Форма предоставляемых сведений о состоянии здоровья детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении.

9. Форма медико-социального паспорта ребенка.

10. Регламент межведомственного взаимодействия по выявлению детей и подростков и их семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

11. Регламент по выявлению и маршрутизации детей и подростков, попавших в социально опасное положение, в том числе с признаками жестокого обращения.

Необходимыми условиями создания эффективной системы медико-социальной помощи детскому населению в регионах являются:

- разработка алгоритма реализации модели медико-социальной помощи детскому населению, учитывающего географические, демографические и медико-социальные характеристики региона;

- утверждение региональных законодательных и нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность реализуемой модели, включая межведомственное взаимодействие;

- соответствующая подготовка специалистов, оказывающих медико-социальную помощь детям и семьям;

- интенсивная информационная поддержка.

Результаты проведенного организационного эксперимента по апробации региональной модели медико-социального сопровождения детского населения легли в основу методических рекомендаций, утвержденных Союзом педиатров России. В данных рекомендациях впервые был представлен порядок функционирования медико-социального отделения детской поликлиники.

Результаты пилотного проекта могут стать основой разработки Порядка оказания медико-социального сопровождения детей и подростков на федеральном (в качестве дополнений к Приказу Минздравсоцразвития России

от 16.04.2012N 366н "Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи") и региональном уровнях.

**Глава 8.** В результате проведенных преобразований в сфере охраны здоровья детского населения с учетом региональных особенностей была сформирована инновационная система оказания медицинской помощи детям и подросткам Республики Татарстан.

Методологической основой разработанной региональной системы охраны здоровья детей стали:

- закономерности состояния здоровья детского населения;
- реорганизация и не решенные проблемы системы детского здравоохранения;
- учет мнений о проблемах медицинской помощи детям руководителей муниципальных образований, педиатров амбулаторного и стационарного звена, родителей;
- интенсивное внедрение инновационных медико-организационных технологий;
- переход к трехуровневой системе оказания медицинской помощи детскому населению.

Структурные преобразования **системы оказания медицинской помощи матерям и детям** проводились на уровне первичной медико-санитарной, специализированной и медико-социальной помощи (рис. 7).

Следует отметить, что проведенные преобразования охватывали все уровни трехуровневой системы медицинской помощи. Структурные преобразования первичной медико-санитарной помощи, такие как профилактические инновации (программа ЗОЖ, детские центры здоровья, бесплатное питание детей раннего возраста); информатизация детских поликлиник; мониторинг орфанных заболеваний; увеличение объема стационарзамещающих технологий, касались I уровня.

Совершенствование специализированной медицинской помощи, которое включало инновационную модель детской региональной больницы; модель

