

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Саратовский государственный медицинский
университет имени В.И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

Шигаев Николай Николаевич

**ОБОСНОВАНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ
ОРГАНИЗАЦИИ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ
УРОВНЕ**

Специальность 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология
здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, доцент
Сазанова Галина Юрьевна

Москва
2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Медико-социальные и организационно – методические аспекты оказания медицинской помощи детям на современном этапе.....	12
1.1 Состояние здоровья детского населения на современном этапе	12
1.2 Медико-социальные проблемы организации медицинской помощи детям .	16
1.3 Нормативное обеспечение оказания медицинской помощи детскому населению	27
Глава 2. Материалы и методы исследования.....	31
2.1 Программно-методическое обеспечение исследования, основные этапы работы.....	31
2.2 Характеристика объектов исследования	33
2.3 Методика изучения показателей заболеваемости, смертности и инвалидности детского населения региона	41
2.4 Методика проведения социологических исследований.....	41
2.5 Методика расчета стоимости консультативной помощи для регионального здравоохранения и семьи пациента.....	43
2.6 Методика проведения организационного эксперимента	45
Глава 3. Эпидемиологический анализ состояния здоровья детского населения.	46
Глава 4. Верификация и ранжирование факторов, влияющих на эффективность медицинской помощи детскому населению.....	57
4.1 Оценка деятельности системы здравоохранения в регионе по результатам анкетирования законных представителей детей с хронической соматической патологией.....	57
4.2 Оценка качества оказания медицинской помощи и факторов, влияющих на него (по результатам анкетирования врачей).....	72
Глава 5. Основные направления совершенствования медицинской помощи пациентам детского возраста на региональном уровне	78

5.1 Сравнительный анализ доступности медицинской помощи городскому и сельскому детскому населению региона	78
5.2 Основные направления совершенствования медицинской помощи детям ..	87
Заключение	95
Выводы	110
Практические рекомендации	112
Список сокращений	113
Список литературы	114
Приложения	147

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Охрана здоровья населения детского возраста является приоритетной функций государства как социума, причем глобальной задачей здравоохранения выступает на первый план организация и достижение медицинского обслуживания населения, как наиболее доступного, при оптимальном уровне его здоровья. На актуальность проблемы влияния различных факторов на здоровье детского населения, а также многообразие и разнонаправленность научных исследований по верификации этих факторов указывают многие исследователи: отмечено, что 40% родившихся в России детей имеют различные расстройства здоровья; среди детей грудного возраста значительно возросла частота заболеваний, которые в дальнейшем определяют прогноз социальных ограничений. Результаты научных исследований показывают, что наиболее значимое ухудшение состояния здоровья детей происходит в школьном возрасте - от 7 до 17 лет (Богачёв А.И., с соавт. 2015г., Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. 2018г., Artiga S., 2018г., ругина М.В., 2019г., Кром И.Л. 2020г.).

Полидетерминированность здоровья в современном мире свидетельствует о том, что значимый вклад в показатели смертности, инвалидности и заболеваемости детского населения вносят социальные риски. В современной России наблюдаются возрастающие масштабы пространственной социально-экономической дифференциации (Лебедева-Несевря Н.А., 2014 г.). Доступность медицинской помощи детям является одним из критериев социальной эффективности здравоохранения. Для современного российского общества характерна высокая степень дифференциации в доступности медицинской помощи детям, которая связана с социально-экономическими характеристиками семьи ребенка, региональными, территориальными и организационно-правовыми особенностями деятельности медицинских организаций. Несмотря на то, что в РФ создана и функционирует нормативно-правовая база, обеспечивающая оказание качественной медицинской помощи детскому населению, в научных

исследованиях различных авторов приводятся доводы о низкой доступности медицинской помощи детскому населению, проживающему в сельских районах. Для улучшения качества медицинской помощи детям, преодоления имеющихся проблем при ее оказании актуальной остается диагностика проблем в организации медицинской помощи детскому населению и обоснование мероприятий, направленных на их преодоление.

Степень разработанности темы исследования

Изучены научные публикации отечественных и зарубежных ученых, посвященные различным проблемам организации медицинской помощи детскому населению. Целый спектр научных работ направлен на исследование предикторов здоровья детской популяции: на социально-экономические и психологические факторы указывают в своих работах Лебедева-Несевря Н.А. (2010), Баранов А.А. с соавт.(2014), Кислицина О.А.(2009), Iguacel, I. с соавт. (2018), Goyal, N.K. с соавт. (2018), Suel E. с соавт (2019). Ждановой Л.А. с соавт (2020) отмечается стойкая тенденция ухудшения состояния здоровья детей-школьников. О влиянии социально-экономических условий на физическое и психическое развитие детей обращают внимание в своих работах Hart CL с соавт. (2003), Power C. С соавт. (2005), Palacio, A (2018), Кабанова О. (2013). В последнее время особую значимость приобретает ухудшение состояния здоровья детей в постковидный период. Об этом в свих работах указывают Пашкевич В.С., (2023), Салова М.Н. с соавт. (2022), Иванова О.Н. (2021).

Богачев А.И. с соавт. (2016), Gottlieb L. с соавт. (2017), Bottino C.J с соавт. (2017), в своих работах отмечают, что вероятность наступления определенного патологического состояния повышается под воздействием тех или иных факторов, большинство из которых являются социально обусловленными.

Проблемы, связанные с доступностью медицинской помощи населению детского возраста, проживающему в отдаленных районах, рассматривают в своих работах Вялых А.А. (2015), Шабунова А.А. (2010), Andersen R.M. (1995), Степанова с воат, 92016), Наберушкина Э. (2004), Хандажапова Л.М. с соавт. (2016), Богачев А.И. с соавт. (2016), Власов С.Д. (2013).

Еругина М.В. с соавт (2016), Светличная Т.Г. с соавт. (2017), Парханов А.К. (2011), Филатов Р.В. с соавт.(2006), Калининская А.А. с соавт. (2012) указывают на низкую укомплектованность кадрами сельских медицинских организаций и их недостаточную профессиональную квалификацию, что также влияет на доступность и качество оказываемой медицинской помощи.

В исследованиях Богачева А.И. с соавт. (2016), Перхова В.И. с соавт. (2015), Шалыгиной Л.С. (2015), Калининской А.А. с соавт. (2011), Коршевера Н.Г. с соавт. (2010), Быченкова Ю.Г. с соавт. 2013), Фаррахова А.З.(2014) и др. отмечаются значимые различия сельского и городского населения в доступности специализированной медицинской помощи, т.к. специализированные виды помощи и новейшие медицинские технологии сконцентрированы, как правило, в областных и федеральных медицинских учреждениях.

В работах Юрьева В.К. (2019), Матвеевой Е.С. с соавт. (2016), Жуйковой П.В. с соавт. (2016), Тюфлина Д.С. (2023), Иванова Д.А. с соавт. (2022) Об указывается, что удовлетворенность медицинской помощью является одним из критериев ее качества.

Компаративный анализ научных исследований показал, что как российские, так и зарубежные авторы отмечают влияние на состояние здоровья детского населения не только медико-социальных факторов и условий проживания, но и уровня доступности медицинской помощи. Отсутствие обоснования основных направлений совершенствования педиатрической помощи послужило приоритетом выбора тема данного исследования.

Цель – научное обоснование основных направлений совершенствования медицинской помощи пациентам детского возраста на региональном уровне.

Задачи исследования:

1. Изучить нормативную базу и научные публикации отечественных и зарубежных авторов для выявления ведущих факторов организации медицинской помощи детям с хроническими соматическими заболеваниями в Российской Федерации, определяющих ограничения ее доступности и качества.

2. Провести компаративный анализ основных показателей здоровья детского населения в Российской Федерации и Саратовской области.
3. Изучить мнение родителей детей с хронической соматической патологией о проблемах организации медицинской помощи в отдаленных районах региона. Верифицировать и ранжировать факторы, влияющие на удовлетворенность и доступность медицинской помощи детскому населению.
4. Разработать направления совершенствования медицинской помощи пациентам детского возраста с хронической соматической патологией в региональном здравоохранении.

Научная новизна

Определены основные факторы ограничения доступности и качества медицинской помощи детям с хроническими соматическими заболеваниями, связанные с региональными и территориальными особенностями, которые детерминируют ограничение качества и доступности медицинской помощи.

Выявлены особенности состояния здоровья детского населения Саратовской области: хронические соматические заболевания детей составляют в структуре общей заболеваемости 74%, в то время как в РФ – 58%., определяя тенденции и особенности состояния общественного здоровья в регионе

На основании анализа мнения родителей детей с хронической соматической патологией верифицированы и ранжированы факторы, влияющие на удовлетворенность и доступность медицинской помощи детскому населению в отдаленных районах региона.

По результатам исследования обоснованы и апробированы в условиях организационного эксперимента основные направления совершенствования медицинской помощи детскому населению, включающие создание и этапы развития детского межрайонного центра и связанное с этим изменение маршрутизации пациентов.

Теоретическая и практическая значимость работы

Результаты диссертационной работы могут быть использованы для совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи детскому населению в регионе.

Осуществление оценки социальной и экономической эффективности медицинской помощи детям с хроническими соматическими заболеваниями может быть рекомендовано органам управления здравоохранением на региональном уровне для мониторинга доступности медицинской помощи и разработки корректирующих мероприятий.

Полученные данные в ходе диссертационного исследования применимы для составления программ циклов дополнительного непрерывного медицинского образования по специальностям педиатрической направленности.

Полученные данные диссертационного исследования были учтены при подготовке региональных нормативных актов, регулирующих модернизацию системы охраны здоровья детского населения в Саратовской области и направленных на повышение удовлетворенности населения качеством оказываемой медицинской помощи и доступности медицинской помощи детям (акт внедрения от 12.04.2024 г.). Результаты диссертационного исследования используются в учебном процессе ФГБОУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России при чтении лекций и проведении занятий по вопросам организации медицинской помощи городскому и сельскому населению детскому населению по профилю педиатрия» при обучении врачей-ординаторов и аспирантов (специальность 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье») (акт внедрения от 18.03.2024). Результаты исследования включены в рабочие программы подготовки в магистратуре и повышения квалификации медицинских кадров кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России (акты внедрения №1162, №1163 от 17.04.2024). Результаты исследования применялись при разработке организационно-экономического обоснование создания и функционирования Межрайонного педиатрического центра на базе Балашовской районной больницы (акт внедрения от 20.12.2023).

Методология и методы исследования

Исследование проводилось с 2016 по 2023 гг., в процессе которого были определены основные проблемы организации медицинской помощи детскому населению Российской Федерации, осуществлен сравнительный анализ социально-демографических показателей здоровья детского населения в России и Саратовской области; выделены факторы, влияющие на доступность медицинской помощи детям; верифицированы и ранжированы факторы, оказывающие влияние на эффективность оказания медицинской помощи детскому населению, разработаны направления совершенствования медицинской помощи пациентам детского возраста в региональном здравоохранении. Использовались методы: аналитический, статистический, социологический, организационного эксперимента.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Ведущей организационной проблемой при оказании медицинской помощи детскому населению с хронической соматической патологией является ограничение доступности и качества медицинской помощи детям, проживающим в отдаленных районах регионов.

2. Хронические соматические заболевания занимают основную долю в структуре общей заболеваемости детского населения и определяют тенденции состояния общественного здоровья в регионе.

3. Анализ мнений родителей детей с хронической соматической патологией позволяет выявить основные проблемы в организации медицинской помощи указанной группе населения, а также верифицировать и ранжировать факторы, влияющие на ограничение ее доступности в регионе, снижение показателей удовлетворенности родителей медицинской помощью, оказанной детям с хронической соматической патологией, проживающим в отдаленных районах региона.

4. Увеличение доступности ПМСП детскому населению отдаленных районов региона, снижение экономического ущерба при оказании консультаций, снижение финансового бремени на семью и рост экономической и социальной

эффективности достигается организацией медицинской помощи по принципу формирования детских межрайонных центров, предусматривающему этапность развития и связанное с этим изменение маршрутизации пациентов с акцентом на оказание ПМСП детскому населению врачами общей практики (семейными врачами) или педиатрами.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Адекватные задачам методы статистической обработки материала, обоснование объема выборочных совокупностей, их качественная репрезентативность обеспечили достоверность полученных результатов.

Материалы исследования широко обсуждались на различных всероссийских и международных конференциях: на научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций», г. Саратов, 25-26 октября 2018 года (Всероссийская); на научно-практической конференции «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе», г. Пермь, 3-4 декабря 2019 года (VI Всероссийская (с международным участием)); на научно-практической конференции, посвященной 100-летию Кубанского государственного университета, «Актуальные проблемы реализации социального, профессионального и личностного ресурсов человека», г. Краснодар, 31 мая 2020 года (IX Всероссийская) ; на конференции по социальной педиатрии, г. Москва, 5-7 марта 2021 года (I Всероссийская), на научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций», г. Саратов, 23-24 сентября 2021 года (II Международная); на научно-практической конференции «Исторические основы профессиональной культуры в здравоохранении» г. Гродно, 20 мая 2022 года (Международная); на научно-практической конференции «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций», г. Саратов, 29-30 сентября 2022 года (III Международная).

Публикации

По материалам исследования опубликовано 15 работ, в том числе за 5-летний период 2021-2025 гг. 1 публикация в журнале, входящем в МБЦ (Scopus), 2

публикации в журналах, входящих в базу RSCI, 2 публикации в журналах, входящих в Перечень РУДН.

Личный вклад автора

Автор лично определил цель исследования и соответствующие задачи, разработал дизайн исследования, провел собственные эпидемиологические, социологические и экономические исследования и их анализ. Представил обзор литературных источников и нормативных актов по изучаемой проблеме. Сформулировал выводы и рекомендации (90% личного вклада)

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационное исследование выполнялось с учетом требований паспорта специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (п. 10, 14,15,16).

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 164 страницах, включает обзор научных публикаций, главу, посвященную методике исследования, 3 главы результатов собственных исследований, 8 приложений, список библиографических источников (всего 247 - 202 российских, 45 иностранных). Публикации последнего десятилетия составляют 82% общего списка литературы. Работа содержит наглядный материал в виде 21 рисунка и 23 таблиц. Работа выполнена в рамках НИОКТР «Медико-социологическое обоснование направлений совершенствования регионального здравоохранения» (регистрационный номер 121051100308-8 от 30.04.2021 г.).

ГЛАВА 1. МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННО – МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

1.1 Состояние здоровья детского населения на современном этапе

Охрана здоровья детского населения считается одной из приоритетных функций государства как социума, причем глобальной задачей здравоохранения выступает на первый план организация и достижение медицинского обслуживания населения, как наиболее доступного, при оптимальном уровне его здоровья [1; 10; 15; 38; 41; 70; 102; 142; 151]. В течение первых пятнадцати лет XXI века в России, несмотря на стабилизацию показателей заболеваемости новорожденных и детей первого года жизни, до 40% родившихся в России детей имеют различные расстройства здоровья; среди детей грудного возраста значительно возросла частота заболеваний, которые в дальнейшем определяют прогноз социальных ограничений. Результаты научных исследований показывают, что наиболее значимое ухудшение состояния здоровья детей происходит в школьном возрасте [5; 9; 182; 202; 208].

На актуальность проблемы влияния различных факторов на здоровье детского населения, а также многообразие и разнонаправленность научных исследований по верификации этих факторов указывают многие исследователи, отмечая, что полидетерминированность здоровья в современном мире свидетельствует о том, что значимый вклад в показатели смертности, инвалидности и заболеваемости населения вносят детерминанты здоровья. «Проблемы социальной обусловленности популяционного здоровья являются традиционной темой для обсуждения в рамках как медицинской, так и социологической науки. Выделяются объективные и субъективные факторы, факторы устойчивости (факторы антириска или благоприятные детерминанты) и факторы риска (неблагоприятные детерминанты), контролируемые и неконтролируемые факторы и т.д. Доступность медицинской помощи следует отнести к социальным факторам

макроуровня, представляющих наиболее широкий контекст социальных факторов риска здоровью»[37]. Наибольшее значение для прогнозирования нарушений здоровья детей имеет оценка медико-биологических, социальных, психологических факторов риска. Влияние биологических факторов риска на развитие детей особенно велико в первые два – три года жизни. В последующие периоды возрастает влияние социально-экономических и психологических факторов [74; 194; 212; 220; 223; 224; 228; 230; 231; 232; 239; 240; 242; 245].

При формировании здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте значимыми становятся несколько иные факторы, увеличивается удельный вес факторов среды обитания, образа и уровня жизни семьи, снижается воздействие медико-биологических факторов [213; 225].

Результаты интегративных исследований постнатальной патологии доказывают роль социальных рисков в повышении заболеваемости и инвалидизации детей, особенно в критические периоды их роста и развития [60; 61; 62; 229].

Данные анализа, проведенного А.А. Барановым с соавт. для изучения того, как влияет социально-экономическое положение жителей страны на первичную инвалидность детей с различными заболеваниями, говорят о том, что влияние социально-экономической ситуации на инвалидность составляет 29–30 %. Причем социально-экономические характеристики прежде всего связаны с первичной инвалидностью детей с онкологическими и эндокринными болезнями. Стабильные показатели как первичной, так и общей инвалидности наблюдаются среди детского населения, но на фоне стагнации уровня общей детской инвалидности в стране распространенность инвалидности в подростковом возрасте продолжает расти. Доля подростков среди всех детей - инвалидов составляет около 30% и постоянно увеличивается [6].

Состояние здоровья детей в ранний период жизни и социально-экономическое положение семьи или организованного коллектива, в котором проживает ребенок, во взрослом возрасте оказывают существенное воздействие на

его поведение, антропометрические показатели, подверженность соматическим и психическим заболеваниям [211; 214; 216]

О.А. Кислицына отмечает, что в состоянии здоровья российских детей отмечаются две основные тенденции:

– подавляющее большинство детей уже с малых лет является нездоровым (в первое десятилетие XXI века рождается с патологией или заболевает до 40% новорождённых, при этом в 1990 г. этот показатель равнялся 15%), что объясняется прогрессирующим ухудшением здоровья женщин, рожениц и родильниц [58], возможностями для сохранения жизни детей, имеющих экстремально низкую массу тела при рождении;

– в течение жизни ребенка происходит интенсивное снижение возможности улучшения его здоровья [58].

Прослеживается закономерность ухудшения состояния здоровья детей-школьников в течение последнего времени. Актуальными в педиатрии остаются сохраняющиеся тенденции роста распространенности хронической патологии в школьном возрасте и влияние на здоровье социальных факторов, которые в настоящее время изучены недостаточно [45]. «Так, у детей в возрастной группе 0–17 лет, проживающих в Саратовской области, отмечена тенденция превышения уровней первичной и общей заболеваемости сахарным диабетом и болезнями, характеризующимися повышенным артериальным давлением. Показатели первичной заболеваемости болезнями, характеризующимися повышенным артериальным давлением, среди детского населения области в 2011 году составили 0,68 случая на 1000 населения и достоверно превышали аналогичный показатель в Российской Федерации в 2,8 раза (0,24 случая на 1000 населения соответствующего возраста), в 2021 году – в 2,6 раз (Саратовская область – 0,37 случая, Российская Федерация – 0,14 случая на 1000 населения соответствующего возраста). Уровень первичной заболеваемости сахарным диабетом детского населения Саратовской области в 2011 году (19 случаев на 1000 нас.) достоверно превышал аналогичный показатель в Российской Федерации в 1,3 раза (15 случаев на 1000 нас. соответствующего возраста), в 2021 году – в 1,2 раза: Саратовская область – 32

случая, Российская Федерация – 27 случаев на 1000 нас. соответствующего возраста ($p < 0,05$)»[27]. Исследователями обсуждаются проблемы организации медико-социальной помощи подросткам, новые подходы к профилактике нарушений здоровья и реабилитации детей, лежащие в основе работы отделений медико-социальной помощи (ОМСП) детской поликлиники [204; 217; 223; 237; 239; 240]

Социально-экономические условия, в которых проживает ребенок, оказывают влияние на его физическое, эмоциональное, когнитивное развитие, которые определяют состояние здоровья в зрелом возрасте [2; 26; 180; 214; 221; 234; 235; 236].

Явно выраженная стратификация по социально-экономическому принципу приводит к увеличению групп различий в жизненном цикле детей разного социального положения и описывается, как появление «детства разного типа». Возрастная дифференциация всё больше и больше уступает главенствующую роль социальной дифференциации [53].

Пандемия новой коронавирусной инфекции внесла свои коррективы в состояние здоровья детского населения РФ. Так, Пашкевич В.С. (2023) [92] указывает на увеличение числа средне-тяжелых форм внебольничной пневмонии у детей. М.Н. Салова с соавт. (2022) [150] указывают на то, что после перенесенной НКВИ нарушения здоровья выявлены у 73 % детей, которые сопровождались нарушением со стороны вегетативной, эмоционально-поведенческой и когнитивной сфер, а также снижением резистентности организма. По данным Ивановой О.Н. [52] среди детей отмечались частые ОРВИ и тонзиллиты в последующие 6 месяцев, утомляемость и слабость, изменение вкуса и запаха, нарушения сна. В период последующих месяцев у детей отмечены изменения общеклинических, биохимических анализов и иммунограммы [77; 87; 88; 99; 140; 176].

1.2 Медико-социальные проблемы организации медицинской помощи детям

ВОЗ отводит управленческим «рискам ведущую роль в определении состояния популяционного здоровья. Вероятность наступления определенного патологического состояния повышается под воздействием тех или иных факторов, большинство из которых являются социально обусловленными» [186,188].

«Одним из основных социальных рисков общественного здоровья является доступность медицинской помощи. Заявление о доступности медицинской помощи было принято 40-й Всемирной медицинской ассамблеей в Вене в сентябре 1988 года. Доступность медицинской помощи – это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Доступность медицинской помощи обусловлена сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, медицинскими и финансовыми ресурсами страны; наличием и уровнем квалификации медицинских кадров; наличием на территориях необходимых медицинских технологий; возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации; имеющимися транспортными возможностями; уровнем общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Кроме того, доступность медицинской помощи определяется наличием медицинских организаций, оснащённых в соответствии с современным уровнем развития медицинской науки; соблюдением принципа бесплатности медицинской помощи в соответствии с программами государственных гарантий ее оказания; государственным регулированием ценообразования на фармацевтическом рынке» [37].