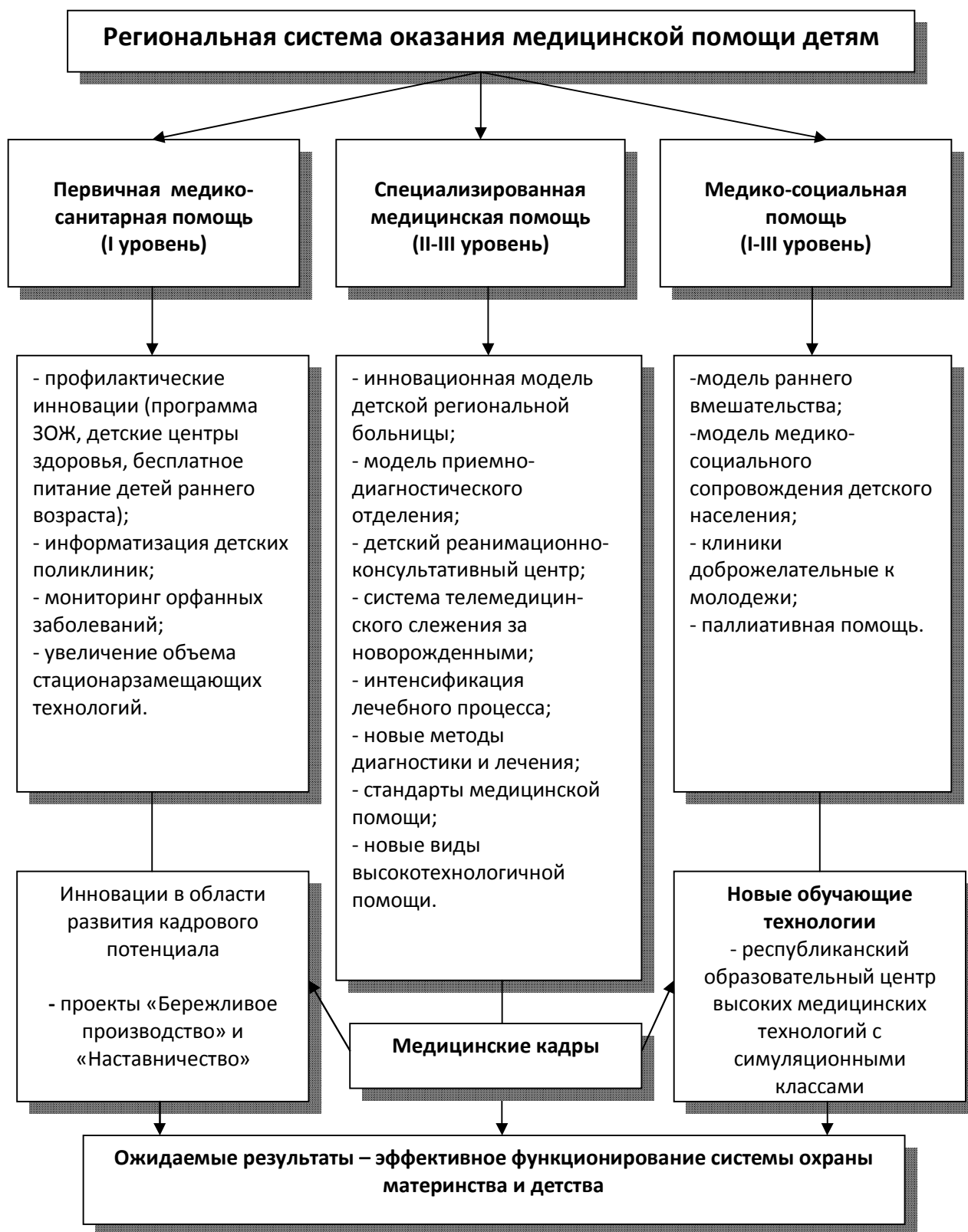


Рис. 7. Схема структурных преобразований системы оказания медицинской помощи детям в Республике Татарстан

приемно-диагностического отделения; детский реанимационно-

консультативный центр; систему телемедицинского слежения за новорожденными; интенсификация лечебного процесса; новые методы диагностики и лечения; стандарты медицинской помощи и новые виды высокотехнологичной помощи, проходило на II и III уровнях.

Преобразования медико-социальной помощи детям и подросткам проводилось во всех трех уровнях и касалось разработки и внедрения моделей раннего вмешательства и медико-социального сопровождения детского населения; внедрения клиник доброжелательных к молодежи; организации паллиативной помощи. Важной составляющей предложенной системы является подготовка медицинских кадров в соответствии с современными требованиями. С этой целью внедрялись новые обучающие технологии на базе созданного республиканского образовательного центра высоких медицинских технологий с симуляционными классами. Инновацией в области развития кадрового потенциала явились проекты «Бережливое производство» и «Наставничество».

О эффективности проведенной в 2008-2012 гг. в Республике Татарстан реорганизации системы охраны здоровья детей уже свидетельствует ряд трендов показателей здоровья и качества медицинской помощи детского населения (данные за 2010 и 2013 гг.). Так, отмечена стабилизация или положительная динамика заболеваемости детей во всех возрастных группах. Существенно сократилась общая заболеваемость и заболеваемость, обусловленная асфиксией и гипоксией, родовой травмой, врожденными аномалиями у новорожденных детей (рис. 8).

У детей первого года жизни снизилась заболеваемость болезнями нервной системы, органов пищеварения, инфекционными болезнями и врожденными аномалиями, в возрасте 0-14 лет – болезнями нервной системы и перинатальными состояниями, в возрасте 15-17 лет – инфекционными заболеваниями и болезнями эндокринной системы.

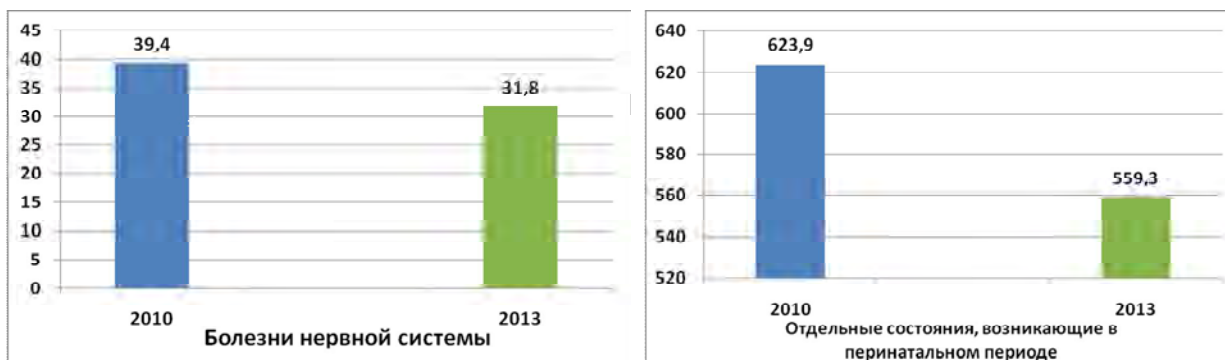
Следует отметить, что за этот небольшой промежуток времени произошли существенные изменения уровня смертности детского населения Республики Татарстан в различных возрастных группах (табл. 6).



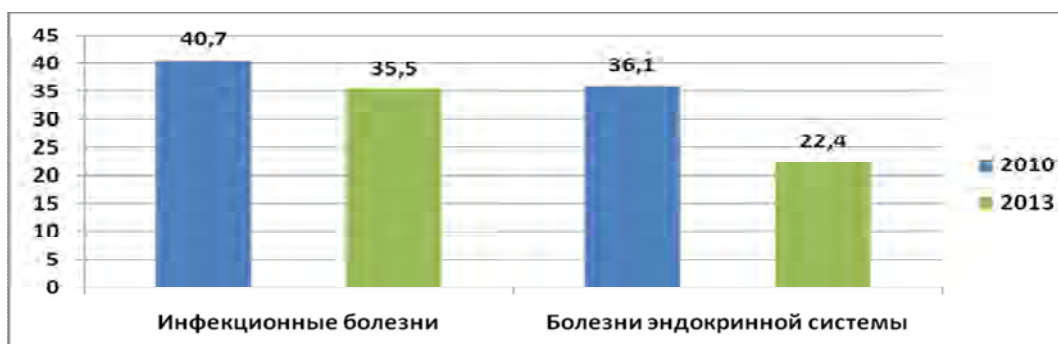
Заболеваемость новорожденных на 1000 родившихся живыми



Заболеваемость детей первого года жизни на 1000 детей, достигших одного года жизни



Первичная заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет на 1000 населения соотв. возраста



Первичная заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет на 1000 населения соотв. возраста

Рис. 8. Тенденции заболеваемости детского населения РТ в период модернизации системы здравоохранения