Вялых Н.А. в своих работах указывает на «подход, в соответствии с которым под доступностью медицинской помощи необходимо понимать степень адаптации системы здравоохранения к потребностям населения, а также возможность общества и отдельного человека использовать ресурсы с целью удовлетворения потребности в медицинской помощи в современном поле профессиональной

медицинской практики» [18]. Кром И.Л. с соавт. утверждает, что «доступность медицинской помощи для пациентов является показателем их социальной защищенности, особенно в условиях обострения социальных противоречий и устойчивых негативных демографических тенденций» [66].

Р. Андерсен предложил поведенческую концепцию доступности медицинской помощи, согласно которой использование услуг здравоохранения является результатом действия трех основных групп факторов. Первую группу составляют факторы, представленные социальными характеристиками пациентов. Вторая группа факторов объединяет имеющиеся у пациентов возможности по использованию услуг здравоохранения: индивидуальные и социальные ресурсы, обеспечивающие доступ к медицинским услугам. Третья группа факторов – контекстные характеристики или внешние условия, определяющие возможность или невозможность доступности медицинской помощи, включающие способность оплатить медицинскую помощь, и характеристика медицинской инфраструктуры. В поведенческой модели Р. Андерсена взаимодействие пациента с системой здравоохранения измеряется позитивными изменениями в состоянии пациента и уровнем его удовлетворенности [206; 207].

Мы разделили все факторы, влияющие на доступность медицинской помощи детям, на три группы:

- 1) организационные факторы
- 2) социальные факторы
- 3) поведенческие факторы.

Организационные факторы

Для России наиболее актуальна проблема доступности медицинской помощи населению, проживающему в удаленных районах, то есть на территориях с низкой плотностью населения и значительным расстоянием до крупных городов. Обширные территории со слабой заселенностью многих районов затрудняют доступность медицинской помощи детям. Особое значение имеет транспортная

доступность (наличие транспортных рейсовых маршрутов, остановок, парковочных мест) [73; 85; 161].

Обеспеченность объектами и услугами здравоохранения населения сельских регионов является важной проблемой для систем здравоохранения развивающихся стран мира. О неравенстве в доступности медицинской помощи в связи с региональными различиями пишут зарубежные исследователи [205; 215; 227; 238; 244].

При проведении социологических опросов в исследовании Л.М. Ханджаповой и соавт. низкий уровень качества и доступности медицинской помощи рассматривается как одна из проблем сельских территорий [21; 174].

В субъектах Российской Федерации сохраняется ограничение доступности и качества медицинской помощи, учитывая различные группы населения. Проводимая в последние десятилетия реформа системы здравоохранения в России привела к ликвидации первичных звеньев системы сельского здравоохранения. В результате для жителей мелких и удаленных от районных центров сельских поселений обострилась проблема ограничения доступности медицинской помощи [7; 8; 14; 90; 141].

Плотность населения, социально-экономическое развитие сельских территорий, наличие медицинских организаций, транспортное сообщение определяют доступность медицинской помощи населению в сельской местности. В сельских районах преобладают маломощные отдалённые от поселений медицинские организации с недостаточным обеспечением современными возможностями диагностики и лечения [35; 55; 72; 91; 154; 171; 184].

В многочисленных исследованиях определение доступности медицинской помощи включает индивидуальные характеристики пациентов (гендерная и этническая принадлежность, возраст, профессия, финансовые возможности, самооценка здоровья, образ жизни, потребности, особенности коммуникативного взаимодействия в системе «врач – пациент», поведенческие паттерны) и характеристики системы здравоохранения как на макроуровне, так и на

микроуровне (частота обращения за медицинской помощью, место расположения медицинской организации и др.).

Научный интерес к проблеме доступности для населения медицинской помощи обусловлен несколькими причинами:

- недостаточным финансированием здравоохранения; отсутствием практики планирования медицинской помощи [19; 20; 37; 47; 68; 69];
- преимущественным развитием лечебных служб в ущерб профилактическим; необходимостью более справедливого распределения услуг здравоохранения [21; 153].

В исследованиях Богачева А.И. с соавт., Перхова В.И. с соавт., Шалыгиной Л.С., Калининской А.А. с соавт., Коршевера Н.Г. с соавт., Быченкова Ю.Г. с соавт., Фаррахова А.З. и др. отмечают значимые различия сельского и городского населения в доступности специализированной медицинской помощи, т.к. специализированные виды помощи и новейшие медицинские технологии сконцентрированы, как правило, в областных и федеральных медицинских учреждениях, расположенных в крупных городах [8; 12; 56; 65; 86; 93; 94; 168,196].

Об ограничении доступности и качества медицинской помощи сельскому населению пишут О.Н. Калачикова и соавт. [54]. В исследовании В.Л. Шабанова среди причин необращения за медицинской помощью при наличии потребности в ней в 16,1% случаев сельскими жителями называлась проблема транспортной доступности медицинских организаций [181].

По результатам социологического исследования, проведённого А.А. Калининской с соавт. врачебная помощь территориально доступна только 49% сельского населения, 40% – труднодоступна, а 9% – практически недоступна, 2% респондентов затруднились ответить на данный вопрос [57].

О.В. Ермолаева и соавт., характеризуя сельское здравоохранение на рубеже XX-XI вв., убедительно доказывают, что «сельское население в меньшей степени обеспечено медицинской помощью, в том числе специализированной, как по объёму, так и по качеству» [34].

В работе М.В. Еругиной с соавт. характеризует «доступность медицинской помощи как свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Доступность медицинской помощи обусловлена сбалансированностью необходимых объемов медицинской помощи населению с возможностями государства, медицинскими и финансовыми ресурсами страны; наличием и уровнем квалификации медицинских кадров; наличием на территориях необходимых медицинских технологий; возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации; имеющимися транспортными возможностями; уровнем общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний. Кроме того, доступность медицинской помощи определяется наличием медицинских организаций, оснащенных в соответствии с современным уровнем развития медицинской науки; соблюдением принципа бесплатности медицинской помощи в соответствии с программами государственных гарантий ее оказания; государственным регулированием ценообразования на фармацевтическом рынке. Выделяются четыре аспекта доступности: недискриминация; физическая доступность; экономическая доступность (доступность по цене); доступность информации. В России повышение доступности и качества медицинской помощи для населения признается важнейшим приоритетом социальной политики. Проблема «доступности и качества медицинской помощи, декларативность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, их несбалансированность с имеющимися финансовыми ресурсами рассматриваются как одни из основных проблем российского здравоохранения, требующих безотлагательного решения» [37].

В исследованиях Богачева А.И. с соавт., Перхова В.И. с соавт., Шалыгиной Л.С., Калининской А.А. с соавт., Коршевера Н.Г. с соавт., Быченкова Ю.Г. с соавт., Фаррахова А.З. и др. авторы отмечают значимые различия сельского и городского населения в доступности специализированной медицинской помощи, т.к. специализированные виды помощи и новейшие медицинские технологии

сконцентрированы, как правило, в областных и федеральных медицинских учреждениях, расположенных в крупных городах [8; 12; 56; 65; 86; 93; 94; 168,196].

Социальные факторы

Ряд авторов выделяет среди ведущих проблем здравоохранения в России проблему недостаточной доступности наряду с поздней обращаемостью населения за медицинской помощью. Исследование коммерциализации медицины, предоставление платных медицинских услуг как своеобразный барьер в их доступности представляет особую актуальность для российского общества. Дети с хроническими заболеваниями сталкиваются с теми же проблемами получения медицинской помощи, что и взрослые [66].

Состояние здоровья сельских жителей «оставляет желать лучшего», а уровень медицинской активности в 2,3 раза ниже, чем у городских жителей. Причин тому несколько: плохое транспортное сообщение, низкая плотность сельского населения, низкие показатели социальной инфраструктуры, неблагоприятные социально-демографические условия, низкие доходы сельских жителей; высокий уровень заболеваемости и травматизма [3; 9; 25; 35; 66; 96; 198]. В 2010-2012 гг. Г.Ю. Будариним и соавт. Было проведено исследование, изучающее реализацию прав пациентов на получение качественной медицинской помощи в Волгоградской области и Краснодарском крае, сельской местности. Исследование показало, что права сельских жителей на качественную медицинскую помощь соблюдаются не в полной мере, что прежде всего связано: с реальным социально-экономическим положением этой группы населения; с особенностями сельского образа жизни, когда нет возможности у пациентов решать проблемы, если возникают серьезные заболевания; а также с финансовой невозможностью сельских жителей использовать систему платных услуг и добровольного медицинского страхования, а не только систему обязательного медицинского страхования. Ограничение оказания медицинской помощи связано с состоянием сельских медицинских организаций, большими затруднениями с

внедрением современного диагностического, инструментального оборудования, отсутствием передовых лечебных технологий. Работники ФАПов, сельских врачебных амбулаторий, участковых больниц обеспечивают в основном ПМСП жителям сельских регионов. Исследования показывают, что качество и высокий уровень медицинской помощи, по мнению сельских жителей, являются основным в оказании медицинской помощи, не зависимо от того, где они проживают изначально, при этом из них - большинство сельских жителей. Исходя из этого делается вывод, что лечебно-профилактическая помощь сельскому населению должна оказываться медицинскими организациями муниципальной и государственной форм собственности, финансирование которых осуществляется за счет средств бюджета федерального и регионального, и средств ОМС. Платные услуги и услуги ДМС в сельских регионах не «приветствуются» [11; 24; 36; 71; 157].

Доступность как возможность больного ребенка получить необходимую медицинскую помощь определяется отсутствием барьеров в ее получении [101]. Не только отечественные, но и зарубежные авторы отмечают, что проблема ограничения доступности медицинской помощи больному ребёнку возникает в связи социально-экономическими характеристиками семьи ребенка, региональными и территориальными особенностями, деятельностью медицинских организаций. Доступность медицинской помощи определяется поведением родителей ребёнка, которое зависит от их установок на поддержание и восстановление здоровья ребенка, ценностных ориентаций, представлениях о факторах, влияющих на выздоровление и развитие ребенка, мотивации на достижение результатов лечения [23; 66; 210; 222].

Поведенческие факторы

Для жителей удаленных сельских территорий характерны более низкие показатели обращаемости за амбулаторной медицинской помощью [161; 200].

Соответствие оказания медицинской помощи потребностям населения является важным компонентом социальной оценки деятельности системы [5;200].

В докладе Всемирной организации здравоохранения в 2000 г. [World health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization, - 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>] были предложены критерии сравнительной оценки деятельности систем здравоохранения в достижении фундаментальных целей:

- улучшения состояния здоровья населения;
- справедливости в распределении бремени финансирования здравоохранения;
- отзывчивости к ожиданиям людей в вопросах, не связанных с состоянием здоровья.

Дефиниция **отзывчивости**, используемая в докладе ВОЗ, связана с немедицинскими индикаторами функционирования системы здравоохранения: обеспечением уважения достоинства человека, его автономии и конфиденциальности информации, внимание к пациентам, качеству условий оказания медицинской помощи, свобода выбора производителей медицинских услуг. В докладе ВОЗ уровень отзывчивости систем здравоохранения измеряется с помощью социологических исследований. На основе полученных данных рассчитывается интегральный показатель уровня отзывчивости для каждой национальной системы здравоохранения и показатель равномерности распределения отзывчивости для различных групп населения. Параметры отзывчивости системы здравоохранения включены в методику оценки эффективности территориальной системы здравоохранения [197].

Известны зарубежные исследования отзывчивости системы здравоохранения (health system esponsiveness) [203; 241].

Одними из первых российских публикаций по социальной отзывчивости здравоохранения являются исследования С.В. Шульгиной. Отзывчивость системы здравоохранения в отличие от удовлетворенности оценивает систему здравоохранения с неклинической точки зрения, и медицинская помощь

реализуется согласно универсальных ожиданий от лечения, консультации и диагностики пациентов [199].

Для мониторинга стационарной и амбулаторной медицинской помощи используются критерии отзывчивости системы здравоохранения. В соответствии с определением ВОЗ выделено 7 «критериев оценки отзывчивости системы здравоохранения: достоинство, конфиденциальность, выбор поставщика, надлежащие условия, коммуникабельность врача, оперативность, автономность» [200]. Восьмой критерий - доступ к социальной поддержке, применяется только в оценке стационарной МП [23; 175; 198; 200; 246; 247].

Юрьев В.К. с соавт. считают, что в современных условиях **удовлетворённость** населением медицинской помощью, как для городских, так и сельских жителей, является субъективным критерием, описывающим качество и доступность медицинской помощи. Установлено, что основными причинами для обращений в поликлинику являются прохождение профилактических осмотров, лечение острых заболеваний, а также сдача анализов при проведении обследований. 65,3% родителей были удовлетворены организацией работы детского поликлинического отделения, не совсем удовлетворены 28,9%, полностью не удовлетворены - 2,3%. Основными причинами неудовлетворенности родителей являются большие очереди в регистратуру, к педиатру и узким специалистам, а также трудности получения консультаций специалистов и прохождения обследований [201].

Удовлетворенность опрошенных родителей, воспитывающих детей в возрасте 2-10 лет, по данным исследования Матвеевой Е.С. с соавт составила, 74,1%. На удовлетворенность медицинской помощью, оказываемой детскому населению, влияют отдельные медико-социальные факторы, такие как доход на одного члена семьи в месяц, социальный статус родителей, их возраст [78]. Жуйкова П.В. с соавт. отмечает, что уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи в детских поликлиниках составил 67,5% опрошенных. Основные причины неудовлетворенности качеством медицинских услуг в поликлинике — недоступность врачей узких специальностей и длительное

ожидание очереди на прием к педиатру. В сельской местности превалирует недоступность врачей узких специальностей и недостаточное материально-техническое обеспечение [49].

При изучении удовлетворенности медицинской помощью в Российской Федерации Д.С. Тюфилин с соавт. определили, что максимальный общий уровень удовлетворенности по итогам оценки составил 45,8% (апрель 2023 г.), минимальный – 40,0% (сентябрь 2022 г.) [166].

Иванов Д.О. отмечает, что важным условием для повышения доступности МП является сбалансированность в реализации муниципального и государственного управления здравоохранением, что позволяет достигнуть более высокого качества на разных уровнях ее оказания. Региональное здравоохранение имеет различные, присущие конкретной территории, характеристики. Демографические особенности, состояние здоровья детей, отдаленность населенных пунктов от МО и др. оказывают влияние на организацию сельского здравоохранения [51].

На выстраивание 3-уровневой системы оказания медицинской помощи и создание узкоспециализированных структурных подразделений, позволяющее повышение доступности медицинской помощи и своевременности ее оказания указывает Москвина С.С. [84]. А.А. Барановым с соавт. и А.З. Фарраховым представлены следующие уровни МП: первичный, парагоспитальный (патронажный) и госпитальный [4; 168]. По мнению В.А. Медик (2021 г.) роль административных кураторов должны выполнять межрайонные центры. К выездной работе привлекаются самые опытные, высококвалифицированные специалисты [80].

В основе организации работы детской поликлиники должны лежать нормы права, которые помогут решить проблемы оптимального взаимодействия ее структурных подразделений. Важнейшими составляющими концепции приоритета первичной профилактики, которая направлена на повышение функциональных возможностей детского организма, являются: создание здорового образа жизни (ЗОЖ) и широкое внедрение здоровьесберегающих технологий, прежде всего в

образовательных учреждениях [28; 44; 81; 82; 100; 160; [178179; 233]. Это требует перехода от массовых и групповых мер профилактики к персонализированным рекомендациям, которые предполагают индивидуальный подход. Факторы, влияющие на низкую эффективность профилактической работы с детьми: недостаточное время приема у врача-педиатра для посещения детей в целях профилактики и отсутствие алгоритма взаимодействия педиатров, работающих в разных отделениях детской поликлиники, в формировании здоровья детей. Во многом это связано с недостаточным вниманием врачей образовательных учреждений к оценке индивидуальных особенностей развития, отсутствием у педиатров навыков создания и назначения индивидуальных программ медико-социального сопровождения детей. Возможные пути решения проблемы – оптимизация деятельности педиатров, оказывающих амбулаторную помощь, увеличение материально-технической базы, совершенствование нормативной, правовой и методической документации, проведение профилактических мероприятий для детского населения [46; 143; 145; 148; 158; 159; 162; 165; 173; 177].

Особую важность и значение имеет оказание ПМСП для сельского населения. Согласно Ереминой М.Г. (2022) ведущим индикатором эффективности здравоохранения выступает мониторинг оценки удовлетворенности больных из числа сельских жителей качеством медицинской помощи [29; 30; 31; 33].

Медведевой О.В. с соавт. (2019) удалось выявить характеристики, которые влияют на территориальную доступность медицинской помощи жителей данного сельского региона. Описана деятельность межрайонных центров: специфика их расположения, связанная с низкой плотностью населения, большим количеством мест проживания, достаточно удаленных от медицинских организаций, преимущественно, в которых проживают пенсионеры, имеется зависимость от транспортной доступности. Данные характерные черты сложившихся практик для сельских жителей в оказании медицинской помощи требуют мер оптимизации существующего положения. Необходимо повышение доступности медицинской помощи на селе, с тем, чтобы учитывать в полном объеме, возможности

использования технологий направленных на применение различных форм социально и территориально адаптированных организационных технологий, в том числе выездные формы работы [22; 79].

1.3 Нормативное обеспечение организации медицинской помощи населению детского возраста

Медицинская помощь детям оказывается в соответствии с положениями, изложенными в следующих документах:

- международных обязательств РФ;
- Конституции РФ;
- Федеральных законах РФ;
- Постановлениях Правительства РФ;
- Приказов Минздрава России;
- программах госгарантий оказания медицинской помощи населению РФ;
- федеральных программах, целью которых является укрепление и охрана здоровья детского населения;
- региональное законодательство, региональные и муниципальные программы в части организации медицинской помощи детскому населению.

Исходным документом международного уровня по проблемам организации медицинской помощи, в т.ч. детскому населению, является **«Всеобщая декларация прав человека»** от 10 декабря 1948 года, в которой 25-я статья гарантирует права людей на оказание медицинской помощи:

1. Должны быть предоставлены гарантии такого уровня жизни, который необходим и достаточен для поддержания здоровья и благосостояния человека и его семьи в любых жизненных обстоятельствах.

2. Особым вниманием, социальной защитой и помощью должны быть обеспечены матери и дети вне зависимости от обстоятельств рождения последних [17].

Всеобщая декларация прав человека получила свое развитие во **Всеобщей декларации о биоэтике и правах человека**, принятой резолюцией *Генеральной конференции ЮНЕСКО* 19 октября 2005 года, посвященной этическим проблемам в медицине, науках о жизни и связанных с ними технологий применительно к человеку, с учетом их социальных, правовых и экологических нюансов. Отмечено, что следует приветствовать и поощрять обеспечение справедливости и доступности медицинских, научных и технических достижений, распространение знаний об этих достижениях и их совместного использования на благо людей, в том числе, жителей развивающихся стран. В Декларации зафиксированы основные принципы обеспечения населения медицинской помощью: соотношение вреда и пользы от применения и развития научных знаний, медицинской практики и связанных с ними технологий (Статья 4), самостоятельность лиц в принятии решений при наличии ответственности за эти решения и уважения самостоятельности других (Статья 5); защите их прав и интересов лиц, не обладающих правоспособностью, обязательность получения информированного согласия на любое медицинское вмешательство на основе достоверной информации (Статья 6) и т.д.

Особо выделим Статью 14 Декларации, в которой зафиксировано, что:

- Правительства стран в числе целей своей деятельности должны осуществлять содействие укреплению здоровья населения;
- граждане имеют право на обладание достижимым уровнем здоровья без всякой дискриминации по каким-либо признакам, а научно-технический прогресс призван способствовать повышению доступности медицинской помощи, особенно в части здоровья женщин и детей [16].

Конвенция о правах ребенка (Convention on the Rights of the Child), принятая *Генеральной Ассамблеей ООН* 20 ноября 1989 года стала основным международным документом о защите детей, имеющим статус закона на территории Российской Федерации.

Ряд статей Конвенции регламентирует права ребенка при получении МП [63].

Право на медицинскую помощь, которая в государственных и муниципальных организациях здравоохранения предоставляется бесплатно за счет средств соответствующего бюджета и страховых взносов задекларировано в **Конституции Российской Федерации** [37; 64].

ФЗ – 323 является базовым нормативным актом, закрепляющим основы системы здравоохранения в РФ [170].

ФЗ - 326 законодательно устанавливает правила ОМС и как для взрослого населения, так и для детей со дня рождения и до достижения ими 18-летнего возраста. Статьей 16 326-ФЗ гарантирует застрахованным бесплатное оказание медицинской помощи в МО при наступлении страхового случая в объемах базовой (территориальной) программы ОМС [22;169]

Критерии оценки качества МП представлены в Постановлении Правительства и РФ и приказами МЗРФ [103; 117; 121; 122; 124].

В нормативных актах содержится регуляторный механизм по организации МП детскому населению в зависимости от условий ее оказания и необходимости получения набора социальных услуг в виде государственной социальной помощи [130; 132; 136; 137].

В настоящее время действует трехуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению, которая включает МО муниципального, межрайонного и регионального уровней [117; 139].

Приказами МЗ РФ № 56 от 23.01.2017г., № 102 от 08.02.2007, № 366н 16.04.2012 г. определены задачи, которые должны решать участковые врачи-педиатры [95;133; 134].

В дневном стационаре детям оказывается специализированная МП, тогда как на круглосуточных койках, помимо специализированной оказывается и ВМП [115, 124].

С 2019 года действует Стратегия развития страны до 2025 г., регламентирующая создание на базе крупных медицинских организаций межрайонных центров [139].

В регионе подготовлен пакет документов, направленных на оптимизацию системы областного здравоохранения, которая включает три уровня организации медицинской помощи детям и маршрутизацию пациентов с различными нозологическими формами в МО 2 и 3 уровня [107; 127; 129; 135].

Заключение по главе.