## Тенденции смертности детского населения РТ в период модернизации системы здравоохранения

Показатели смертности	2010 г.	2013 г.
смертность детского населения на 100 000 населения соответствующего возраста		
1-4 года	40,9	30,8
5-9 лет	27,7	21,6
10-14 лет	29,6	18,8
1-14 лет	34,9	27,9
в возрасте 0-17 лет на 100 000 населения соответствующего возраста		
Болезни нервной системы	5,69	4,17
Болезни системы кровообращения	2,08	1,48
Травмы, отравления	21,9	18,4
младенческая смертность на 10 000 родившихся живыми		
Врожденные аномалии	12,7	9,9
Травмы, отравления	3,1	2,7
в возрасте 1-14 лет на 100 000 населения соответствующего возраста		
Травмы, отравления	17,6	12,4

Так, снизились показатели смертности детей в возрасте 1-4 года, 5-9 лет и 10-14 лет. Положительные сдвиги произошли в смертности детей в возрасте 0-17 лет от болезней нервной системы, системы кровообращения, травм и отравлений.

Очень важно, что значительно (в 1,5 раза) снизилась гибель детей первого года жизни от врожденных аномалий и наметилась тенденция к снижению смертности от травм, отравлений и несчастных случаев.

Как было показано выше, в структуре смертности детей в возрасте 1-14 лет первое место занимают травмы и отравления. Поэтому снижение данного показателя почти на одну треть (на 29,5%) за период 2010-2013 гг. является весьма значимым достижением.

Следует отметить, что в период реорганизации и модернизации детского здравоохранения изменения произошли и в плане качества медицинской

помощи детскому населению. Так, за период 2010-2013 гг. увеличилась мощность поликлиник с 8,8 тыс. до 10,5 тыс. посещений, соответственно. В стационарах увеличилось среднее число занятости педиатрической койки в году в целом как терапевтического (с 303 в 2010 г. до 321 дней в году в 2013 г., соответственно), так и хирургического профиля (с 310 до 330 дней). При этом существенно вырос этот показатель в отношении детских специализированных коек: аллергологических (с 337 до 369 дней), эндокринологических (с 317 до 399 дней) и пульмонологических (с 283 до 341 дней).

Увеличилась занятость кардиохирургических (с 183 до 210 дней), ожоговых (с 263 до 325 дней), ортопедических (с 221 до 443 дней), урологических (с 324 до 360 дней) коек и коек для сосудистой (с 226 до 290 дней) и гнойной хирургии (с 311 до 332 дней).

Важно, что указанные позитивные сдвиги сопровождались ростом оборота койки в году. Это также касалось коек терапевтического (с 31,9 в 2010 г. до 34,6 дней в году в 2013 г., соответственно), хирургического профиля (с 58,4 до 61,9 дней) и относилось практически к тем же специализированным койкам. Увеличился оборот кардиоревматологических (с 28,1 до 33,8 дней), гастроэнтерологических (с 24,0 до 37,9 дней), аллергологических (с 34,1 до 37,8 дней), эндокринологических (с 29,8 до 37,3 дней) и пульмонологических (с 26,8 до 33,8 дней), а среди хирургических – нейрохирургических (с 31,0 до 34,5 дней), сосудистой хирургии (с 28,6 до 32,6 дней), ожоговых (с 22,7 до 27,3 дней), ортопедических (с 22,3 до 35,2 дней), урологических (с 37,1 до 42,4 дней) коек.

Средняя длительность лечения в целом практически не изменилась за 2010-2013 гг. в стационарах педиатрического (9,6 в 2010 г. и 9,3 дней в 2013 г., соответственно) и хирургического (с 7,5 до 7,6 дней) профиля. Однако, появилась тенденция сокращения сроков лечения в стационаре при инфекционных и паразитарных болезнях (с 6,3 до 5,8 дней, соответственно), новообразованиях (с 19,8 до 15,0 дней), болезнях крови и кроветворных органов (с 13,2 до 11,1 дней), органов пищеварения (с 11,7 до 8,9 дней) и

нефрологической патологии (с 11,5 до 10,6 дней). Сократилась средняя длительность пребывания на нейрохирургических койках (с 11,5 до 10,4 дней).

Кроме этого, снизилась больничная летальность детей первого года жизни при болезнях нервной системы и состояний, возникающих в перинатальном периоде.

Дальнейшее совершенствование детского здравоохранения в Республике Татарстан будет ориентировано на выполнение Распоряжения Правительства Российской Федерации № 2599-р "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения". В соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1706 "Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий ("дорожных карт") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации" в Республике Татарстан принят план мероприятий на 2013-2018 гг. по следующим разделам:

- ❖ Формирование эффективной структуры здравоохранения Республики Татарстан.
- ❖ Формирование эффективной системы управления оказанием медицинской помощи в медицинских организациях субъекта Российской Федерации.
- ❖ Реализация государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» в Республике Татарстан.

## **ВЫВОДЫ**

1. Разработанная методология комплексного социально-гигиенического исследования состояния здоровья и организации медицинской помощи детскому населению Республики Татарстан, основанная на региональном подходе, использовании метода «форсайт-дорожная карта», учета мнений производителей и потребителей медицинских услуг, позволила установить



основные тенденции их развития.

2. Современное состояние здоровья населения Республики Татарстан характеризуется возвратом к положительному росту его естественного движения. Отличительными закономерностями и тенденциями в состоянии здоровья детей и подростков в 21 веке являются:

- начавшаяся стабилизация заболеваемости детей в возрасте 0-17 лет; положительная тенденция заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни за счет снижения инфекционных болезней, состояний, возникающих в перинатальном периоде, болезней нервной системы;

- повышением (на фоне стабилизации) распространенности детской инвалидности, обусловленной болезнями эндокринной, нервной системы, психическими расстройствами и расстройствами поведения.

- снижение младенческой, детской и подростковой смертности; их скачок в связи с введением новых критериев регистрации живо- и мертворождения; повышение в структуре смертности значимости внешних причин; более высокий по сравнению с РФ уровень смертности от дорожно-транспортных происшествий, а также от суицидов в подростковом возрасте; рост смертности от болезней системы кровообращения как результат регистрации скрытых случаев гибели подростков от наркотических расстройств.

3. Основными итогами реорганизации детского здравоохранения стали: укрепление материально-технической базы ЛПУ; сокращение маломощных амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров, сокращение коечного фонда за счет педиатрических (соматических), общих хирургических, инфекционных (туберкулезных) коек с одновременным развитием специализированной помощи и стационарзамещающих технологий; сокращение педиатрического кадрового потенциала с сохранением достаточной укомплектованности врачебных должностей и невысокого коэффициента совместительства; снижение числа штатных врачебных должностей различных специальностей амбулаторно-поликлинических учреждений при сохраняющейся их мощности с одновременным созданием

специализированных центров; сокращение службы скорой помощи (станций, отделений) с сохранением числа детей, обслуженных при выездах и нагрузки на бригадо-смену в год.

4. Социологический опрос руководителей муниципальных образований показал, что проблемы охраны здоровья детей не входят в число приоритетов их деятельности. Оценка эффективности модернизации системы здравоохранения проводится респондентами только с позиции укрепления материально-технической базы, а информатизация, использование протоколов и стандартов не рассматриваются как условия повышения доступности и качества медицинской помощи.

5. Врачи и родители позитивно оценивают итоги модернизации здравоохранения как эффективное направление в повышении качества медицинской помощи. По их мнению, развитие электронного здравоохранения повышает доступность медицинских услуг. Наиболее важными проблемами респонденты называли – врачи: а) материальные стимулы; б) знания по специальности; в) морально-психологические стимулы; родители: а) обеспеченность медицинским персоналом и оборудованием ЛПУ; б) совершенствование межличностных отношений врач-пациент; в) удобство и своевременность предоставления информационных услуг.