Таким образом, в РФ и регионе на основании функционирующих нормативных актов детям оказывается медицинская помощь соответствующего качества. Среди критериев качества медицинской помощи выделяют доступность и отзывчивость системы здравоохранения, а также удовлетворённость населения медицинской помощью. Исследователи особо выделяют проблему ограничения доступности медицинской помощи пациентам детского возраста проживающему в отдаленных районах и выделяют влияющие на нее факторы. Основными причинами неудовлетворенности родителей являются большие очереди к специалистам, территориальная отдаленность медицинских организаций, низкая материально-техническая и кадровая обеспеченность поликлиник и стационаров системы ПМСП [184].

Региональные и территориальные особенности системы здравоохранения влияют на своевременность и качество медицинской помощи детям с хроническими соматическими заболеваниями.

Для улучшения качества медицинской помощи детям, преодоления имеющихся проблем при ее оказании необходимо выявление проблем регионального здравоохранения и разработка предложений по их преодолению при организации медицинской помощи детскому населению.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Программно-методическое обеспечение исследования, основные этапы работы

Диссертационное исследование выполнено в соответствии с п. 10, 14,15,16 паспорта научной специальности 3.2.3. - общественное здоровье, организация, социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Системный анализ выбран в качестве методологии изучения подходов к оптимизации медицинской помощи детям.

Методы исследования: аналитический, математический, организационного эксперимента, социологический, статистический.

Объект исследования – детское население Саратовской области с хронической соматической патологией.

Предмет исследования – организация медицинской помощи детям с хронической соматической патологией на региональном уровне.

Период выполнения диссертационного исследования –2016-2023 гг.

Таблица 2.1 – Программа исследования

Этапы	Методы	Единицы наблюдения и объем	Источники информации
1. Определение цели, задач, предмета исследования, объектов и методов. Изучение основных проблем организации медицинской помощи детям. Критический анализ нормативного регулирования МП детям.	Аналитический	Литературные источники (242) Нормативные правовые акты (46)	Научные публикации из российских и иностранных наукометрических баз данных, Нормативно-правовые акты справочных информационных систем «ГАРАНТ» и «Консультант»
2. Изучение основных показателей здоровья детского населения в России и Саратовской области	Аналитический статистический	Медико-демографические показатели здоровья детей (2016-2022 г.) 23000 показателей	Данные официальных сайтов Росстата и Саратовстата (2016-2020 г.)

<p>3. Исследование отзывчивости региональной системы здравоохранения и удовлетворенности законных представителей пациентов детского возраста МП</p> <p>Оценка качества оказания медицинской помощи детям</p>	<p>социологический (анкетирование), аналитический, статистический математический</p> <p>Социологический (анкетирование), Статистический, Аналитический.</p>	<p><u>Анкетирование</u> законных представителей детей (n=698) с хроническими заболеваниями 16054 ответов</p> <p><u>Анкетирование</u> законных представителей детей (n=222), проживающих в исследуемых районах Саратовской области 16300 ответов</p> <p><u>Повторное анкетирование</u> законных представителей детей (n=523) проживающих в исследуемых районах Саратовской области 18029 ответов</p> <p><u>Анкетирование</u> врачей – экспертов (n =20) - генеральная совокупность заведующих отделениями и административно-управленческого аппарата ОДКБ) 180 ответов</p>	<p>Данные анкетирования</p> <p>Данные анкетирования</p> <p>Данные анкетирования</p> <p>Данные анкетирования</p>
<p>4. Изучение взаимосвязи факторов, оказывающих влияние на эффективность медицинской помощи детям в условиях регионального здравоохранения</p>	<p>Статистический (корреляционный и факторный анализ), аналитический</p>	<p>Анкетирование - ответы респондентов более 50000 ответов</p>	<p>Данные анкетирования</p> <p>Результаты собственных исследований, полученных по завершении 3 этапа</p>
<p>5. Разработка рекомендаций по совершенствованию организации медицинской помощи пациентам детского возраста, внедрение полученных результатов в деятельность регионального здравоохранения</p>	<p>Аналитический Организационный эксперимент</p>	<p>Результаты собственных исследований, полученные на предыдущих этапах</p>	<p>Результаты собственных исследований, полученные на предыдущих этапах</p> <p>Научные публикации</p> <p>Нормативно-правовые акты</p>

Первый этап - разработаны программа и план исследования.

Проведен анализ литературных источников и нормативного обеспечения организации медицинской помощи детскому населению в России.

На втором этапе ретроспективно изучены социально-демографические показатели здоровья детского населения России и Саратовской области: численность детского населения, показатели смертности, заболеваемости и инвалидности в динамике за 7 лет.

На третьем этапе проведено исследование удовлетворенности детского населения работой МО в системе ПМСП; отзывчивости медицинских организаций системы здравоохранения при оказании МП детям по поводу хронических соматических заболеваний, доступности медицинской помощи; а также проведена экспертная оценка качества оказания специализированной медицинской помощи детям.

Четвертый этап включал изучение факторов, влияющих на эффективность оказания СМП детскому населению.

Пятый этап включал анализ итогов, проведенных эпидемиологических и социологических исследований, разработку направлений совершенствования медицинской помощи пациентам детского возраста, внедрение полученных результатов в деятельность регионального здравоохранения.

Результаты исследования опубликованы в научной литературе.

2.2 Характеристика объектов исследования

Объект исследования - детское население Саратовской области с хронической соматической патологией. Саратовская область – субъект Российской Федерации в составе Приволжского федерального округа, административный центр - город Саратов.

Территория региона включает 38 муниципальных районов, 4 городских округа, 39 городских и 269 сельских поселений. Наибольшее расстояние от областного центра до самых отдаленных центров муниципальных районов – 260 км.

В 2022 году численность населения региона составила 2360,1 тысяч человек, из них детское население - 440,6 тыс. чел., что составляет 18,7% в структуре населения области. Средняя плотность населения – 23,7 чел. на 1 км². В структуре детского населения доля детей в возрасте 0-14 лет составляет 84,6%, на долю лиц в возрасте с 15 до 17 лет приходится 15,4%. Следует отметить, что за период с 2016 по 2018 год на фоне снижения численности населения как в РФ, так и со

численность детского населения возрастала (РФ: 2016 г. – 29573,0 тыс. чел., 2018 г. – 30215,0 тыс. чел; СО: 2016 г. - 451,4 тыс. чел., 2018 г. – 456,2 тыс. чел.). С 2019 г. в регионе отмечается снижение численности детей (2019 г. – 453,7 тыс.чел., 2022 г. – 440,6 тыс. чел). Данные приведены в Таблице 2.2.

Таблица 2.2 - Динамика численности детского населения Саратовской области (тыс. чел) [50]

Год	Субъект	Показатель			
		Общая численность населения	Численность детского населения	Число детей в возрасте 0-14 лет	Число детей в возрасте 15-17 лет
2016 год	СО	2487,0	451,4	384,4	67,0
	РФ	146840,1	29573,0	25548,1	4025,1
2017 год	СО	2479,0	455,0	389,4	66,0
	РФ	146880,0	29981,0	25818,1	4163,1
2018 год	СО	2462,9	456,2	389,1	67,0
	РФ	146781,0	30215,0	25942,1	4273,1
2019 год	СО	2440,8	453,71	386,3	67,4
	РФ	146749,0	30370,0	25937,1	4433,1
2020 год	СО	2421,8	451,2	381,7	69,4
	РФ	146171,0	30384,0	25888,1	4496,1
2021 год	СО	2395,1	446,7	376,5	70,1
	РФ	147182,0	30328,0	25819,0	4509,0
2022 год	СО	2360,9	440,6	370,7	69,9
	РФ	145478,1	30172,0	25540,0	4632,0

В регионе функционирует трехуровневая система организации медицинской помощи детям. Разработанные варианты маршрутизации при оказании СМП детскому населению учитывают территориальное расположение населенных пунктов, мощность МО различных уровней и кадровую обеспеченность [106]. Специализированную медицинскую помощь детям оказывают областная детская клиническая больница, областная детская инфекционная клиническая больница (г. Саратов), 6 городских детских больниц (г. Саратов, г. Энгельс, г. Балаково, г. Балашов), областные диспансеры, районные больницы. Особенностью региона является наличие в регионе федерального учреждения – Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского, имеющего в структуре Клинический центр мощностью 1700 коек, включая 550 коек для детей.

Амбулаторная МП детям оказывается в детских поликлиниках (n=7) и детских поликлинических отделениях – структурных подразделениях детских

больниц, районных больниц Саратовской области (n=37), поликлиник для взрослых. В СО за период с 2016 по 2022 год отмечается незначительное снижение обеспеченности врачами - педиатрами 15,7 шт.ед. в 2016 г. до 15,3 шт. ед. 10000 детского населения в 2022 г.; обеспеченность педиатрическими койками снизилась с 22,4 до 16,4 коек на 10000 детского населения. В РФ также отмечается снижение показателя обеспеченности врачами (2016 г. – 19,7; 2022 г. – 16,2 шт. ед. на 10000 детского населения) и педиатрическими койками (2016 г. – 53,6; 2022 г. – 49,6 коек на 10000 детского населения). За исследуемый период в СО, также как и в РФ, отмечается снижение показателей использования коечного фонда. Так, в СО и РФ число пролеченных детей снизилось на 39% и 33%, оборот койки – соответственно, на 16% и 24%, средняя занятость койки в году – на 14% и 20%. Отмечается рост средней длительности пребывания на койке в СО – на 3%, в РФ – на 5% (Таблица 2.3).

Таблица 2.3 – Сравнительная характеристика обеспеченности детского населения Саратовской области и Российской Федерации педиатрами и койками (на 10 тыс. детского населения) [50]

Год	Субъект	Показатели						
		Обеспеченность педиатрами (на 10000 детского населения)*	Число педиатрических коек (тыс. коек)	Обеспеченность койками на 10 тыс. населения	Всего пролечено детей (тыс. чел.)	Оборот койки	Средняя занятость койки	Средняя длительность пребывания на койке
2016 год	СО	15,7	1010	22,4	34,1	33,8	311	9,2
	РФ	19,7	159	53,6	5943,2	37,6	307	8,2
2017 год	СО	15,8	894	19,6	29,5	33	300	9,1
	РФ	16,1	158	52,8	5773,0	36,5	303	8,3
2018 год	СО	15,8	857	18,9	28,3	32,9	296	9
	РФ	16,19	157	52,1	5632,0	35,9	301	8,4
2019 год	СО	15,9	820	18,1	26,3	32,1	295	9,2
	РФ	16,29	155	51,2	5512,0	35,5	295	8,3
2020 год	СО	15,8	741	16,4	20,9	28,3	268	9,5
	РФ	16,39	139	45,9	3953,0	28,4	245	8,6
2021 год	СО	15,6	706	15,8	23,9	33,9	293	8,7
	РФ	16,2	142	47,0	4383	30,7	295	9,3
2022 год	СО	15,3	725	16,4	23,4	33,6	282	8,4
	РФ	16,2	149	49,6	4711	31,4	289	9,2

Основными базами исследования были выбраны районные больницы,

расположенные в наиболее отдаленных районах региона (Аркадак, Самойловка, Турки, Романовка, Балашов) в непосредственной территориальной близости друг от друга, и Областная детская больница [126].

Общая коечная мощность **Областной детской больницы** в 2022 г. составила 346 коек, в т.ч.: 297 – койки круглосуточного пребывания, 49 – коек дневного пребывания. Данные приведены в Таблице 2.4.

Таблица 2.4 Сравнительная характеристика коечного фонда ГУЗ «Областная детская клиническая больница» за период с 2015 по 2022 гг.

Отделения/профиль коек	Количество коек							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Педиатрические	9/0	13	13	13	13	12	5	7
Кардиологические	11/2	11/2	11/2	11/2	11/2	11/2	13/2	13/2
Ревматологические	10/1	5/1	5/1	5/1	5/1	7/1	9/1	9/1
Пульмонологические	16/6	15/6	15/6	15/6	15/6	14/6	15/6	15/6
Гастроэнтерологические	33/12	23/12	23/12	23/12	23/12	23/12	23/12	23/12
Нефрологические	26/10	18/10	18/10	18/10	18/10	18/10	18/10	18/10
Неврологическое	39/11	32/11	32/11	32/11	32/11	32/11	32/11	32/11
Эндокринологические	28/5	31/5	31/5	31/5	31/5	31/5	31/5	31/5
Гинекологические	8/2	15/2	15/2	15/2	15/2	0	0	0
Гинекологическое	0	0	0	0	0	15/2	15/2	15/2
Детская хирургия	30	25	25	25	25	25	25	25
Торакальная хирургия	5	5	5	5	5	5	3	3
Детская урология-андрология	0	5	5	5	5	5	6	7
Нейрохирургия	0	15	15	15	15	15	15	15
Травматология и ортопедия	0	17	17	17	17	17	16	17
Нейрохирургические	10	0	0	0	0	0	0	0
Онкологические	10	12	12	12	12	12	10	12
ОРИТ новорожденных	6	12	12	12	12	12	12	12
Отоларингологические	0	20	20	20	20	20	19	20
Патологии новорожденных и недоношенных детей	0	5	5	5	5	5	3	5
ОРИТ (ЦАР)	0	18	18	18	18	18	12	17
Инфекционные	0	0	0	0	0	0	15	1
Всего	271/49	297/49	297/49	297/49	297/49	297/49	297/49	297/49
ОРИТ детская	12	0	0	0	0	0	0	0

*Примечание: через / показаны койки дневного пребывания

Показатель занятости койки в 2022 г. остается низким на койках педиатрического профиля –184,5 дн. (в 2017г. - 137,3 дн.), онкологического — 272,58 дн. (в 2017г.-231,2 дн.), гинекологического — 286,6 дн. (в 2017г. – 286 дн.), в отделении хирургии - на торакальных койках — 226 дн. (в 2017г. – 169 дн.). Значительно завышен показатель занятости койки ревматологического (2022 г.— 379,44 дн.; 2017г. -589 дн.) и кардиологического профиля (366,77 дн. и 302,2 дн. соответственно). Доля больных стационара дневного пребывания, составила 14,9% (в 2017 г. - 15,5%, в 2016 — 18,2%) от числа пролеченных. В то же время в 2022 г. следует отметить положительную динамику в работе коек дневного пребывания (2022 г. - 355,9дн., 2017 г. — 341 день).

ГУЗ Балашовская районная больница расположена в 212 км. от г. Саратова. Протяженность района до 140 км, радиус обслуживания - 70 км. В ее структуру входят: роддом, детская больница, детское отделение инфекционной больницы, две детские поликлиники, участковая больница, три врачебных амбулатории и 34 ФАП.

Прикрепленное детское население – 16875 чел. Среднее количество обслуживаемого населения на участках от 0 до 17 лет составляет 822 человека.

Детское население обслуживается на 16 педиатрических участках; прикрепленному сельскому детскому населению медицинская помощь оказывается в поликлиниках и при выезде мобильных бригад на ФАПы. За каждым педиатрическим участком закреплены прилежащие села.

В детских поликлиниках ведут прием врачи по широкому спектру специальностей. Психиатр, психолог, стоматолог, фтизиатр привлекаются из других МО района

Укомплектованность врачами в амбулаторных МО района составляет по занятым должностям – 61,8%, по физическим лицам – 43%. Укомплектованность педиатрами в 2020 г. составила 50%, средним медицинским персоналом – 82%, младшим медицинским персоналом – 94%.

В детской больнице г. Балашова, построенной по типовому проекту, развернуто 68 круглосуточных коек, из них 59 педиатрических коек, 3 неонатальные, 6 инфекционных коек.

ГУЗ Романовская районная больница удалена от областного центра на 260 км. Прикрепленное население – 12816 чел., в т.ч. детское население – 1916 чел. ПМСП детям оказывается в поликлинике районной больницы и на 14 ФАПах.

Укомплектованность врачами по занятым должностям - 100 %, по физическим лицам – 66,6 %. Укомплектованность средним мед. персоналом – 100%.

Амбулаторная медицинская помощь осуществляется в детской консультации, мощность которой 44,7 посещений в смену. Прием ведут участковые педиатры. Среднее количество обслуживаемого населения на участках от 0 до 17 лет составляет 800 человек.

Дети, которым необходимо оказание специализированной помощи хирургом, психиатром, невропатологом, окулистом, стоматологом, направляются к специалистам, ведущим прием в районной поликлинике.

В структуре Романовской РБ развернуты 3 детские койки. Средняя занятость соматических коек составила 208,0 при среднеобластном показателе по области 311,2. Для больных с тяжелым состоянием развернута палата интенсивной терапии. В структуре госпитализированных больных преобладают дети с заболеваниями дыхательной (70%), пищеварительной систем (17%) и пациенты с травмами и отравлениями (4%).

ГУЗ Самойловская районная больница расположена в 190 км. от областного центра. Прикрепленное население – 16559 чел., в т.ч. детское население – 2926 чел.

Укомплектованность врачами педиатрами по занятым должностям – 86,2%, по физическим лицам - 55,2%, коэффициент совместительства - 1,6. Амбулаторная помощь детям в Самойловском районе оказывается в детской консультации, которая расположена в типовом здании общей поликлиники, мощностью 90 посещений в смену. Территориально р.п. Самойловка поделен на 3 педиатрических

участка с общим количеством детей на одном участке – 804 человек, из них от 0 до 14 лет 626 чел., до года – 20 чел. В структуре прикрепленного к участку населения 60% - жители районного центра, 40% - проживающие в сельской местности. Педиатрический прием ведут участковые педиатры. Дети, которым необходимо оказание специализированной помощи, направляются к специалистам, ведущим прием в районной поликлинике. Стационарная помощь детям в Самойловском районе в 2022 году оказывалась в педиатрическом отделении на 11 коек. Для оказания стационарной помощи инфекционным больным выделено 4 койки в инфекционном отделении. Имеется палата интенсивной терапии. При необходимости детям, находящимся в педиатрическом отделении, оказывается консультативная помощь специалистами районной больницы: хирургом, неврологом, оториноларингологом, дерматологом. Имеется клиническая и биохимическая лаборатории. Проводится УЗИ внутренних органов, почек, репродуктивной сферы, тазобедренных суставов, ЭКГ, ФГДС, рентгено-томографическое обследование. Остальные виды консультативной помощи пациенты получают в ОДКБ. В районе имеется 1 участковая больница и 2 врачебные амбулатории. На их базе функционируют отделения скорой помощи, которые обслуживают так же территориально прикрепленные к ним ФАПы. Для оказания МП детям два раза неделю выезжает закрепленный за этим участком педиатр и имеется выделенная ставка детской медсестры на базе участковой больницы. Дети, нуждающиеся в стационарном лечении, госпитализируются в РБ, доставка производится транспортом больницы. Для проведения профилактических осмотров используется выездной бригадный метод, дети декретированных возрастов проходят медосмотры на базе РБ.

К ГУЗ Турковская районная больница прикреплено 9887 чел., в т.ч. 1660 чел. детского населения. Расстояние от р.п. Турки до Саратова - 260 км.

Медицинская помощь детям оказывается в РБ, двух кабинетах ВОП. Имеется 14 фельдшерско-акушерских пунктов. Стационар Турковской РБ рассчитан на 61 койку. Фактическая мощность детской поликлиники (она же плановая) - 35 посещений в смену. Дневной стационар Турковской РБ располагает 16 койками.

Укомплектованность медработниками по физическим лицам составила по итогам 2022 года 44,4% (по Саратовской области – 61,4% в 2019г., 62,4%-2020). Специализированную помощь детям оказывают специалисты РБ (окулист, хирург, стоматолог, психиатр). В РБ имеется 1 детское отделение соматического профиля на 10 коек.

Структура **Аркадской районной больницы**: детское отделение на 6 коек, 5 детских инфекционных коек, дневной стационар на 4 койки и детская консультация на 100 посещений, 20 ФАП.

Население района 14600 чел., из них дети составляют 24%. От Аркадака до Саратова 254 км. Радиус обслуживания в среднем 35 км. Занятые должности - укомплектованность 24%. Физические лица – укомплектованность 16%. Из них в городе – 16%, в селе – 0. Коэффициент совместительства – 1,6. Укомплектованность средним медицинским персоналом 100%. Укомплектованность младшим медицинским персоналом 100%. Мощность детской консультации 100 посещений в день. Из других специалистов в детской консультации ведет прием детский невролог – 0,25 ставки. Остальные специалисты детской сети ведут прием во взрослой поликлинике: хирург, отоларинголог, окулист, детский гинеколог, детский и подростковый психиатр-нарколог. Педиатрическое отделение рассчитано на 6 круглосуточных коек. Укомплектованность врачами составляет 25%. В РБ имеется рентгеновский аппарат, аппарат УЗИ для исследования органов брюшной полости, органов мочевого выделения, эндокринной системы, костно-суставной системы; клиническая, биохимическая и бактериальная лаборатории. Палаты интенсивной терапии в педиатрическом отделении нет, помощь оказывается в отделении реанимации РБ педиатрами и реаниматологом взрослой сети. В педиатрическом отделении имеется электроотсос, мешок АМБУ, кислородный концентратор, небулайзер, пульсоксиметр, укомплектована посиндромная аптечка. В РБ имеется 1 специалист по УЗИ диагностике, 1 специалист по эндоскопии, 2 врача рентгенолога.

2.3 Методика изучения показателей здоровья детского населения региона

Для определения достоверности динамики показателей здоровья детского населения (заболеваемости, смертности и первичного выхода инвалидность) за 2016-2022гг. и сравнения совокупностей по количественному признаку применялся критерий Стьюдента (t) с построением вариационных рядов, определением ошибки средней арифметической при уровне $p < 0.05$ и критическом значении $t > 2$ [89].

2.4 Методика проведения социологических исследований

Для оценки *доступности, социальной отзывчивости системы здравоохранения и удовлетворенности работой МО при оказании МП*, по поводу хронического соматического заболевания в системе ПМСП, использовалась анкета, разработанная А.В. Решетниковым [141] и адаптированная под цели настоящего исследования (Приложение 1). В анкетировании приняли участие представители детей с хронической соматической патологией из районов региона, кроме жителей г. Саратова и г. Энгельса ($n=698$). Репрезентативность выборки, учитывая большую генеральную совокупность ($N > 5000$), значение доверительной вероятности, равное 0,954 ($t > 2$), при величине допустимой ошибки, не превышающая 5% ($\Delta = 0,05$) составила 400 человек [89].

Возраст анкетлируемых от 20 лет до 51 года, средний возраст – $34 \pm 6,6$ лет. Большинство респондентов (58%) имеет среднее специальное образование, 23% - высшее, 19% - среднее образование.

Для оценки *удовлетворенности* респондентами, проживающими в Балашовском, Турковском, Самойловском Романовском и Аркадакском районах, *специализированной медицинской помощью в круглосуточном и дневном стационаре*, также использовалась анкета, разработанная А.В. Решетниковым и адаптированная под цели настоящего исследования (Приложение 2). Проведено анкетирование 222 человек, выборочная совокупность репрезентативная по количественным и качественным признакам ($t > 2$, $\Delta = 0,05$). Генеральная

совокупность (N=429) – дети с хроническими соматическими заболеваниями, госпитализированные в Областную детскую больницу из исследуемых районов в течение года.

При повторной оценке удовлетворенности законных представителей детей работой медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по поводу хронического соматического заболевания в системе ПМСП в 2023 г., использовалась анкета, разработанная А.В. Решетниковым и адаптированная под цели настоящего исследования (Приложение 1). Проведён опрос 523 респондентов – законных представителей детей, имеющих соматическую патологию, проживающих в Балашовском, Турковском, Аркадакском, Самойловском и Романовском районах Саратовской области. Расчетная количественная репрезентативность выборки, учитывая большую генеральную совокупность (N>5000), значение доверительной вероятности, равное 0,954 ($t > 2$), при величине допустимой ошибки, не превышающая 5% ($\Delta = 0,05$) составила 400 человек [89].

Половозрастной состав респондентов составил 89% женщин и 11% мужчин. Возраст анкетированных от 20 лет до 56 года, средний возраст – $37 \pm 4,8$ лет. Большинство респондентов (62%) имеет среднее специальное образование, 19% - высшее, 19% - среднее образование.

Экспертная оценка качества оказания специализированной медицинской помощи проводилась с использованием оригинальной анкеты (Приложение №3). Оценивалось качество специализированной медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах (доступность, диагностика, консультирование, наличие лекарственных препаратов, бытовые условия для пациентов, лечение, эффективность (результативность) лечения, качество работы среднего и младшего медперсонала. В блоке демографических данных представлены сведения о респонденте и его квалификации.

Экспертами выступили заведующие отделениями и представители АУП ОДКБ в количестве 20 человек (100% генеральной совокупности), соответствующие требованиям [123].

Статистическая обработка результатов анкетирования законных представителей детей оценки удовлетворенности работой медицинских организаций, отзывчивости системы здравоохранения, КМП проводилась с использованием программ PASWStatistic 16 и Microsoft Excel 7.0.

Статистическая достоверность разности относительных и средних величин определялась с помощью критерия Стьюдента (t). Статистическая значимость результатов определялась на уровне $t > 2$.

Для выделения групп наиболее связанных факторов и оценки их информативности использовался факторный анализ, сущностью которого является обоснованная замена большого числа признаков, описывающих объекты наблюдения, меньшим числом комплексных характеристик (факторов). В нашем исследовании применялся корреляционный тип факторного анализа (анализ главных компонент).

Корреляционный анализ проводился с применением коэффициента Пирсона (χ^2).

Полученные результаты, характеризующие отзывчивость системы здравоохранения, считались достоверными, если $\chi^2 > \text{mathit}\chi_0^2$ при уровне значимости $p=0,95$, где χ_0 - табличное значение.

2.5 Методика расчета стоимости консультативной помощи для регионального здравоохранения и семьи пациента

Методика расчета затрат семьи ребенка, нуждающегося в консультативной помощи в областном центре на одну консультацию. проводился по разработанной формуле:

$$Z_{\text{конс}} = (\text{Пр} \times \text{Чп}) \times n + Z_{\text{Пср}} \times N + Z_{\text{прожив.}} + Z_{\text{пит}}, \text{ где:}$$

$Z_{\text{конс}}$ - затраты семьи на консультацию

Пр – стоимость проезда до областного центра и обратно

Чп – число поездок в областной центр на консультацию к специалисту

n- кол-во лиц, участвующих в поездке

$Z_{П_{ср}}$ - средняя величина дневного заработка взрослого члена семьи (по данным Росстата)

N – число дней невыхода на работу сопровождающего ребенка лица.

$Z_{прожив}$ – средние затраты на проживание в гостиницах региона (по данным Росстата)

Методика расчета затрат семьи ребенка, нуждающегося в консультативной помощи в межрайонном центре на одну консультацию. проводился по формуле:

$$Z_{конс} = (Пр \times Чп) \times n + Z_{П_{ср}} \times N + Z_{прожив.} + Z_{пит}, \text{ где:}$$

$Z_{конс}$ - затраты семьи на консультацию

$Пр$ – стоимость проезда до МРЦ и обратно

$Чп$ – число поездок в МРЦ на консультацию к специалисту

n - кол-во лиц, участвующих в поездке

$Z_{П_{ср}}$ - средняя величина дневного заработка взрослого члена семьи (по данным Росстата)

N – число дней невыхода на работу сопровождающего ребенка лица.

$Z_{прожив}$ – средние затраты на проживание в гостиницах региона (по данным Росстата)

$Z_{питание}$ - средние затраты на питание в регионе в день (по данным Росстата)

Экономический ущерб региона в связи с отсутствием на работе члена семьи ребенка, нуждающегося в консультативной помощи в областном центре (одна консультация), проводился по разработанной формуле:

$$ЭУ_p = (ВРП \div РД \div N_p) \times n \times N_d, \text{ где:}$$

$ЭУ_p$ – экономический ущерб региона при условии невыхода на работу члена семьи ребенка, нуждающегося в консультативной помощи;

$ВРП$ – произведенный за год валовый региональный продукт (по данным Росстата);

$РД$ - число рабочих дней в году (по данным Росстата);

N_p – численность работающих (по данным Росстата);

n - кол-во работающих лиц, участвующих в поездке.

N_d – число дней невыхода на работу лица, сопровождающего ребенка.

2.6 Методика проведения организационного эксперимента

Организационный эксперимент в связи с пандемией новой коронавирусной инфекции был проведен в Балашовском межрайонном центре и 4 прикрепленных районах по итогам 2022 года, результаты использовались при формировании нормативно-правовой документации в Саратовской области [107]. В течение указанного временного периода был проведен мониторинг деятельности МРЦ, повторно изучалась удовлетворенность медицинскими организациями родственников детей с хроническими заболеваниями, проживающих в районах, имеющих отношение к Балашовскому МРЦ, рассчитана экономическая и социальная эффективность работы Балашовского МРЦ.

В период проведения организационного эксперимента проводился мониторинг:

- * удовлетворенности медицинскими организациями родственников детей с хроническими заболеваниями;
- * жалоб и обращений граждан
- * динамики проведения телемедицинских консультаций
- * динамики очных консультаций в ОДКБ
- * экономической эффективности (в млн. руб.) деятельности межрайонного центра как новой организационной формы.

ГЛАВА 3. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Сравнительный анализ показателей, характеризующих состояние здоровья детского населения в регионе и в РФ выявил отрицательную динамику демографических показателей: снижение рождаемости, рост смертности и естественной убыли населения. С 2016 по 2019 г. в Саратовской области фиксируется снижение рождаемости на 24% и смертности на 2%. Средние показатели по РФ также продемонстрировали тенденцию снижения на 22% и 5% соответственно. Показатель естественной убыли населения в регионе достоверно вырос (+ 2,3 сл. на 1000 чел. населения), в РФ аналогичный показатель составил - 2,2сл. на 1000 чел. За этот период смертность детей до года уменьшилась в регионе на 40% (РФ – на 18%), смертность детей в возрасте до 28 дней жизни - на 20% и 10%. В ковидный период (2020 -2021) в регионе отмечен рост всех медико-демографических показателей: общей смертности на 23%, естественной убыли на 139%, младенческой смертности на 21%, перинатальной смертности – на 11%. В России показатель младенческой смертности снизился на 36%. В 2022 году, который научными исследователями рассматривается как постковидный период, отмечается снижение всех показателей. Данные приведены в Таблице 3.1.

Саратовская область находится на третьем месте в ПФО (из 14 регионов) и занимает 15 место в РФ (из 85 регионов) по итогам 2022 г. по уровню показателя младенческой смертности.

Показатели младенческой смертности в регионе за 2016-2022 гг. снизились. В городской местности показатель младенческой смертности снизился на 38,6%, в сельской местности – на 55,7%. В сельской местности показатели младенческой смертности выше чем в городской (Таблица 3.2.).

Таблица 3.1 – Сравнительный анализ общих демографических показателей по Саратовской области и Российской Федерации за период 2016-2022гг. на 1000 чел. населения[50]

Показатель	Год													
	2016г.		2017 г.		2018г.		2019г.		2020 г.		2021 г.		2022г.	
	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ
Рождаемость	10,9	12,9	9,5	11,5	9,1	10,9	8,3	10,1	7,7	9,8	7,7	9,6	7	8,9
Общая смертность	14	12,9	13,6	12,4	13,9	12,5	13,7	12,3	16,8	14,6	20,6	16,7	14,8	12,9
Естественный прирост	-3,1	0	-4,1	-0,9	-4,8	-1,6	-5,4	-2,2	-9,1	-4,8	-12,9	-7,1	-7,8	-4,0
Младенческая смертность	6,5	6,0	5,1	5,6	4,7	5,1	3,9	4,9	3,2	4,5	4,7	4,6	3,2	4,4
Перинатальная смертность	7,6	7,89	8,8	7,5	7,6	7,23	6,1	7,1	6,93	7,25	6,8	7,33	5,8	6,77

Таблица 3.2 –Динамика показателя младенческой смертности в Саратовской городской и сельского детского населения Саратовской области за 5 лет (на 1000 чел. детского населения)[50]

Место проживания/год	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Регион	6,5	5,1	4,7	4,2	3,6	4,8	3,2
Город	5,7	4,1	4,5	3,9	3,5	4,4	3,2
Село	8,8	8,6	5,5	5,4	3,9	5,9	2,9

Структура причин младенческой смертности в Саратовской области соответствует структуре по Российской Федерации в 2022 году. На первом месте среди причин смерти находятся отдельные состояния перинатального периода: РФ – 2,4 сл., СО – 1,7 сл. на 1000 родившихся. На втором месте – врожденные пороки развития (РФ – 1,0 сл., СО – 0,9 сл. на 1000 родившихся). На третьем месте в РФ – смертность детей от несчастных случаев, травм и отравлений, в СО – смертность детей от болезней органов дыхания: по 0,3‰ соответственно. Зафиксировано снижение младенческой смертности от перинатальных причин, пороков развития, и инфекционных заболеваний ($p < 0,05$). Данные приведены в Таблице 3.3.

Таблица 3.3 – Структура причин младенческой смертности в РФ и Саратовской области за 2016-2022 годы (на 1000 родившихся) [50]

Причина смерти	Год													
	2016г.		2017г.		2018г.		2019г.		2020г.		2021г.		2022г.	
	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО
Отдельные состояния перинатального периода	3,1	3,6	2,9	2,1	2,53	2,4	2,5	2,0	2,4	1,7	2,3	2,4	2,2	1,7
Пороки развития	1,3	1,4	1,2	1,6	1,1	0,9	1,0	1,2	0,96	0,9	0,97	0,8	0,94	0,7
Болезни органов дыхания	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,09	0,2	0,3	0,24	0,2	0,24	0,1
Болезни органов пищеварения	0,04	0	0,03	0,08	0,03	0,1	0,03	0	0,03	0	0,03	0,05	0,02	0
Инфекционные болезни	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,09	0,2	0,2	0,2	0,05	0,2	0,2	0,2	0,1
Несчастные случаи, травмы, отравления	0,3	0,2	0,3	0,4	0,33	0,4	0,27	0,3	0,25	0,2	0,27	0,3	0,26	0,3
Прочие причины	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,9	0,3	0,46	0,5	0,59	0,8	0,54	0,3

*p<0,05

В возрастных группах до одного года, 0-4 года, 0-14 лет, 1-14 лет, 0-17 лет наблюдается устойчивая тенденция к снижению относительных показателей смертности, в то время как в возрастной группе 15-17 лет отмечается статистически значимый рост данного показателя. За период с 2016 г. по 2020 г. в регионе отмечается достоверное понижение показателя смертности детей на 43,7%.

Данные приведены в Таблице 3.4.

Таблица 3.4 – Возрастные показатели смертности населения детского возраста Российской Федерации и Саратовской области за 5 лет (на 1000 населения соответствующего возраста) [50]

Возраст, лет	Год													
	2016г.		2017г.		2018г.		2019г.		2020г.		2021г.		2022г.	
	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО
0-14	0,7	0,74	0,61	0,55	0,54	0,52	0,49	0,44	0,45	0,37	0,51	0,49	0,43	0,35
1 -14	0,27	0,31	0,26	0,25	0,24	0,27	0,22	0,23	0,21	0,20	0,25	0,28	0,21	0,21
до 1	6,0	6,5	5,6	5,1	5,1	4,7	4,9	4,2	4,5	3,6	4,6	4,7	4,4	3,2
15-17	0,53	0,36	0,51	0,26	0,5	0,49	0,47	0,43	0,4	0,46	0,6	0,34	0,29	0,4
0 –17	0,7	0,688	0,6	0,51	0,5	0,52	0,5	0,44	0,4	0,39	0,5	0,47	0,4	0,35

Инвалидность – один из основных показателей, определяющих здоровье детской популяции.

с 2016 по 2019 год в СО за отмечается достоверное ($p < 0,05$) снижение первичной инвалидности детского населения (2016 г. – 16,4 сл., 2019 г. – 15,3 сл. на 10000 чел. детского населения). В постковидный период (2021- 2022 год) отмечен рост первичного выхода на инвалидность детей на 18%.

В РФ с 2016 г. по 2019 г. отмечался достоверно значимый рост первичного выхода на инвалидность детского населения: 2016 г. – 21,0 сл., 2019 г. – 22,6 сл. и снижение в 2020 г. до 21,8 сл. на 10 тыс. чел. детского населения и рост в 2022 году до 26 сл. на 10 тыс. чел. детского населения (Рисунок 3.1).

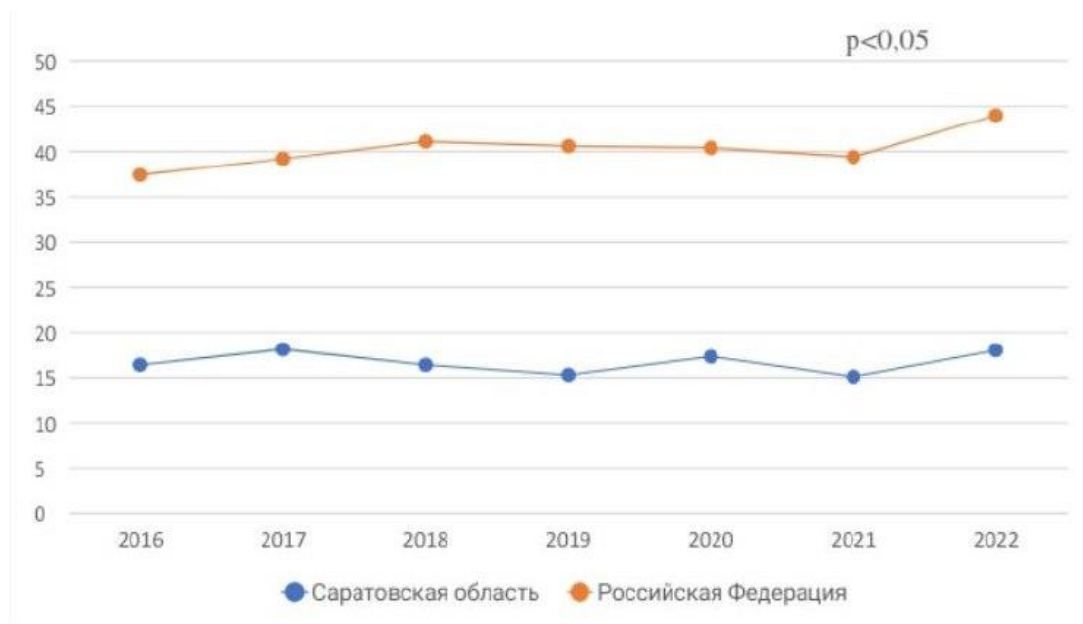


Рисунок 3.1 – Динамика показателей первичной инвалидности детского населения Саратовской области и Российской Федерации за 2016 – 2022 год (на 10 тыс. детей)

Выявлен достоверный рост показателей общей инвалидности ($p < 0,05$) за исследуемый период: в РФ – на 7%, в СО – на 8%. Сравнительная характеристика показателей общей детской инвалидности представлена на Рисунке 3.2.

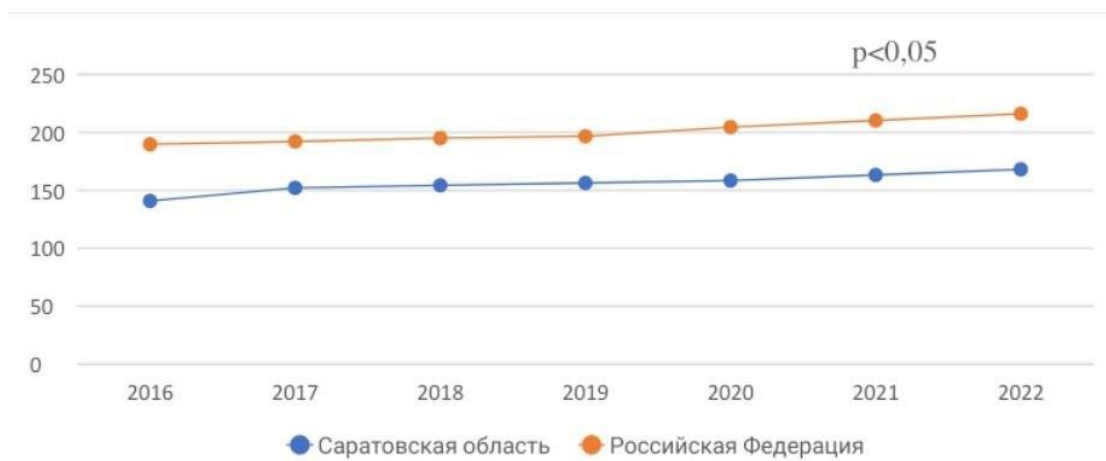


Рисунок 3.2 –Показатели общей детской инвалидности в Саратовской области и Российской Федерации, и РФ за 2016 – 2022 год (на 10 тыс. детского населения)

В структуре первичной инвалидности за период с 2016 по 2022 гг. как в РФ, так и СО у детей первое ранговое место занимают расстройства поведения и психические расстройства (РФ – $6,22 \pm 0,05$ сл.; СО – $4,86 \pm 0,33$ сл. на 10 тыс. чел. детского населения); второе ранговое место – болезни нервной системы (РФ – $4,54 \pm 0,04$ сл.; СО – $3,44 \pm 0,27$ ‰); 3 место – врожденные аномалии (РФ – $4,0 \pm 0,04$ ‰; СО – $3,94 \pm 0,29$ ‰). Болезни эндокринной системы (РФ – $2,48 \pm 0,03$ ‰; СО – $1,74 \pm 0,20$ ‰), уха и сосцевидного отростка (РФ – $0,82 \pm 0,02$ сл.; СО – $1,03 \pm 0,15$ сл. на 10 тыс. чел. детского населения), а также глаз (РФ – $0,78 \pm 0,02$ сл.; СО – $0,52 \pm 0,1$ сл. на 10 тыс. чел.) заняли, соответственно, четвертое, пятое и шестое место. Структура первичной инвалидности детского населения представлена на Рисунке 3.3.

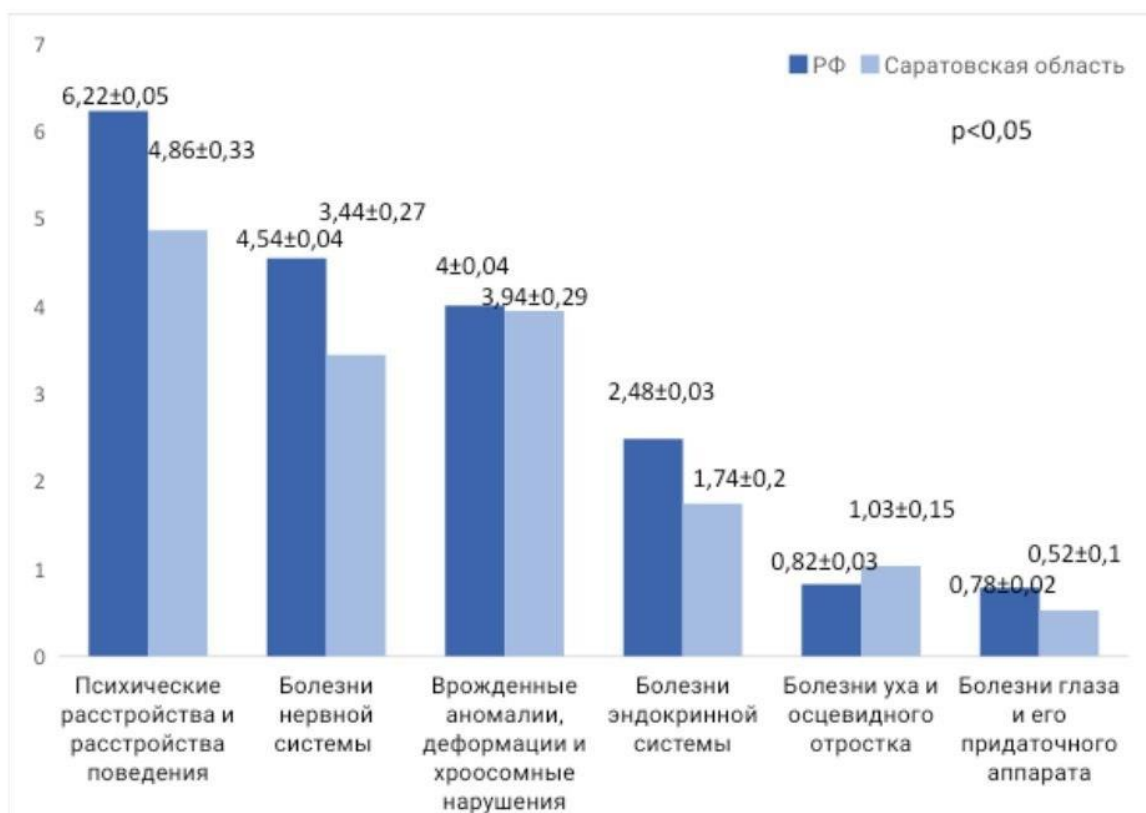


Рисунок 3.3 – Структура первичной инвалидности детского населения (на 10 тыс. детского населения)

Заболеваемость – важнейшая детерминанта здоровья детского населения, характеризуется числом случаев выявленных заболеваний. За период с 2016 г. по 2019 г. в СО показатели первичной заболеваемости снизились на 12%, в РФ– на 11%. Отмечено резкое снижение заболеваемости в условиях новой коронавирусной инфекции (2020 г.) и достоверный рост с 2021 по 2022 год на 9 и 11% (рисунок 3.4).