6. Модернизация системы здравоохранения Республики Татарстан стала условием и базой системной разработки и продвижения следующих инновационных медико-организационных технологий: республиканская модель трехуровневой системы оказания медицинской помощи детям; инновационная модель республиканской детской клинической больницы; организация бесплатного питания детей раннего возраста; модель раннего вмешательства при нарушениях развития у детей; диспансеризация детей с редкими заболеваниями; организация паллиативной помощи на основе частно-государственного партнерства.

7. В соответствии с Планом мероприятий Координационного Совета при Президенте Российской Федерации по реализации «Национальной стратегии

действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы» разработана модель медико-социального сопровождения детей и подростков в субъекте Российской Федерации. Система включает: а) алгоритм реализации модели, учитывающий географические, демографические и медико-социальные характеристики региона; б) региональные законодательные и нормативные правовые акты, регламентирующие деятельность реализуемой модели (межведомственное взаимодействие); в) специальную подготовку специалистов, оказывающих медико-социальную помощь детям и семьям; г) обеспечение интенсивной информационной поддержки.

8. В результате проведенных структурных преобразований первичной медико-санитарной, специализированной и медико-социальной помощи детям и подросткам была создана региональная трехуровневая система охраны здоровья детского населения Республики Татарстан. Её эффективность подтверждена произошедшими за период активной модернизации детского здравоохранения положительными тенденциями в динамике заболеваемости и смертности детей и подростков, повышением качества оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях и улучшения работы общих и специализированных коек (сокращение пребывания, повышение работы койки в году, снижение больничной летальности).

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. В целях нормативно-правового регулирования:

- Государственному совету Республики Татарстан рассмотреть возможность о разработки законодательной инициативы в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации по внесению изменений в Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части отражения медико-социальной помощи в соответствии с классификацией по видам, условиям и форме оказания помощи.

- С целью развития и широкого внедрения системы медико-

социальной помощи детскому населению в субъектах Российской Федерации, при формировании программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, рекомендуется установление требований к территориальным программам государственных гарантий в части определения порядка, условий объемов, критериев доступности и источников финансового обеспечения данного вида помощи с учетом уровня заболеваемости, плотности населения, климатогеографических особенностей регионов.

- Внести дополнения в приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» дополнения о Правилах организации деятельности и Стандарте оснащения отделения медико-социальной помощи детской поликлиники, используя для этого рекомендованные Союзом педиатров России Методические рекомендации «Региональная модель организации медико-социальной помощи детям и подросткам (опыт Республики Татарстан)».

- С учетом завершения в 2014 году финансового обеспечения за счет ассигнований федерального бюджета в рамках национального проекта «Здоровье» расходов на пренатальную (дородовую) диагностику нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на пять врожденных заболеваний, аудиологического скрининга рекомендуется при разработке и принятии программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи данный вид расходов обеспечить за счет бюджетных ассигнований субъектов Российской Федерации в рамках установленного подушевого норматива.

2. С целью повышения эффективности медицинской помощи рекомендуется рациональное использование возможностей модернизации как основы продвижения инновационных технологий в здравоохранении и в области развития кадрового потенциала, внедрение трехуровневой системы медицинской помощи беременным, детям и подросткам и развитие профилактического направления в сфере охраны здоровья детского населения.

3. Для достоверной оценки деятельности и дальнейшего совершенствования системы здравоохранения территориального образования необходимо использовать методологию, включающую региональный подход, использование метода «форсайт-дорожная карта», систематическое проведение аудита с использованием социологических методов исследования, как среди медицинских работников, так и среди потребителей медицинских услуг.