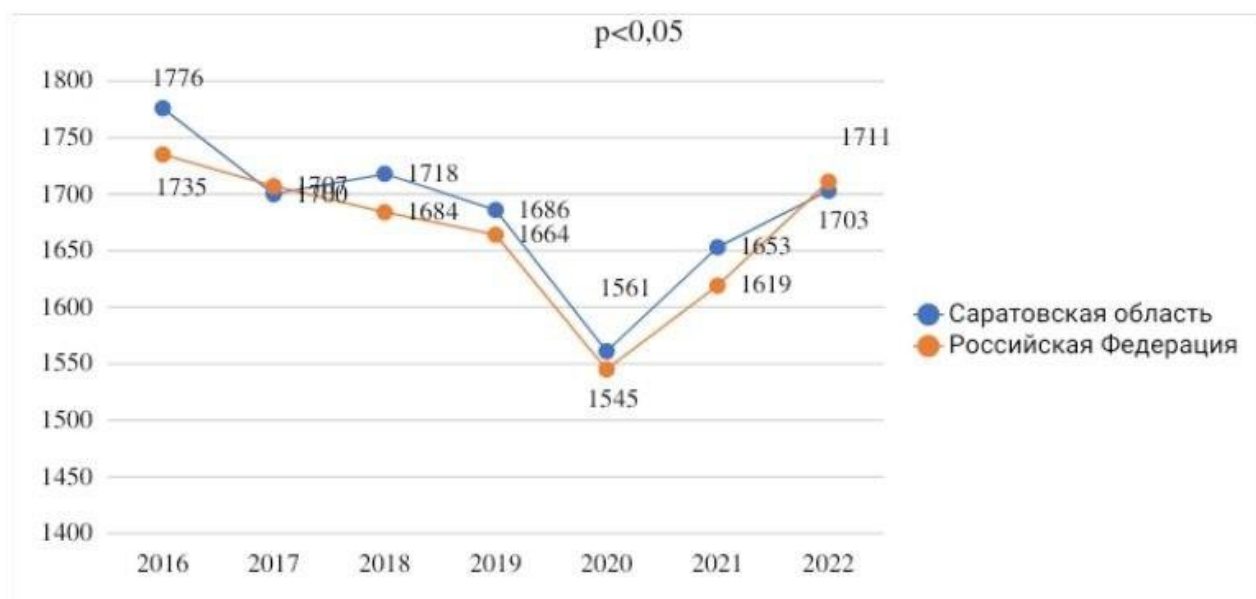


Рисунок 3.4 – Динамика показателей первичной заболеваемости населения детского возраста в Саратовской области и Российской Федерации (2016 - 2022 г., ‰)

В структуре заболеваемости первое ранговое место занимают болезни органов дыхания (РФ $-1089,4 \pm 16,32$ сл.; СО $-1084,8 \pm 15,31$ сл. на 10 тыс. чел. детского населения), второе место – травмы и отравления (РФ $-113,3 \pm 2,38$ сл.; СО $-113,3 \pm 4,50$ сл. на 1000 чел. детского населения), третье место занимают болезни кожи (РФ $-67,46 \pm 2,28$ сл.; СО $-89,86 \pm 2,90$ сл. на 1000 чел. детского населения). На четвертом ранговом месте в РФ – болезни органов пищеварения ($62,18 \pm 3,84$ сл. на 1000 чел. детского населения), в СО – инфекционные болезни ($55,60 \pm 2,86$ сл. на 1000 чел. детского населения); на пятом месте в РФ – болезни глаз и его придатков ($54,56 \pm 3,43$ сл. на 1000 чел. детского населения), в СО – болезни органов пищеварения: $52,62 \pm 4,26$ сл. на 1000 чел. детского населения. В сравнении с 2020 годом в 2022 году в регионе, также, как и в РФ, отмечается рост заболеваемости болезнями эндокринной системы, нервной системы, органов дыхания, психическими заболеваниями. Данные представлены в Таблице 3.5.

Таблица 3.5 – Структура первичной заболеваемости детского населения Саратовской области от 0 до 17 лет за период с 2016 по 2022 год на 1000 детского населения [50]

Заболевание*	Год													
	2016г.*		2017г.*		2018г.*		2019г.*		2020г.*		2021г.*		2022г.*	
	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО
Инфекционные заболевания	66,6	58,5	65,2	60,0	64,1	55	63,7	58,6	50,5	45,9	50,3	37,3	55,5	38
Новообразования	4,7	4,2	4,7	3,9	4,7	4,1	5	4,0	4,4	3,6	4,6	3,5	4,7	3,1
Болезни крови	13,16	15,2	11,9	14,8	11,3	15,2	10,6	13,6	9,2	11,2	9,1	11,6	9,2	11,1
эндокринной системы	17,4	24,6	16,8	26,1	17	23,6	18	24,0	15,8	18,7	16,5	23,6	16,9	21,5
Психические	5,8	6,2	5,7	6,0	5,6	5,3	5,7	4,9	6,7	3,6	5,0	4,4	5,6	5
нервной системы	37,4	55,5	35,9	46,0	35,3	44,4	34,7	42,1	31,1	38,5	31,6	37,9	31,8	39,2
глаз	60,1	58,3	58,1	52,2	57,6	48,9	54,1	50,4	42,9	44,8	43,6	46,9	44,2	49,6
уха	47,8	40,6	46,0	34,7	45,1	34,4	43,8	34,4	36,9	29,8	37,4	29,5	39,9	31,8
кровообращения	8,3	10,2	8,09	8,9	7,8	8,5	7,7	8,1	6,5	7,4	6,7	7,4	6,7	6,7
дыхания	1112	1107	1110	1085	1100	1120	1089	1071	1033	1040	1079	1093	113	1118
пищеварения	71,0	64,8	65,5	55,9	64,1	50,6	59,9	50,2	50,4	41,6	49,8	45,2	48,3	34,5
кожи	72,6	87,2	70,08	84,9	66,9	89,4	67,3	99,8	60,4	88	57,5	72,1	58,1	75
Б костно-мышечной системы	35,5	46,4	35,2	40,0	32,2	39,1	34,6	42,2	27,9	33,7	28,8	34,3	29,4	32,4
мочеполовой системы	31,6	47,7	30,2	42,7	29,7	37,0	29,7	40,1	26,7	32,2	27,3	33,8	27,3	2,6
Врожденные аномалии	9,9	25,6	9,5	22,6	9,3	21,6	9,3	19,3	8,3	14,6	7,9	13,6	8,0	3,1
Травмы	114,8	106,5	113,8	100,1	115,3	106	115,6	110,1	106,8	89,2	106,7	105,4	111,5	12
COVID 19	-	-	-	-	-	-	-	-	14,4	5,8	-	40,9	-	7
ВСЕГО	1735	1776	1707	1700	1684	1718	166	1686	1545	1561		1653		703,4

Показатели общей заболеваемости за период с 2016 г. по 2020 г. также имеют тенденцию к снижению ($p < 0,05$): в РФ - на 8% (2016 год – 2250,3 сл., 2020 год – 2073,45 сл. на 1000 чел. детского населения), в СО - на 7%: 2016 год – 2250,3 сл., 2020 год – 2073,45 сл. на 1000 чел. детского населения и рост в постковидный период с 2020 по 2022 гг. на 7% и 8% соответственно. С 2021 по 2022 г в СО, также как и РФ, отмечен рост общей заболеваемости детского населения. Сравнительная характеристика показателей общей заболеваемости представлена на Рисунке 3.5.

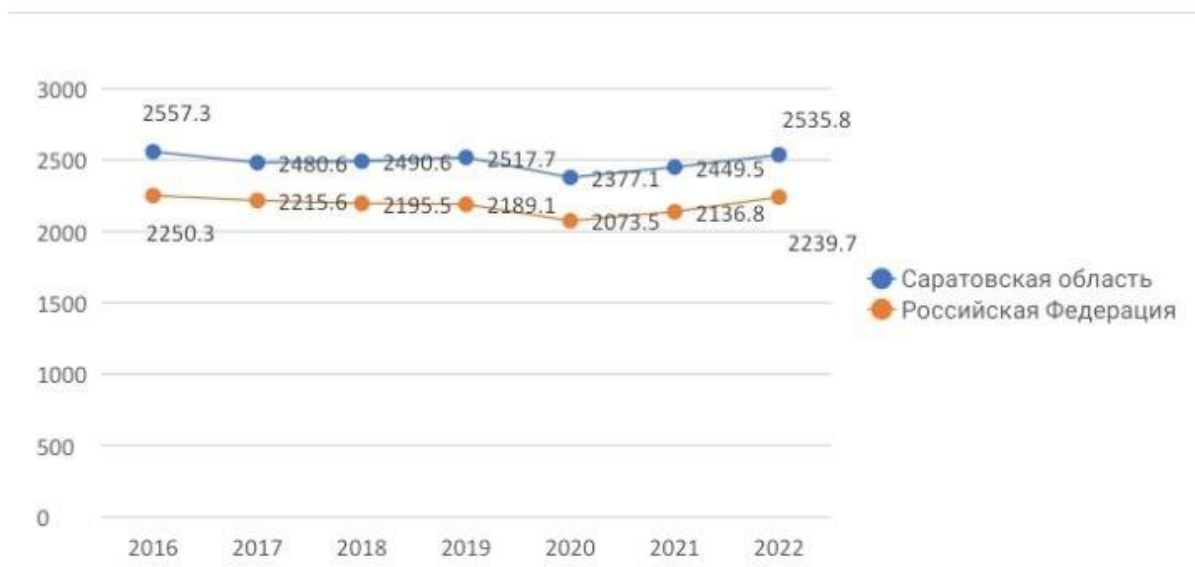


Рисунок 3.5 – Показатели общей заболеваемости в Саратовской области и Российской Федерации за 2016 - 2022 год (на 1000 чел. детского населения)

В структуре общей заболеваемости у детей в порядке убывания следующие группы болезней: болезни дыхательной, пищеварительной систем, глаз. Четвертое ранговое место в РФ занимают травмы ($113,94 \pm 2,11$ сл. на 1000 чел. детского населения), в СО – болезни кожи ($134,24 \pm 7,33$ сл. на 1000 чел. детского населения). Болезни нервной системы составляют в РФ – $94,70 \pm 1,05$ сл.; СО – $129,82 \pm 3,31$ сл. на 1000 чел. детского населения (пятое ранговое место). В первый год после пандемии (2022 г.) как в регионе, так и в РФ, значительно выросли показатели заболеваемости детского населения по остальным классам болезней. Данные представлены в Таблице 3.6.

Таблица 3.6 – Структура и динамика заболеваемости детского населения Саратовской области от 0 до 17 лет по различным классам болезней (2016 - 2022 гг., %) [50]

Заболевание*	Год*													
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО	РФ	СО
Инфекционные заболевания	75,6	70,5	75,2	70,0	72,9	65,1	72,5	71,0	82,5	57,8	57,0	46,9	62,1	51,1
Новообразования	9,9	11	10,2	11,1	10,7	11,4	10,3	11,6	10,4	10,8	10,7	11,2	11,0	11,3
Болезни крови	26,5	31,1	25,2	31,8	23	30,8	23,8	31,0	21,8	29,2	20,6	29,9	20,3	31,3

эндокринной системы	49,2	93,7	49,6	95,2	52,6	91,9	50,7	93,7	52,8	88	53,7	93,7	55,7	92,5
Психические	32,5	36,1	31,9	34,9	30,9	35,0	30,8	35,4	31,7	34,5	30,3	33,6	31,0	34,1
нервной системы	97,2	138,8	94,7	129,9	95,2	129,9	95	130,4	91,4	120,1	91,2	121,4	92,5	127,4
глаз	135,7	157,4	133,9	156,5	138	150,7	136,1	153,0	127,1	145,6	129,5	150	134,6	161,3
уха	56,9	50,1	54,6	46,6	52,7	46,7	53,3	45,8	45,4	40,9	45,3	40,5	48,3	43
кровообращения	24,8	39	24,5	36,3	23,8	35,3	23,7	35,3	23,06	33,2	22,1	32,6	22,1	32,6
дыхания	1182,1	1186,6	1173,4	1159,1	1155,6	1186,1	1155,5	1164,8	1095,5	1136,1	1136	1187	1189	1211,2
пищеварения	138,7	182	131,2	168,7	126,4	161	128,1	161,7	117,2	152,5	115,7	155,8	116,1	154
кожи	97,9	123,6	93,8	122,3	91,9	127,5	89,9	156,9	83,5	140,9	80,1	107,8	80,5	112,3
КМС	89,8	113,6	89,6	112,3	94,5	115,8	92,2	117,3	89,1	106,1	91,2	107,8	95,4	109,5
мочеполовой системы	61,4	115,7	59,6	107,0	58	101,0	58,6	104,3	55,4	97,1	54,7	97,7	54,1	98,2
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	17,6	17,7	15,9	16,0	14,4	14,2	14,4	13,3	12,1	12	10,8	11,9	10,9	12,1
Врожденные аномалии	34,6	83,2	34,5	82,4	34,8	81,9	34,2	81,8	34,8	77	33,8	75	34,6	74,7
Травмы	114,8	106,5	113,7	100,1	117	106	117,3	110,1	106,9	89,2	106,7	105,4	111,5	112
COVID19	--	-	-	-	--	-	-	-	14,4	5,8	-	40,9	-	67
ВСЕГО	2250,3	2557,3	2215,6	2480,6	2195,4	2490,6	2189,1	2517,7	2073,4	2377,1	2136,	2449,5	2239,7	2535,8

Таким образом, по результатам анализа основных показателей здоровья выявлена особенность здоровья детского населения Саратовской области, заключающаяся в том, что доля хронических соматических заболеваний детей в структуре общей заболеваемости составляет 74% (в РФ – 58%), определяя тенденции и особенности состояния общественного здоровья в регионе. В Саратовской области сохраняются общие с Российской Федерацией тенденции динамики ряда основных демографических показателей: снижение рождаемости, рост смертности и естественной убыли населения. Структура причин первичной и общей заболеваемости, младенческой смертности и инвалидности у детей в Саратовской области соответствует аналогичной в Российской Федерации. В регионе, так же, как и в России в целом, отмечен рост показателей первичной и общей заболеваемости детей хроническими соматическими заболеваниями и первичного выхода на инвалидность в постковидный период (2021-2022 годы).

За период с 2016 по 2021 год отмечается превышение показателя младенческой смертности в сельской местности над аналогичным показателем среди городского населения.

ГЛАВА 4. ВЕРИФИКАЦИЯ И РАНЖИРОВАНИЕ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Для верификации факторов, оказывающих влияние на социальную и экономическую эффективность медицинской помощи проведены социологические исследования (анкетирование).

4.1 Оценка деятельности системы здравоохранения в регионе по результатам анкетирования законных представителей детей с хронической соматической патологией

Проведено анкетирование 698 законных представителей детей, имеющих хронические заболевания (гл.2. С. 45-46. Приложение 1).

Большая часть респондентов (91%) проживают в своем доме или квартире, остальные - у родственников, в общежитии или съемной квартире.

Практически у половины опрошенных на члена семьи приходится 18 - 26 тыс. руб. в месяц, у одной трети - 26 - 39 тыс. руб. В среднем по всей группе респондентов на 1 члена семьи приходится $23 \pm 4,0$ тыс. руб. (Рисунок 4.1).

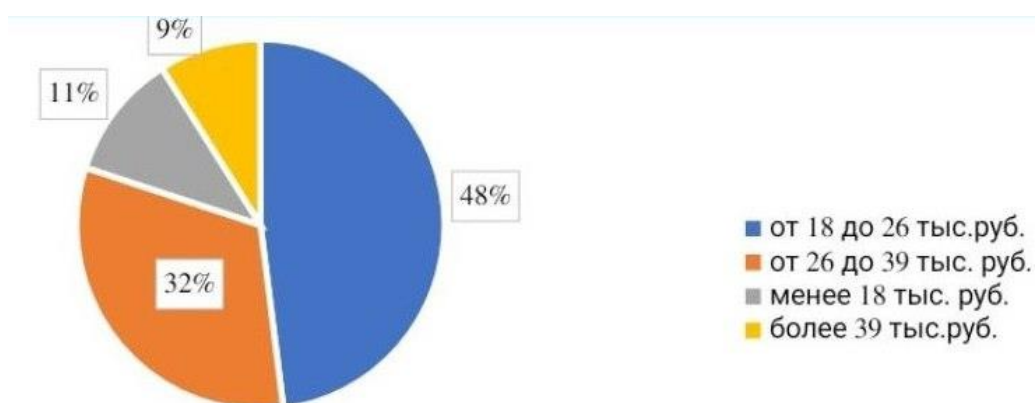


Рисунок 4.1 –Распределение респондентов по величине ежемесячного дохода на 1 члена семьи (%)

Респонденты по количеству членов семьи распределены на 4 группы: у 6% опрошенных семья состоит из двух членов семьи, у 12% - из 5 и более, у 37% - из трех членов семьи, у 45% - из четырех (Рисунок 4.2).

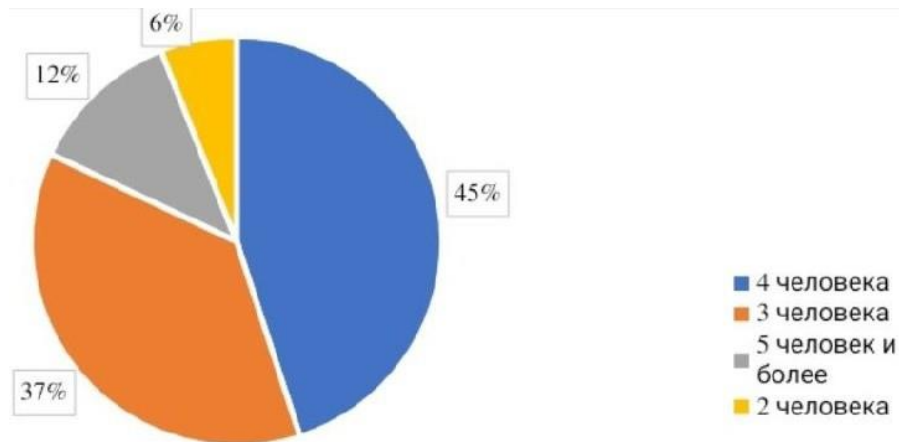


Рисунок 4.2 – Распределение респондентов в зависимости от количественного состава семьи (%)

По количеству детей в семьях респонденты распределились следующим образом: 14% семей являются многодетными (3 и более детей), 41% - имеют двоих детей и 45% - одного ребенка. В среднем на каждую семью приходится $1,8 \pm 0,78$ несовершеннолетних членов семьи (Рисунок 4.3).

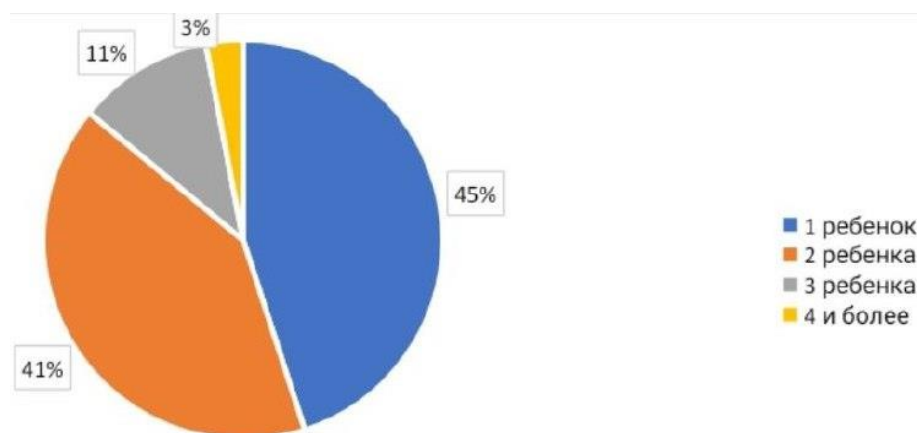


Рисунок 4.3 – Распределение семей в зависимости от наличия детей (%)

Респонденты оценивали доступность первичной медико-санитарной помощи и специализированной помощи в стационарных условиях. Из числа опрошенных лишь 8% получали медицинскую помощь в негосударственных организациях; 45% - лечились в специализированных отделениях на круглосуточных койках; 96% - обращались в амбулаторно-поликлинические МО по месту жительства.

52% опрошенных отметили, что они в состоянии оплачивать медицинские услуги и считают для себя доступными.

Особенно важным для респондентов, проживающих в районных муниципальных образованиях, является отдаленность от медицинских организаций. Из общего числа опрошенных до медицинской организации 13% добираются 60 минут и более; 27% - менее 15 минут, 60% - от 15 до 60 минут.

При оценке **доступности** медицинской помощи детям в системе ПМСП наиболее часто назывались проблемы, связанные с высокой стоимостью лекарств (77%). 54% анкетированных отметили недостаточное оснащение медицинских организаций (поликлиник по месту жительства и стационаров). 50% респондентов заявили об ограничении транспортной доступности медицинской помощи детям из удаленных районов. В 23% случаев в качестве проблемы называлась невозможность своевременно попасть на прием к специалисту. «9% респондентов отметили отсутствие психологической поддержки ребенка и его семьи» [190]. Данные представлены на Рисунке 4.4.

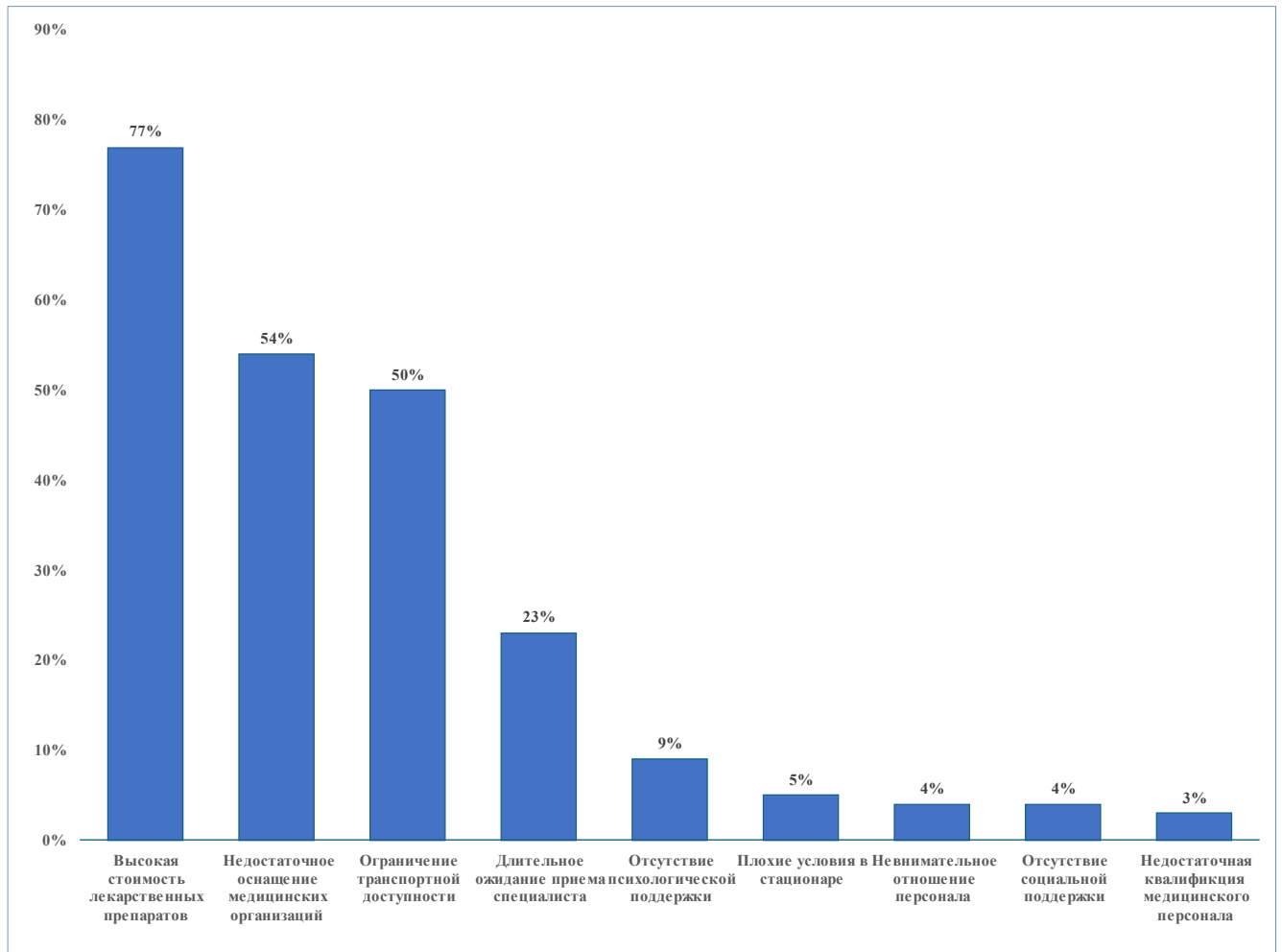


Рисунок 4.4 – Проблемы, обозначенные респондентами при оказании медицинской помощи детям в медицинских организациях разного уровня (%)

49% респондентов оценили доступность медицинской помощи детям в медицинских организациях Саратовской области как удовлетворительную, 36% - хорошую, 3% - неудовлетворительную. 12% респондентов не смогли ответить на вопрос.

В структуре **отзывчивости** выделено восемь индикаторов. Часть из них (уважительное отношение к ребёнку, ясность объяснений, достаточность выделяемого врачом времени для общения, объяснение результатов обследования, чистота помещений и т.д.) детерминированы кадрами медицинской организации [198; 199].

«Респондентами была дана оценка отзывчивости систем здравоохранения региона. 77% респондентов высоко оценили доверие к лечащему врачу, 72% - высоко оценили понятность объяснений лечащего врача и достаточность времени для общения с ним. У двух третей респондентов (67%) высокую оценку заслужило уважительное отношение сотрудников медицинской организации, остальные выбрали среднюю оценку» [196]. Более половины ответивших (59%) высоко оценили условия лечения, достаточность пространства, чистоту помещений, а 40% - как средние. У 20% респондентов имеется сильное желание сменить медицинскую организацию, у 30% это желание выражено средне, а 50% низко оценили такую перспективу. Данные приведены в Таблице 4.1.

Таблица 4.1 – Структура оценки респондентами отзывчивости системы здравоохранения региона (%)

Индикаторы	Оценка		
	высокая*	средняя*	низкая*
Доверие к лечащему врачу	77	23	-
Понимание объяснений врача. Достаточное время общения с врачом	72	27	-
Уважительное отношение сотрудников медицинской организации	67	33	-
Надлежащие условия. Достаточность пространства помещений. Чистота помещения	59	40	1
Наличие объяснений результатов обследования	51	43	6
Близость медицинской организации от места проживания	47	40	13
Желание сменить медицинскую организацию	20	30	50

* $p < 0,05$

Определена взаимосвязь индикаторов, которые характеризуют отзывчивость системы здравоохранения. Не удалось установить значимых корреляционных связей между возрастом законных представителей детей, получающих МП в МО Саратовской области, и индикаторами отзывчивости.

«Достаточное время общения с врачом, понимание респондентами объяснений результатов исследования влияет на индикатор доверия к лечащему врачу, а надлежащие условия лечения, чистота помещений усиливаются уважительным отношением сотрудников медицинской организации ($p < 0,001$). Желание смены медицинской организации возрастает при снижении оценки индикаторов уважительного отношения сотрудников медицинской организации, понимания респондентом объяснений врача, достаточности времени общения с ним и доверия к лечащему врачу ($p < 0,05$), $r = -0,342$; $-0,483$; $-0,407$ соответственно). Не обнаружены значимые корреляционные связи между близостью медицинской организации от места жительства с остальными индикаторами отзывчивости системы здравоохранения Саратовской области» [196]. Данные приведены в Таблице 4.2.

Таблица 4.2 – Взаимосвязь индикаторов, характеризующих отзывчивость системы здравоохранения

Индикаторы		1	2	3	4	5	6	7	8
1									
2	r p	0,022 0,878							
3	r p	-0,040 0,779	0,403** 0,003						
4	r p	0,232 0,105	0,516* < 0,001	0,227 0,117					
5	r p	-0,097 0,638	-0,342** 0,039	-0,483** 0,037	0,000 1,000				
6	r P	0,065 0,665	0,446** 0,002	0,652* < 0,001	0,369** 0,011	-0,338 0,091			
7	r p	0,032 0,821	0,365** 0,009	0,571* < 0,001	0,233 0,107	-0,407** 0,039	0,714* < 0,001		
8	r p	0,137 0,413	0,059 0,726	-0,036 0,830	0,251 0,128	0,000 1,000	0,185 0,266	0,163 0,328	

* $p < 0,001$ ** $p < 0,05$

Индикаторы:

1 – возраст респондента; 2 – уважительное отношение сотрудников МО; 3 – понимание респондентом объяснений врача, достаточность времени общения с ним; 4 – надлежащие условия, чистота помещений; 5 – желание сменить МО; 6 -

наличие объяснений результатов обследования; 7 – доверие к лечащему врачу; 8 – близость МО к месту жительства [141].

Не установлены корреляционные связи индикаторов отзывчивости с полом и возрастом респондентов, уровнем их образования ($p > 0,05$).

Реализован факторный анализ (метод главных компонент), который позволил уточнить результаты корреляционного анализа и выделить два ортогональных фактора (положительное и отрицательное мнение респондентов) в структуре основных индикаторов, характеризующих отзывчивость системы здравоохранения. Данные приведены в Таблице 4.3.

Таблица 4.3 – Ортогональные факторы отзывчивости системы здравоохранения

Индикатор отзывчивости	Фактор 1*	Фактор 2*	Уникальность*
Уважение сотрудников	0,834	-	0,282
Понимание объяснений врача	0,892	-	0,195
Условия лечения, чистота	0,669	-0,558	0,240
Доверие к лечащему врачу	0,843	-	0,265
Смена медицинской организации	-	-0,888	0,119
Наличие объяснений врача	0,857	-	0,262
Близость медицинской организации	0,556	-0,448	0,490

* $\chi^2 = 25,024$ (df = 8, p = 0,002).

Факторный анализ подтвердил данные, полученные в ходе корреляционного анализа о том, что все индикаторы отзывчивости системы здравоохранения тесно взаимосвязаны друг с другом в «положительном» факторе 1 (кроме желания сменить медицинскую организацию) и дал дополнительную информацию о «негативном» (отрицательном) факторе 2, связанном с желанием сменить медицинскую организацию, ее удаленностью от места жительства и плохими условиями а медицинской организации, недостаточностью пространства помещений и их недостаточной чистотой. Взаимосвязь индикаторов, характеризующих отзывчивость системы здравоохранения, представлена на Рисунке 4.5.

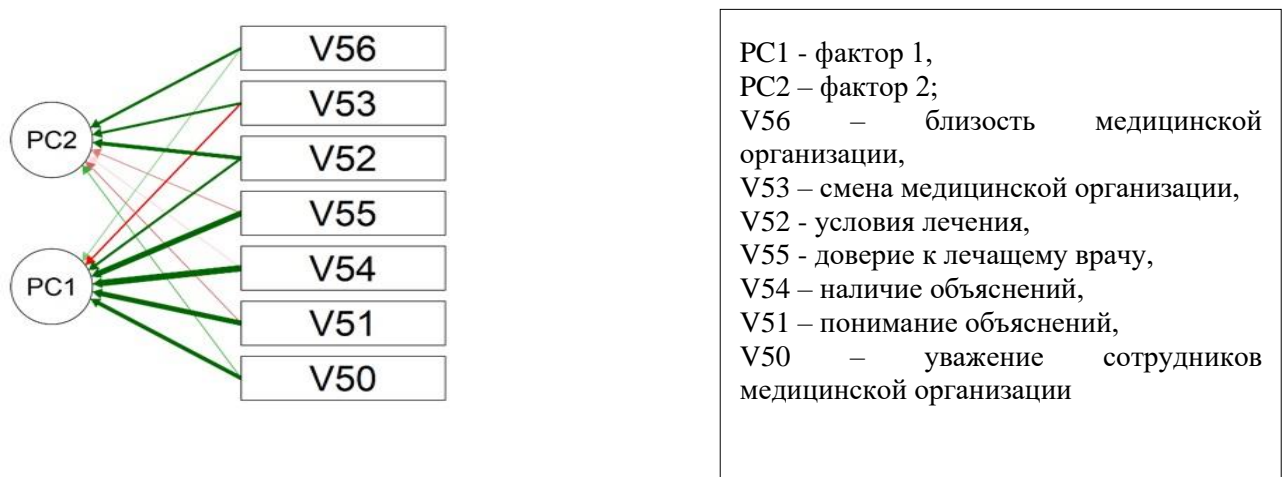


Рисунок 4.5 – Взаимосвязь индикаторов, характеризующих отзывчивость системы здравоохранения

Также респонденты оценивали удовлетворенность медицинской помощью, которая оказывается их ребенку в медицинских организациях региона.

Большинство респондентов (55%) оценили работу поликлиники на 4 балла по пятибалльной системе, 27% - на 5 баллов, 17% - на 3 балла, 1% - поставили оценку «неудовлетворительно» ($p < 0,05$). Средний балл удовлетворенности поликлиникой по месту жительства составил « $4,10 \pm 0,68$ ».

При оценке удовлетворенности медицинской помощью на дому 25% респондентов выбрали отличную оценку, 57% – хорошую и 18% – удовлетворительную. Средний балл удовлетворенности медицинской помощью на дому составил « $4,07 \pm 0,65$ ».

При оценке удовлетворенности стационарной МП 24% оценили ее на «5», 67% - на «4», 9% - на «3» балла ($p < 0,001$). Неудовлетворительных оценок не было. Средний балл удовлетворенности стационарной МП составил « $4,15 \pm 0,56$ ».

Отдельно респонденты оценивали качество МП в различных условиях ее оказания. Как «хорошее» оценили качество медицинской помощи в поликлинике по месту жительства большинство респондентов – 54%, как «отличное» - 31% и как «удовлетворительное» - 15% ($p < 0,001$). Средний балл удовлетворенности качеством МП в поликлинике составил « $4,16 \pm 0,66$ ».

Качество МП в стационарных условиях 67% респондентов оценили «хорошо», 26% - «отлично», 7% - «удовлетворительно» ($p < 0,001$). Средний балл удовлетворенности качеством МП в стационарных условиях составил « $4,19 \pm 0,54$ ».

Проведен корреляционный анализ **удовлетворенности** законных представителей оказанной детям с хронической патологией медицинской помощью в региональном здравоохранении в различных условиях. Данные приведены в Таблице 4.4.

Таблица 4.4 – Корреляционная матрица удовлетворенности законных представителей детей, условий оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации и возраста респондентов (χ^2)

Индикаторы удовлетворенности		1	2	3	4	5	6
1							
2	r p	-0,101 0,394					
3	r p	-0,010 0,951	0,701* < 0,001				
4	r p	0,038 0,848	0,413** 0,029	0,642* < 0,001			
5	r p	-0,329 0,272	-0,015 0,962	0,138 0,703	0,352 0,352		
6	r P	0,003 0,990	-0,079 0,754	0,473 0,103	0,351 0,240	0,548 0,203	

* $p < 0,001$ ** $p < 0,05$

1 – возраст респондента;

индикаторы удовлетворенности: 2 – поликлиникой по месту жительства; 3 стационаром; 4 – медицинской помощью на дому; 5 – частными медицинскими организациями; 6 – федеральными медицинскими организациями [141]

Установлено, что возраст лиц, представляющих интересы детей, не оказывает влияния на их удовлетворенность МП в зависимости от условий оказания и уровнем медицинских организаций,

Отмечается высокая удовлетворенность респондентов в зависимости от условий оказания МП.

Проведен корреляционный анализ уровня ежемесячного дохода на члена семьи и удовлетворенностью МП, оказанной в различных условиях. Данные приведены в Таблице 4.5.

Таблица 4.5 – Корреляционная матрица удовлетворенности законных представителей медицинской помощью детям между условиями оказания медицинской помощи, уровнем медицинской организации и величиной дохода семьи (χ^2)

Индикаторы удовлетворенности		1	2	3	4	5	6
1		-					
2	r p	0,199 0,426	-				
3	r p	-0,041 0,723	0,701* < 0,001	-			
4	r p	-0,098 0,745	0,413** 0,0329	0,642* < 0,001	-		
5	r p	-0,547* < 0,001	-0,015 0,962	0,138 0,703	0,352 0,352	-	
6	r P	-0,549* < 0,001	-0,079 0,754	0,473 0,103	0,351 0,240	0,548 0,203	-

*p < 0,001 ** p < 0,05

1 – ежемесячная величина дохода на члена семьи

индикаторы удовлетворенности:

2 –поликлиникой по месту жительства; 3 –стационаром; 4 –медицинской помощью на дому; 5 –частными медицинскими организациями; 6 –федеральными медицинскими организациями [141]

Согласно представленным данным, чем ниже доход семьи, тем менее выражена удовлетворенность частными и федеральными медицинскими организациями. Лица со средним доходом предпочитают обращаться в бюджетные медицинские организации.

Аналогичный корреляционный анализ был проведен относительно удовлетворенности качеством медицинской помощи, оказываемой ребенку. Данные представлены в Таблице 4.6.

Таблица 4.6 – Корреляционная матрица удовлетворенности законных представителей медицинской помощью детям между условиями оказания медицинской помощи, уровнем медицинской организации и качеством медицинской помощи, оказываемой детям (χ^2)

Индикаторы удовлетворенности	1	2	3	4	5	6
1	-					
2	0,103 0,426	-				
3	-0,012 0,516	0,563* < 0.001	-			
4	0,048 0,732	-0,554** 0,028	-	-		
5	0,407 0,165	-0,239 0,158	-	0,577 0,461	-	
6	0,069 0,112	-	-	0,447 0,223	-	-

* $p < 0,001$ ** $p < 0,05$

1 – возраст респондента;

индикаторы удовлетворенности качеством медицинской помощи: 2 – в поликлинике по месту жительства; 3 – в стационаре; 4 – на дому; 5 – в частных медицинских организациях; 6 – в федеральных медицинских организациях [141]

Несмотря на то, что представителей детей не устраивает качество МП на дому ($p < 0,05$), в целом они отмечают удовлетворенность медицинской помощью в поликлинических и стационарных МО.

Факторный анализ (метод главных компонент) позволил уточнить результаты корреляционного анализа и выделить факторы в структуре удовлетворенности различными медицинскими организациями. Данные отражены в Таблице 4.7.

Таблица 4.7 – Ортогональные факторы удовлетворенности респондентов законных представителей детей условиями оказания медицинской помощи, уровнем медицинской организации (χ^2)

Индикатор удовлетворенности	Фактор 1*	Фактор 2*	Уникальность*
поликлиникой	0,896	-	0,151
стационаром	0,903	-	0,116
медицинской помощью на дому	0,703	0,428	0,322
частными медицинскими организациями	-	0,847	0,282
федеральными медицинскими организациями	-	0,871	0,215

* $\chi^2 = 72,632$ (df = 1, p < 0,001)

«Применение факторного анализа к оценке удовлетворенности отношением к ребенку лечащего врача позволило, после исключения из анализа частных и федеральных медицинских организаций, выделить два фактора, подтверждающих выявленные корреляционные связи» [197]. Взаимосвязь индикаторов, характеризующих удовлетворенность респондентов условиями оказания медицинской помощи, уровнем медицинской организации представлена на Рисунке 4.6.

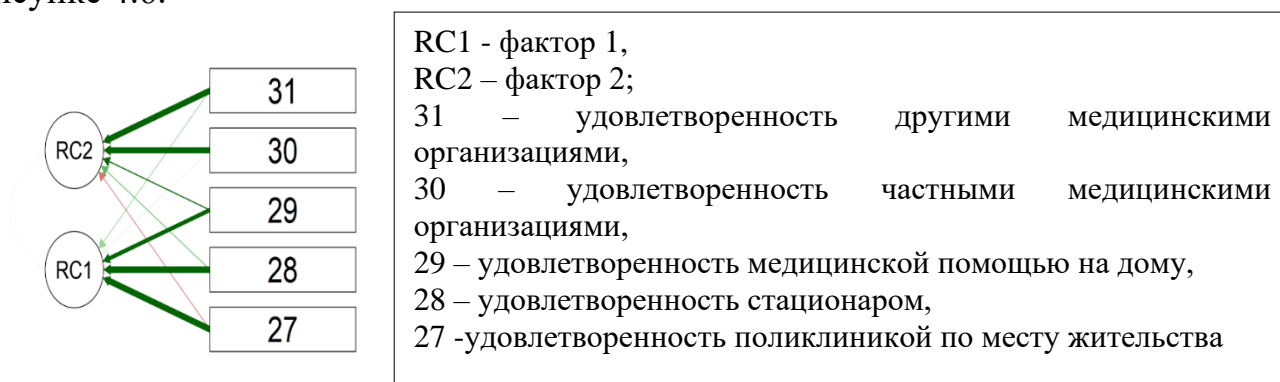


Рисунок 4.6 – «Взаимосвязь индикаторов, характеризующих удовлетворенность респондентов условиями оказания медицинской помощи, уровнем медицинской организации» [195]

Факторный анализ подтвердил данные корреляционного анализа о том, что удовлетворенность поликлиникой, стационаром по месту жительства и, в меньшей

степени, медицинской помощью на дому взаимосвязаны как наиболее востребованные населением.

В работе проводилась оценка **удовлетворенности** детей (законных представителей) с хроническими соматическими заболеваниями организацией процесса оказания МП в эндокринологическом и гастроэнтерологическом плановых отделениях Саратовской областной детской клинической больницы при получении **специализированной медицинской помощи в условиях** круглосуточного и дневного стационара (Приложение 2).

Среднее время ожидания для больных в приемном отделении как госпитализированных в отделения с дневным, так и круглосуточным пребыванием составило примерно один час. Среднее время ожидания госпитализации составило при дневном пребывании 7 дней (эндокринологическое отделение) и 6 дней (гастроэнтерологическое отделение), а при круглосуточном пребывании 19 дней и 5 дней соответственно.

В эндокринологическом отделении при лечении на койках дневного и круглосуточного пребывания наиболее высоко оценивается работа заведующего отделением, затем лечащего врача; третье ранговое место занимает качество обследования. Дневное пребывание в этом отделении характеризуется менее высокой оценкой качества лечения ($4,13 \pm 1,782$ и $4,7 \pm 0,909$ соответственно) при одинаковой оценке работы младшего персонала и оценки чистоты и порядка в отделении. Точность выполнения назначений получила более высокий балл при круглосуточном пребывании ($4,84 \pm 0,397$ и $4,71 \pm 0,520$ соответственно), а качество проведения процедур – при дневном пребывании пациентов. Ниже всего оценены бытовые условия и работа администрации больницы. Показатели с наибольшими оценками распределились *для гастроэнтерологического отделения* следующим образом. Если при круглосуточном пребывании высоко оценивается точность выполнения назначений, то при дневном пребывании в гастроэнтерологическом отделении – качество обследования. На более низком уровне при дневном пребывании располагается работа лечащего врача, заведующего отделением. При круглосуточном пребывании ниже уровня работы медсестры находится уровень

работы лечащего врача и заведующего отделением. Качество обследования оценивается в гастроэнтерологическом отделении одинаково при разных формах пребывания, как и чистота и порядок в отделениях. Работа администрации выделяется с хорошей стороны на дневных койках отделения. Данные представлены в Таблице 4.8.