4. Региональным органам исполнительной власти в сфере здравоохранения рекомендуется внедрение инновационных медико-организационных технологий, детально проработанных и реализованных на территории Республики Татарстан:

- трехуровневая модель медико-социальной помощи интегрированная с трехуровневой моделью медицинской помощи;
- модель этапного оказания паллиативной помощи на основе частно-государственного партнерства;
- инновационная модель организации стандартизованного детского питания на территории субъекта на основе частно-государственного партнерства с единой диспетчеризацией;
- модель реорганизации областной детской клинической больницы с созданием инновационного и ориентированного на потребности региона медицинского высокотехнологического и образовательного центра.
- создание в областной детской клинической больнице кабинета для организационно-методического и терапевтического сопровождения детей с редкими заболеваниями в целях формирования единого порядка оказания медицинской помощи и формирования регионального сегмента Федерального регистра детей с данной патологией.

5. Для развития эффективной системы медико-социальной помощи детскому населению в регионах необходимо разработать алгоритм реализации предложенной модели медико-социальной помощи детскому населению, учитывая географические, демографические и медико-социальные характеристики субъекта РФ; утвердить региональные нормативно-правовые

акты, регламентирующие деятельность реализуемой модели, включая межведомственное взаимодействие; осуществить соответствующую подготовку специалистов, оказывающих медико-социальную помощь детям и семьям.

#### **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Фаррахов А.З., Малышева И.Ю., Хафизова Е.Д., Голубева Р.К. Демографическая ситуация в Республике Татарстан // *Здравоохранение*. 2009. № 3. С. 65.
2. **Фаррахов А.З., Голубева Р.К., Визель А.А., Хасанов А.А., Анохин В.А., Ванюшин А.А. Первый опыт работы с пандемическим гриппом тяжелого течения, осложненным пневмонией // *Вестник современной клинической медицины*. 2009. Т. 2, № 4. С. 4-11.**
3. **Фаррахов А.З., Исмагилов М.Ф., Хабиров Ф.А., Иксанов Х.В., Исанова В.А. Состояние службы медико-социальной реабилитации инвалидов и перспективы ее развития в Республике Татарстан // *Неврологический вестник (Журнал им. В.М. Бехтерева)*. 2009. Т. XLI, № 4. С. 12-17.**
4. **Фаррахов А.З., Мороз Т.Б., Бакиров Р.С., Галимова Р.М., Файзуллина Р.А., Устинова Н.В. Опыт медико-социальной помощи женщинам, намеревающимся отказаться от своего ребенка // *Вопросы современной педиатрии*. 2012. Том 11, №4. С. 10-11.**
5. **Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Фаррахов А.З., Модестов А.А., Иванова А.А., Косова С.А. Особенности состояния здоровья детского населения Российской Федерации, тенденции его изменений // *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2012. № 4. С.18-24.**
6. Фаррахов А.З. Заболеваемость детского населения Республики Татарстан в условиях модернизации здравоохранения // *Сб.мат. XVII съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии»*, М. 14-17 февраля 2013 г. С. 673.
7. Фаррахов А.З. Порядок изучения заболеваемости детского населения в Республике Татарстан // *Сб.мат. XVII съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии»*, М. 14-17 февраля 2013 г. С. 674.
8. Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф., Устинова Н.В., Насырова А.М. Опыт работы единого республиканского координационного центра медико-социальной помощи подросткам региона (Татарстан) // *Сб.мат. XVII съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии»*, М. 14-17 февраля 2013 г. С. 674.
9. **Фаррахов А.З., Осипова С.А., Игнашина Е.Г. Здоровье детей в Республике Татарстан: главные вызовы на ближайшие годы // *Вестник современной клинической***

медицины. 2013. Т. 6, № 1. С. 6-11.

10. Фаррахов А.З. Модернизация детского здравоохранения в Республике Татарстан: первые результаты // Казанский медицинский журнал. 2013. Т. XCIV, № 2. С.145-151.

11. Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф., Садыков М.М. Центры здоровья для детей как приоритетное направление профилактической деятельности педиатрической службы // Медицинский альманах. 2013. № 2 (26). С. 12-15.

12. Фаррахов А.З., Яркаев Ф.Ф., Шерпутовский В.Г., Бабко А.А. Компьютерная технология ведения Регистра лиц, имеющих право на безвозмездное обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения // Общественное здоровье и здравоохранение. 2013. № 3. С.58-59.