Таблица 4.8 – Сравнительная характеристика показателей, характеризующих удовлетворенность оказанной медицинской помощью детям в условиях дневного и круглосуточного стационара (по пятибалльной шкале) [195]

Показатели, характеризующие удовлетворенность оказанной медицинской помощью	Дневной стационар*		Койки круглосуточного пребывания*	
	отделение эндокринологии	отделение гастроэнтерологии	отделение эндокринологии	отделение гастроэнтерологии
Качество лечения	4,13±1,782	4,61±0,935	4,7±0,909	4,79±0,884
Качество обследования	4,87±0,339	4,91±0,289	4,89±0,316	4,92±0,274
Работа лечащего врача	4,92±0,274	4,86±0,404	4,9±0,303	4,89±0,375
Работа заведующего отделением	4,94±0,240	4,84±0,370	4,96±0,198	4,89±0,347
Администрация больницы	3,01±2,358	4,24±1,393	3,76±1,995	3,82±1,971
Работа медсестры	4,85±0,360	4,82±0,413	4,83±0,430	4,93±0,258
Работа младшего медперсонала	4,46±0,918	4,44±1,0424	4,52±0,719	4,68±0,586
Качество питания	0 (дети не питались)	0 (дети не питались)	4,19±0,853	4,23±0,806
Доброжелательность медперсонала	4,8±0,404	4,79±0,480	4,77±0,470	4,73±0,491
Бытовые условия	4,28±0,715	4,42±0,744	4,23±0,726	4,32±0,819
Чистота и порядок	4,59±0,495	4,63±0,546	4,56±0,499	4,62±0,618
Качество процедур	4,84±0,370	4,78±0,418	4,75±0,437	4,91±0,289
Точность выполнения назначений	4,71±0,520	4,78±0,464	4,84±0,397	4,94±0,240
Интегральный показатель удовлетворенности	4,53±0,731	4,68±1,102	4,61±0,675	4,67±0,553

* $p < 0,05$

Результаты социологического опроса свидетельствуют о высоком уровне удовлетворенности родственников больных детей качеством оказания медицинской помощи. Однако есть и некоторые различия. Так, при дневном

пребывании выше уровень удовлетворенности количеством консультаций. Особенно это заметно в гастроэнтерологическом отделении (93,3% и 76,7% соответственно). В этом подразделении значительно выше оценивается и своевременность медицинской помощи (83,3% и 66,7% соответственно). В эндокринологическом отделении по этому показателю несколько выше оценивается круглосуточное пребывание (86,7% и 80% соответственно). Косвенным показателем удовлетворенности является готовность повторно пройти лечение в том же лечебном учреждении, в том же отделении, у того же лечащего врача. При высоких оценках обращает на себя внимание более низкая оценка деятельности заведующего гастроэнтерологическим отделением в качестве руководителя отделения в условиях дневного пребывания по сравнению с круглосуточным пребыванием: 93% и 100% соответственно. Данные представлены в Таблице 4.9.

Таблица 4.9 – Показатели удовлетворенности организацией и качеством оказания медицинской помощи в ОДКБ(%)

Показатели качества оказания медицинской помощи	Дневной стационар*		Койки круглосуточного пребывания*	
	отделение эндокринологии	отделение гастроэнтерологии	отделение эндокринологии	отделение гастроэнтерологии
Достаточность количества консультаций	86,7	93,3	83,3	76,7
Своевременность медицинской помощи	80	83,3	86,7	66,7
Возможность повторного обращения:				
А) в то же отделение	100	96,7	100	100
Б) к тому лечащему врачу	96,7	96,7	100	100
В) к тому же заведующему отделением	100	93	100	100

*p<0,001

«Удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи учитывает время, проведенное медицинскими работниками непосредственно с больными детьми и их родственниками. По оценкам респондентов среднее время общения

лечащих врачей гастроэнтерологического и эндокринологического отделения с пациентами составило при дневном пребывании $23 \pm 1,3$ мин. (в день посещения), при круглосуточном пребывании – $23,5 \pm 2,1$ мин. Длительность наблюдения лечащим врачом сопоставима и значительно не отличается при дневном по сравнению с круглосуточным пребыванием в отделениях ($p < 0,001$)» [191].

Осмотр заведующим отделением в день поступления ребенка зафиксирован респондентами при дневном пребывании в гастроэнтерологическом отделении в 99,8% случаев, в эндокринологическом отделении - в 99,1% случаев, при круглосуточном пребывании в отделении – в 89,3% и 88,7% соответственно. 96,7% родственников больных детей при дневном пребывании в эндокринологическом отделении и 100% респондентов в гастроэнтерологическом отделении устраивает такая форма лечения. Они считают достоинствами дневного пребывания удобный режим работы (86,7% и 93,3%), решение вопроса с питанием ребенка (6,7% и 10%), больничный лист по уходу за ребенком на общих основаниях (3,3%). На вопрос: «Есть ли преимущества у дневного стационара перед круглосуточным?» 86,7% и 93,3% опрошенных - родственников детей дневного стационара – дали утвердительный ответ.

«Дневной стационар позволяет больным детям избегать по возможности потенциально вредного влияния госпитальных условий, отрыва от семьи, сохранять привычный режим, домашнее окружение и пищу (терапия средой), ускоряет возвращение пациентов к учебной деятельности, позволяет лечиться без прекращения учебы» [193; 195].

4.2 Оценка качества оказания медицинской помощи и факторов, влияющих на него (по результатам анкетирования врачей)

В ходе социологического опроса врачей эндокринологического и гастроэнтерологического отделений, проведенного в ГУЗ «СОДКБ» в 2018-2019 гг. (гл.2. С. 47-48) оценивалось качество оказанной детям МП. Опрошено 100% всех врачей, работающих в данных отделениях, их ответы позволили выявить

некоторые тенденции и сравнить показатели их субъективной оценки качества оказания медицинской помощи экспертами и взаимосвязь их с рядом факторов, учитывающихся при ее оказании, для дневного и круглосуточного пребывания в стационаре. Все респонденты имели опыт работы как в дневном, так и в круглосуточном стационарах.

Работа в дневном стационаре занимала, по оценке респондентов, от 15% до 50% служебного времени.

Основными причинами направления детей в дневной стационар гастроэнтерологического отделения были:

- а) проживание детей и их родственников в г. Саратове;
- б) удовлетворительное состояние здоровья ребенка;
- в) психологические причины (нежелание ребенка расставаться с родственниками).

Список причин для эндокринологического отделения оказался более детализированным. Причины разделились на исходящие от врачей и пациентов и их родственников. Помимо перечисленных выше, были названы в первой группе недостаток свободных мест в круглосуточном стационаре, отсутствие необходимости в круглосуточном врачебном наблюдении, младенческий возраст пациента, а во второй – нежелание родственников расставаться с ребенком.

Определены факторы, оказывающие наибольшее и наименьшее влияние на качество медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара. Сравнение качества медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах проводилось по 5-балльной шкале по девяти параметрам. Наивысший средний балл получила доступность лечения и диагностических процедур в круглосуточном стационаре $4,95 \pm 0,5$ балла. Наличие лекарственных препаратов в круглосуточном стационаре так же высоко оценено, как и доступность лечения и диагностических исследований для дневного стационара и эффективность лечения для круглосуточного пребывания, показатель составил $4,9 \pm 0,3$ балла. Экспертами уровень консультирования в круглосуточном стационаре был оценен выше, чем в дневном (4,6 балла и 4,5 балла соответственно).

Ниже всего были оценены бытовые условия для пациентов: 3,95 и 3,4 балла для круглосуточного и дневного стационаров соответственно. Несмотря на предпочтение круглосуточного стационара по сравнению с дневным, качество лечения (4,8 балла против 4,4) и его эффективность (4,9 балла против 4,75) были оценены врачами как высокие. Также высоко врачи оценили работу среднего и младшего медперсонала, отдав также некоторое предпочтение круглосуточному стационару перед дневным: 4,85 балла против 4,7 и 4,85 балла против 4,75 соответственно (Рисунок 4.7).

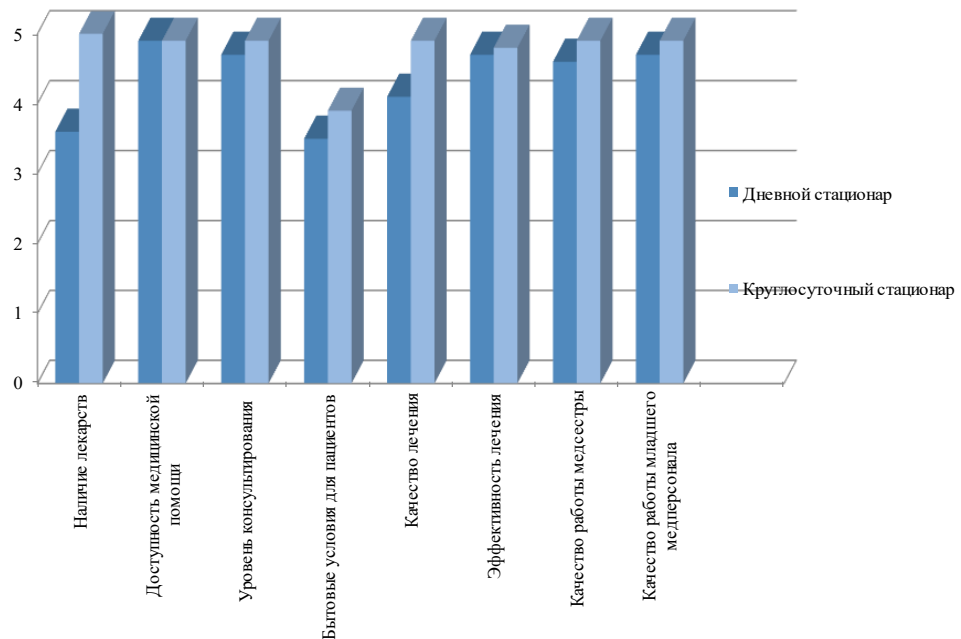


Рисунок 4.7 – Сравнительная характеристика влияния различных факторов на качество медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров (балл)

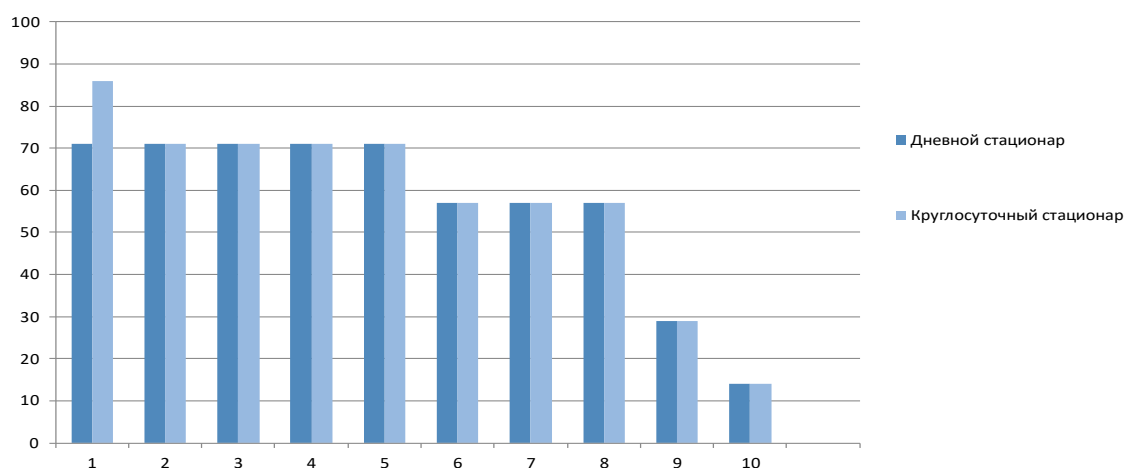
«Экспертами была дана оценка факторам, способствующим повышению качества медицинской помощи в дневном и круглосуточном стационарах» [195].

Наибольший рейтинг 86% был присвоен врачами улучшению бытовых условий для пациентов и их родственников в круглосуточном стационаре и 71% в случае дневного стационара.

Ниже, на уровне 71%, расположились повышение зарплаты врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, повышение квалификации, совершенствование нормативов и критериев оценки труда медицинского персонала, улучшение бытовых условий для медицинского персонала для обоих видов стационаров.

Следующая группа факторов расположилась на уровне 57%: повышение зарплаты администрации, приобретение дополнительного медицинского оборудования и научная работа (показатели одинаковы для обоих видов стационаров).

Только 29% хотели бы улучшить социально-психологический климат в коллективе, что косвенно свидетельствует о его хорошем состоянии. Наиболее низкий рейтинг (14%) среди мероприятий, направленных на повышение качества МП, получил фактор контроля администрацией (Рисунок 4.8).



1 – улучшение бытовых условий для пациентов и их родственников; 2 – повышение зарплаты медперсоналу; 3 – повышение квалификации; 4 – совершенствование нормативов и критериев оценки труда медперсонала; 5 – улучшение бытовых условий для медперсонала; 6 – повышение зарплаты администрации; 7 – приобретение дополнительного медицинского оборудования; 8 – научная работа; 9 – улучшение социально-психологического климата; 10 – усиление контроля со стороны администрации больницы

Рисунок 4.8 – Факторы, способствующие повышению качества медицинской помощи в дневном и круглосуточном стационарах

Таким образом, факторами, влияющими на ограничение доступности и качества медицинской помощи детям с хроническими соматическими заболеваниями, проживающим в отдаленных районах, по итогам социологического опроса являются:

- 1) высокая стоимость лекарственных препаратов при получении амбулаторной помощи (77%),
- 2) недостаточное оснащение поликлиник по месту жительства и стационаров (54%),
- 3) ограничение транспортной доступности медицинской помощи детям из сельских районов (50%),
- 4) длительное ожидание приема специалистов (23% случаев).

Доступность медицинской помощи детям в медицинских организациях Саратовской области 49% респондентов оценили как удовлетворительное, 36% - хорошее, 3% - неудовлетворительное.

Более половины респондентов высоко оценили отзывчивость системы здравоохранения, а именно: достаточность времени общения медицинских работников с ними (72%), уважительное отношения сотрудников медицинской организации (67%), достаточность пространства, чистоты помещений, условий лечения (59%), однако, 20% анкетированных высоко оценили перспективу смены медицинской организации.

В среднем удовлетворены медицинской помощью в стационаре $60\% \pm 3,4\%$ респондентов, в поликлинике по месту жительства - $57\% \pm 4,8\%$ ($p < 0,05$).

При оценке качества медицинской помощи в поликлинике по месту жительства 54% респондентов оценили его как хорошее, 31% респондентов оценили его как отличное и как удовлетворительное 14% ($p < 0,001$). Среди оценивающих качество медицинской помощи в стационаре 67% выбрали оценку «хорошо», 26% - «отлично», «удовлетворительно» – 5% ($p < 0,001$)» [190].

Анализ удовлетворенности законных представителей различными видами оказания медицинской помощи их детям в Саратовской области показал, что возраст лиц, представляющих интересы детей, получающих медицинскую помощь, не оказывает влияния на их удовлетворенность различными типами медицинских организаций, в которых была оказана медицинская помощь. В то же время чем ниже доход семьи, тем менее выражена удовлетворенность частными и другими медицинскими организациями. Лица со средним доходом (1 и 2 степень деприваций) предпочитают обращаться в бюджетные медицинские организации.

Отмечен высокий уровень удовлетворенности законных представителей больных детей качеством оказания медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей **специализированную медицинскую помощь** по поводу хронического соматического заболевания

По мнению врачей и врачей-экспертов среди факторов, способствующих повышению качества медицинской помощи в дневном и круглосуточном стационарах, первое ранговое место занимает необходимость улучшения бытовых условий для пациентов и их родственников, второе – повышение зарплаты врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, повышение квалификации, совершенствование нормативов и критериев оценки труда медицинского персонала, улучшение бытовых условий для медицинского персонала для обоих видов стационаров. Третье ранговое место занимают увеличение оплаты труда администрации, приобретение дополнительного медицинского оборудования и научная работа [42; 67; 185].

ГЛАВА 5. ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ СОМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕАНИЯМИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

5.1 Сравнительный анализ доступности медицинской помощи городскому и сельскому детскому населению региона

В Саратовской области ПМСП детскому населению оказывается согласно приказу МЗ и СР РФ от 16.04.2012 N 366н, в соответствии с которым численность штатных единиц врачей – педиатров участковых, участвующих в оказании ПМСП, определяется из расчета 1 шт. ед. на 800 чел. детского населения (1,25 шт.ед. врачей педиатров на 1000 чел. детского населения) [119]. В 2021 г. лишь в 13% районов области, в т.ч. в областном центре, фиксируется обеспеченность педиатрами на 1000 населения в соответствии с нормативом (5 районов). В остальных районах (34 района) региона этот показатель ниже нормативных значений, составляя от 0,14 шт.ед. до 1,1 шт.ед. на 1000 чел. детского населения. Данные приведены в Таблице 5.1.

Таблица 5.1 – Обеспеченность населения районов Саратовской области врачами педиатрами участковыми (на 1000 чел. детского населения и %.)

Районы Саратовской области	Численность детского населения (абс.)	Фактическая обеспеченность населения районов врачами педиатрами участковыми*	
		на 1000 детского населения*	%
Александрово-Гайский	3645	1,1	88
Аркадакский	3703	0,54	43
Базарно-Карабулакский	5342	0,37	30
Балтайский	1923	0,52	42
Воскресенский	1968	1,02	82
Дергачевский	3709	0,27	22
Духовницкий	2051	0,49	39
Екатериновский	3350	0,3	24

Ершовский	7401	1,08	86
Ивантеевский	2617	1,15	92
Калининский	5907	0,17	14
Краснокутский	6966	0,14	11
Краснопартизанский	1821	1,31	105
Лысогорский	3627	0,28	22
Новобураский	3002	0,67	54
Новоузенский	6029	1,0	80
Озинский	4154	0,96	77
Перелюбский	3170	0,95	76
Петровский	7301	0,69	55
Питерский	2931	1,02	82
Пугачевский	10872	1,1	88
Ровенский	4380	0,69	55
Романовский	1986	1,01	81
Ртищевский	8836	0,91	73
Самойловский	2926	1,03	82
Саратовский	9345	1,18	94
Советский	4913	0,61	49
Татищевский	5854	1,03	82
п. Светлый	2412	1,66	133
Турковский	1697	0,59	47
Федоровский	3798	0,57	46
Аткарский	6098	0,85	68
Балаковский	36801	0,46	37
Балашовский	16646	0,6	48
Вольский	15700	0,66	53
Красноармейский	7592	0,53	42
Марковский	12164	0,74	59
г. Саратов	150269	1,24	99
Хвалынский	4235	0,24	19
Энгельский	57441	0,8	64
Саратовская область	446703	0,9	72

*при нормативе – 1,25 шт.ед. на 1000 населения

В исследуемых районах обеспеченность участковыми врачами педиатрами составила: в Балашовском - 0,6 шт.ед., в Романовском – 1,01 шт.ед., в Самойловском районе – 1,03 шт.ед., в Аркадакском – 0,54 шт.ед., в Турковском – 0,59 шт.ед. на 1000 детского населения. Обеспеченность населения районов Саратовской области врачами педиатрами участковыми представлена на Рисунке 5.1.



Рисунок 5.1 – Обеспеченность населения районов Саратовской области врачами педиатрами участковыми (на 1000 чел. детского населения)

В регионе плановая и экстренная стационарная помощь детям оказывается на 706 педиатрических койках, из которых 27% развернуты в областном центре. В крупных районных центрах (Балашов, Балаково, Энгельс) функционируют, соответственно, 9%, 5% и 4% педиатрических коек. Остальные 55% педиатрических коек рассредоточены в муниципальных районах региона, что составляет от 0,14% в Аткарском районе до 3,1% в Ершовском районе. Несмотря на наличие коечного фонда, в 17 из 38 районных больниц (44%) отсутствуют врачи педиатры для оказания стационарной медицинской помощи детям. Нами не выявлены корреляционные связи между численностью детского населения в районах области, частотой госпитализаций в ОДКБ, числом фактически развернутых педиатрических коек и обеспеченностью врачами педиатрами для работы в стационаре в районных больницах ($p > 0,05$): число педиатрических коек, укомплектованность педиатрами и географическая удаленность районных больниц от областного центра не влияют на частоту госпитализации в ОДКБ. Данные представлены в Таблице 5.2.

Таблица 5.2 – Обеспеченность населения районов Саратовской области
кочным фондом и врачами педиатрами (абс. и на 1000 чел. детского населения)

Районы Саратовской области	Численность детского населения (абс.)*	Обеспеченность врачами в стационаре		Число госпитализаций в ОДКБ за 2021 г.		Число педиатрических коек	
		Физ. лица	на 1000 детского населения*	Абс. (чел.)	на 1000 чел. детского населения	Абс.	на 1000 чел. детского населения
Александрово-Гайский	3645	0	0	107	29,4	7	1,92
Аркадакский	3703	0	0	85	23,0	6	1,62
Базарно-Карабулакский	5342	0	0	218	40,8	8	1,5
Балтайский	1923	0	0	98	51,0	4	2,1
Воскресенский	1968	0	0	60	30,5	3	1,52
Дергачевский	3709	0	0	168	45,3	11	2,97
Духовницкий	2051	1	0	41	20,0	5	2,44
Екатериновский	3350	0	0	103	30,7	7	2,1
Ершовский	7401	1	0,14	311	42,0	22	2,97
Ивантеевский	2617	0	0	44	16,8	5	1,91
Калининский	5907	0	0	203	34,4	14	2,37
Краснокутский	6966	1	0,14	276	39,6	8	1,15
Краснопартизанский	1821	0	0	47	25,8	6	3,29
Лысогорский	3627	2	0,55	93	25,6	10	2,76
Новобурасский	3002	0	0	123	41,0	4	1,33
Новоузенский	6029	2	0,33	166	27,5	10	1,66
Озинский	4154	0	0	154	37,1	8	1,93
Перелюбский	3170	1	0,32	74	23,3	10	3,15
Петровский	7301	1	0,14	233	31,9	7	0,96
Питерский	2931	0	0	84	28,7	12	4,1
Пугачевский	10872	1	0,09	82	7,5	11	1,01
Ровенский	4380	1	0,23	105	24,0	9	2,05
Романовский	1986	0	0	54	27,2	3	1,51
Ртищевский	8836	1	0,11	312	35,3	14	1,58
Самойловский	2926	0	0	66	22,6	11	3,76
Советский	4913	1	0,2	184	37,5	10	2,04
Татищевский	5854	1	0,17	347	59,3	10	1,7
п. Светлый	2412	1	0,41	115	47,7	6	2,49
Турковский	1697	1	0,59	93	54,8	10	5,9
Федоровский	3798	0	0	97	25,5	12	3,43
Аткарский	6098	0	0	265	43,5	1	0,14
Балаковский	36801	12	0,33	645	17,5	37	1,0
Балашовский	16646	5	0,3	434	26,1	66	4,0
Вольский	15700	1	0,06	360	22,9	21	1,34
Красноармейский	7592	1	0,13	287	37,8	14	1,84
Марковский	12164	2	0,16	371	30,5	20	1,64
г. Саратов	150269	29	0,19	3405	22,7	192	1,28
Хвалынский	4235	0	0	75	17,7	8	1,9
Энгельский	57441	11	0,19	1361	23,7	26	0,45
Саратовская область	446703	103	0,23	12309	27,6	706	1,58

В номенклатуре должностей медицинских работников из 125 специальностей только 13 детских, а среди оказывающих медицинскую помощь детям при хронических соматических заболеваниях – всего 5 [118]. Для детского онколога, детского онколога-гематолога, детского психиатра штатные единицы утверждаются из расчета 1 врач соответствующей специальности на 100 тыс. детского населения [112; 120, 128]. Вышеуказанные специалисты находятся в структуре специализированных диспансеров, поэтому, изучение их деятельности не входит в задачи настоящего исследования.