13. Модестов А.А., Косова С.А., Федоткина С.Ф., Неволин Ю.С., Фаррахов А.З. Центры здоровья для детей: проблемы и перспективы развития // Социальные аспекты здоровья населения, 2013. №3 (31). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/482/30/lang,ru/>

14. Модестов А.А., Бондарь В.И., Федоткина С.Ф., Неволин Ю.С., Фаррахов А.З. Состояние здоровья детского населения, как основа для разработки региональные программы медицинской профилактики // Российский педиатрический журнал. 2013. № 4. С.53 – 57.

15. Альбицкий В.Ю., Устинова Н. В., Куликов О.В., Ким А.В., Муратова М.В., Рослова З.А., Тимакова Н.В., Рубежов А.Л., Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф. Порядок организации работы отделения медико-социальной помощи детской поликлиники // Вопросы современной педиатрии. 2013. Т.12, № 4. С. 12-16.

16. Фаррахов А.З., Волгина С.Я., Кондратьев А.С., Шавалиев Р.Ф. Научно-практический опыт организации отдыха, оздоровления и занятости подростков с девиантным поведением в Республике Татарстан // Российский педиатрический журнал. 2013. № 6. С.31-35.

17. Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф., Закиров И.И., Садыков М.М. Особенности модернизации службы детской реанимации в Республике Татарстан // Сб. мат. XII Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» М., 2013. С.23-24.

18. Фаррахов А.З., Туишев Р.И., Шавалиев Р.Ф., Садыков М.М. Организация питания детей раннего возраста в рамках оказания медико-социальной помощи детям // Вопросы современной педиатрии. 2013. Т.12, № 6. С. 5-8.

19. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Яковлева Т.В., Модестов А.А., Косова С.А., Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И., Иванова А.А., Неволин Ю.С., Бондарь В.И., Волков

**И.М., Фаррахов А.З., Федоткина С.А. Инновационные технологии в деятельности центров здоровья для детей // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 3(31). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/482/30/lang,ru/>**

20. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф. О неотложных мерах по организации медико-социальной помощи детскому населению // Сб. мат. Научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья». М., 2013. С.24-27.

21. **Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф., Амерханова Р.Р., Садыков М.М. Использование показателей заболеваемости детей для оценки состояния здоровья пациентов // Общественное здоровье и здравоохранение. 2014. № 1. С.22-29.**

22. **Фаррахов А.З., Зубова Е.П., Шавалиев Р.Ф., Садыков М.М. Оказание амбулаторно-поликлинической помощи детям с нарушениями развития в раннем возрасте // Медицинский альманах. 2014. № 1 (31). С.10-14.**

23. **Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф., Закиров И.И., Садыков М.М. Современные аспекты оказания экстренной и реанимационной помощи детям // Российский педиатрический журнал. 2014. № 3. С. 24-28.**

24. **Фаррахов А.З., Игнашина Е.Г., Садыков М.М., Зубова Е.П. Опыт Республики Татарстан в реализации модели раннего вмешательства по сопровождению детей раннего возраста с нарушениями развития и ограниченными возможностями // Казанский медицинский журнал. 2014. Т. ХСV, № 5. С. 697-702.**

25. **Фаррахов А.З., Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., Шавалиев Р.Ф. Зарубежный опыт медико-социального сопровождения детского населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 5. С.49-52.**

26. **Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф., Куликов О.В., Плаксина Л.В. Региональная модель трехуровневой системы медико-социального сопровождения детей и подростков (пилотный проект в Республике Татарстан) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 6. С.15-18.**

#### **ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ДТП	- дорожно-транспортное происшествие
ЗОЖ	- здоровый образ жизни
ЛПУ	- лечебно-профилактическое учреждение
РТ	- Республика Татарстан
SWOT-анализ	- Strengths Weaknesses Opportunities Threats