В районах области специализированная ПМСП детям оказывается только по двум специальностям – детской эндокринологии и детской кардиологии. Штатные единицы врача-детского эндокринолога для работы в амбулаторных условиях определяются из расчета 1 шт.ед. на 12000 чел., для оказания стационарной медицинской помощи детям на круглосуточных койках и койках дневного стационара – по 1 шт. ед. на 15 коек соответственно [114]. Так, в штатном расписании районных больниц, обслуживающих до трех тысяч детей (10 районов области) необходимо 0,16 – 0,17 шт. ед., от 3 до 4 тыс. чел детского населения - (7 районов) - 0,3 - 0,35 шт. ед., в районах с численностью детей от 4 тыс. чел. согласно Порядка оказания медицинской помощи необходимо укомплектовать 0,4-0,5 шт.ед. детских эндокринологов. Однако, эти ставки в штатном расписании предусмотрены только в 10 районных больницах (26%) и в областном центре. На 01.01.2021 г. в медицинских организациях Саратовской области было утверждено всего 40,5 шт. ед. детских эндокринологов, занято 31,75 шт.ед, укомплектованность составила 78%. Основная доля врачей приходится на областной центр: утверждено 19 шт.ед, занято 10, то есть 52%. Укомплектованность районных больниц Саратовской области детскими эндокринологами представлена на Рисунке 5.2.



Рисунок 5.2 – Укомплектованность районных больниц Саратовской области детскими эндокринологами (шт.ед./физ.лица)

Одна штатная единица детского кардиолога рассчитывается на 20000 чел. детского населения для работы в амбулаторных условиях и 1 ед. на 15 коек для оказания медицинской помощи на круглосуточных койках и койках дневного стационара [125]. Для районов с численностью детского населения до 3000 чел. (10 районов) необходимо предусмотреть в штатном расписании 0,08 – 0,14 шт.ед., от 3000 до 4000 (7 районов) – 0,15 – 0,2 шт.ед., свыше 4000 чел. детского населения – 0,25 – 0,5 шт.ед. На 01.01.2021 г. штатные единицы детских врачей кардиологов предусмотрены только в 5 районных медицинских организациях, включая областной центр: утверждено 30,5 шт.ед., занято – 23,5 шт.ед., укомплектованность составила 77%. В основном, штатные единицы детских кардиологов утверждены в областном центре и крупных районных центрах. В областном центре фактически занято 8 штатных должностей из 11,5 шт. ед. (укомплектованность 70%), в Балаковском районе укомплектованность - 44%, Энгельском – 33%, в Балашовском – 1 шт.ед., не укомплектована. Укомплектованность районов Саратовской области детскими кардиологами представлена на Рисунке 5.3.

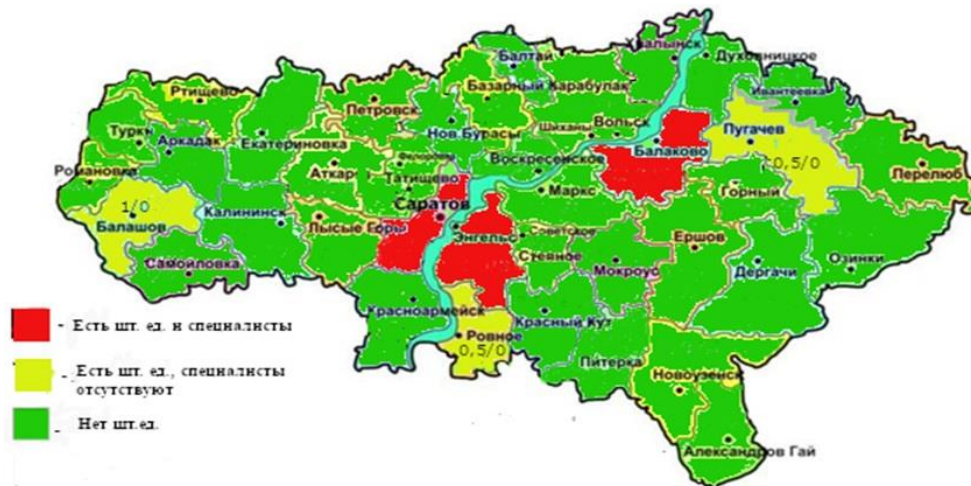


Рисунок 5.3 – Укомплектованность районов Саратовской области детскими кардиологами (шт.ед./физ.лица)

С 2017 г. вступил в силу нормативный акт, регламентирующий использование при оказании МП телемедицинских технологий [128], направленный на получение заключений консилиумов, результатов консультаций при невозможности транспортировки пациентов и отсутствия специалистов в медицинских организациях. Данный приказ не влияет на штатную численность врачей. По данным статистической формы № 30 [130] в изучаемых районах Саратовской области до 2020 г. консультации с использованием телемедицинских технологий не применялись.

Особенность организации МП сельскому населению, в т.ч. детскому, заключается в ее этапности (Рисунок 5.4) [76].



Рисунок 5.4 – Этапность организации медицинской помощи детям в сельском здравоохранении

В современной системе здравоохранения выделяют три уровня МО, связанные с этапностью оказания медицинской помощи для сельского населения.

Большая часть населения получает первичную, наиболее приближенную территориально, медицинскую помощь, в связи с чем, наибольшую долю от всех медицинских организаций составляют МО первого уровня.

Меньшая часть детского населения нуждается в оказании МП в организациях второго уровня, в которых предоставляется специализированная МП без ВМП.

На третьем уровне, как правило в крупных городах и областных центрах, оказывается помощь детям, с наиболее сложными случаями заболевания, нуждающимся в оказании СМП и ВМП [115].

Специализированная ПМСП детскому населению исследуемых районов при отсутствии врачебных кадров в районных медицинских организациях оказывается в областном центре: в ОДКБ, Клиническом центре ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России и специализированных диспансерах. Так, по итогам консультаций в ОДКБ в 2019 году из 1650 детей с хронической соматической патологией, проживающих в исследуемых районах, госпитализировано - 429 пациентов (25%). Структура госпитализированных детей следующая: болезни органов кровообращения (6%), нервной системы (13%), органов пищеварения (23%), эндокринные заболевания (24%), прочие (34%). Областные медицинские организации формируют мобильные бригады для оказания консультативной медицинской помощи специалистами в районах области (Рисунок 5.5).

Нами проведена оценка затрат семьи на консультацию специалистами в областном центре детей с хронической патологией, проживающих в изучаемых районах региона. Авторская методика расчета финансовых затрат семьи в связи с получением консультативной помощи в областном центре представлена в разделе «Материалы и методы исследования» (Глава 2. С. 62-63). Расстояние от районных больниц Балашовского, Турковского, Самойловского, Аркадакского и Романовского районов до областного центра составляет от 191 км. до 265 км.

(Рисунок 5.5). Время в пути – 4-6 часов, стоимость проезда до Саратова и обратно на общественном транспорте составляет от 1056 руб. до 1430 руб. на одного человека. Так как несовершеннолетнего пациента сопровождает один официальный представитель, то с учетом затрат на питание, проживание двух человек в гостинице в течение двух дней (один день – проведение необходимых диагностических исследований, второй день – консультация специалиста), затраты родителей детей с хронической соматической патологией, проживающих в вышеуказанных районах, на 1 консультацию специалиста г. Саратова с учетом двухдневной поездки в районный центр составляли от 6572 руб. до 7464 руб.

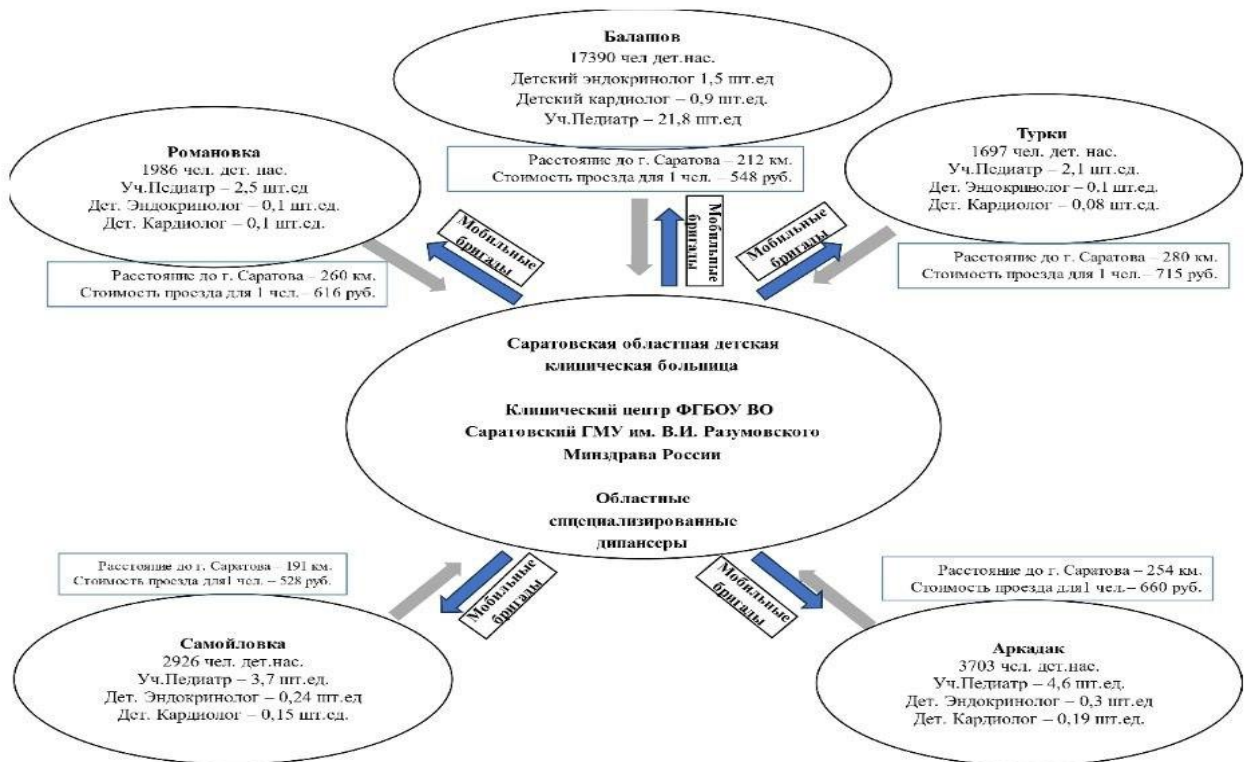


Рисунок 5.5 – Схема организации первичной медико-санитарной помощи детскому населению Саратовской области в исследуемых районах до образования МРЦ

В 2019 году на консультативный прием из исследуемых районов области в областную детскую поликлинику направлено 1650 чел. (57,9 конс. на 1000 чел. детского населения). Авторская методика расчета экономического ущерба для

региона в связи с организацией консультативной помощи детям в областном центре, обусловленного непродуцированным внутренним валовым продуктом, представлена в разделе «Материалы и методы исследования» (Глава 2. С. 48). Экономический ущерб при осуществлении консультаций в ОДКБ составил 43,2 млн. руб. в год (139,7 тыс. руб. на 1000 детского населения в год).

5.2 Основные направления совершенствования медицинской помощи детям

Одной из задач модернизации первичного звена здравоохранения Саратовской области является повышение доступности ПМСП и удовлетворенности населения организацией и качеством медицинской помощи. Для реализации этой и других задач на базе многопрофильных районных больниц области организуются девять межрайонных центров с определением зон закрепления: семь центров будут созданы на базе районных больниц, два центра - на базе городских многопрофильных учреждений. К зоне ответственности Балашовского межрайонного центра, который функционирует с 2021 г., отнесены 5 муниципальных районов области, в которых проживают более 170 тысяч человек. На его базе создан детский межрайонный центр. Схема организации межрайонных центров Саратовской области представлена на Рисунке 5.6.

Постановлениями Правительства Саратовской области обосновано прикрепление детского населения муниципальных районов (Аркадакского Романовского, Самойловского, Турковского) к Балашовскому МРЦ (*1 этап*).



Рисунок 5.6 – Схема организации межрайонных центров Саратовской области

По результатам проведенного исследования обоснованы дальнейшие этапы развития Балашовского МРЦ.

2 Этап. Перераспределение штатных единиц специалистов из районных больниц прикрепленных районов в МРЦ. Изменение маршрутизации оказания ПМСП населению зоны обслуживания Балашовского МРЦ. Внедрение телемедицинских технологий в работу структурных подразделений МРЦ.

При присоединении изучаемых муниципальных районов к Балашовской районной больнице численность прикрепленного детского населения к МРЦ составила 28503 чел. Это предопределило перераспределение штатных единиц специалистов и медицинского оборудования из районных больниц в МРЦ. Так, для оказания специализированной ПМСП прикрепленному детскому населению необходимо 2,37 шт. ед. детского эндокринолога и 1,43 шт. ед. детского кардиолога. По другим направлениям специализированная ПМСП в МРЦ оказывается детскому населению врачами общей сети. Штатные единицы врачей специалистов были рассчитаны в соответствии с «Порядками». Так, 1 шт. ед. гастроэнтеролога рассчитывается на 35000 прикрепленного детского населения, 1,5 шт. ед. врача-невролога - на 10000 чел., 1,0 шт. ед. детского хирурга – на 10000 прикрепленного детского населения [109; 111; 114].

В соответствии с перераспределением кадровых и материальных ресурсов обосновано изменение маршрутизации пациентов: специализированная ПМСП оказывается детскому населению в МРЦ. При невозможности получения очной консультации используются телемедицинские технологии по системе «врач-врач» между врачами РБ и МРЦ, а также между специалистами МРЦ и ОДКБ.

3 этап. Реорганизация районных больниц прикрепленных районов во врачебные амбулатории с дневными стационарами.

В связи с перераспределением штатных единиц и материальных ресурсов обоснована целесообразность перепрофилирования районных больниц во врачебные амбулатории с дневными стационарами [118; 131]: сохраняется участковый принцип оказания ПМСП, с преобразованием остальных районных больниц в экономически более эффективные врачебные амбулатории с дневными стационарами, применяются телемедицинские технологии.

4 этап. Переход к оказанию ПМСП прикрепленному детскому населению врачами общей практики (семейными врачами).

В условиях дефицита врачей первичного звена сельского здравоохранения организационно и экономически обосновано изменение маршрутизации пациентов детского возраста в связи с оказанием ПМСП семейными врачами (ВОП) во врачебных амбулаториях с дневными стационарами. Так, по данным Сазановой Г.Ю. с соавт. (2021 г.) в районах в Саратовской области в 2019 г. отмечался дефицит кардиологов, акушеров-гинекологов, пульмонологов, гастроэнтерологов и др. специалистов. На то, что подготовка врача общей практики (семейного врача) для региона экономически выгодна, так как в программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «врач общей практики (семейный врач)» предусмотрено изучение не только внутренних болезней, но и кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии и др. дисциплин» указывает Сазанова Г.Ю. с соавт.) [149].

В условиях дефицита ресурсов, низкой плотности детского населения, развития цифровизации здравоохранения, отсутствия специалистов для оказания специализированной ПМСП, 4х-этапная схема организации и развития

Балашовского МРЦ при оказании МП детскому населению, разработанная по результатам собственного исследования, позволит повысить доступность и качество ПМСП для детского населения, изменив маршрутизацию пациентов, уменьшить затраты семьи пациента детского возраста с хронической соматической патологией, снизить экономический ущерб региона, связанный с отрывом от производственной деятельности законных представителей детей при их направлении на консультацию в областной центр. Типичность рассматриваемого района организации регионального МРЦ и Саратовской области позволяет утверждать, что предложенная схема этапной организации и развития МРЦ является универсальной для остальных 9 МРЦ региона и для регионов Российской Федерации. Новая схема организации ПМСП детскому населению исследуемых районов Саратовской области после создания Балашовского МРЦ представлена на Рисунке 5.7.

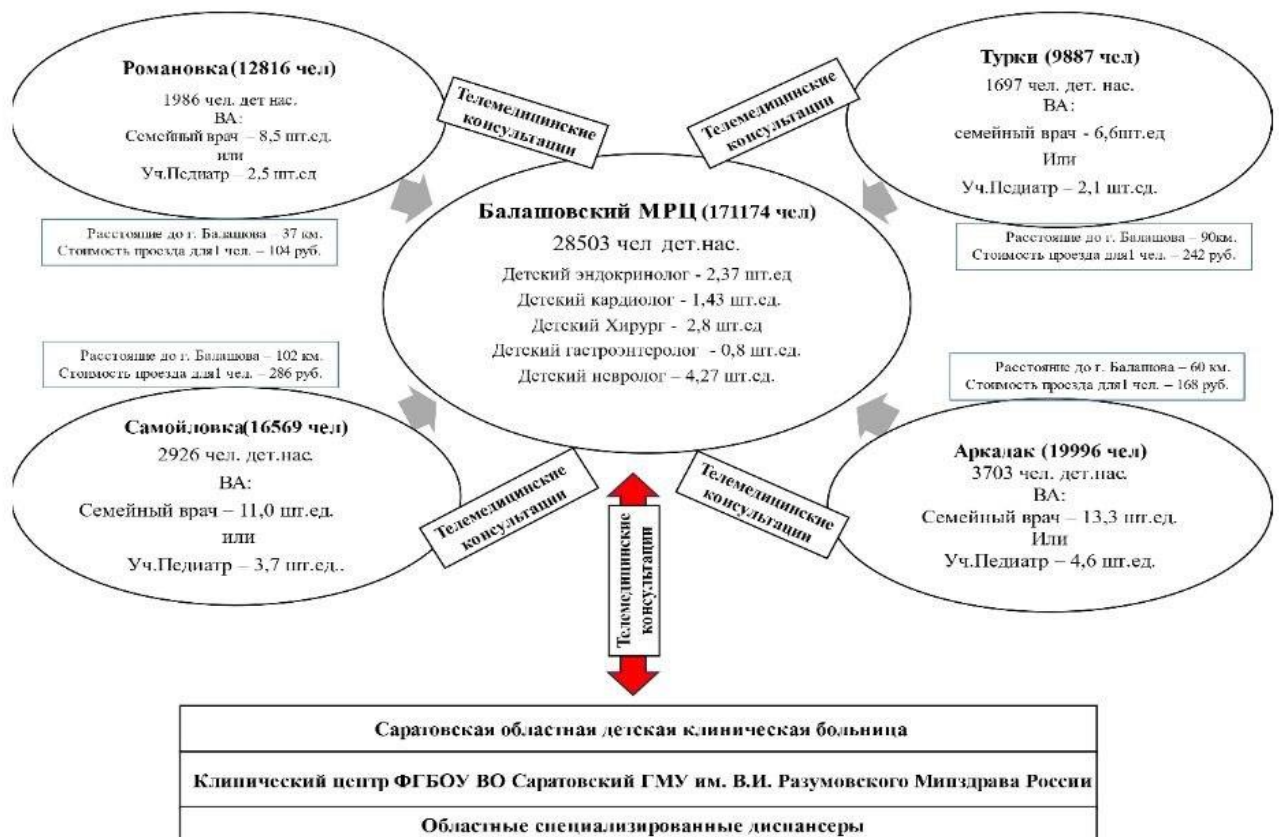


Рисунок 5.7 – Новая схема организации первичной медико-санитарной помощи детскому населению в исследуемых районах Саратовской области после создания Балашовского межрайонного центра

2022 год рассмотрен нами как **организационный эксперимент**, по итогам которого проведена оценка эффективности деятельности Балашовского МРЦ.

В ходе эксперимента проведена сравнительная оценка удовлетворенности законных представителей детей с хроническими заболеваниями структурными подразделениями Балашовского МРЦ, экономической и социальной эффективности оказания медицинской помощи, динамики количества жалоб и обращений граждан, числа телемедицинских и очных консультаций.

При создании межрайонного центра увеличилась доступность медицинской помощи населению: уменьшились затраты семьи для получения консультативной помощи на $38 \pm 2,6\%$ ($p < 0.05$), а также возросла доля консультаций с применением телемедицинских технологий. Так, в 2019 году телемедицинские технологии по системе «врач-врач» в Аркадакском, Романовском, Самойловском и Турковском районах не применялись, в Балашовской РБ было выполнено 0,8 конс. на 100 чел. прикрепленного детского населения. В 2022 году в Балашовском МРЦ было выполнено 2 конс. на 100 чел. прикрепленного детского населения. Создание МРЦ, увеличение штатной численности специалистов до 2,37 шт.ед. детского эндокринолога, 1,43 шт.ед. детского кардиолога и внедрение современных телемедицинских технологий в 2020 году позволило сократить число консультаций в областном центре на 26% (до 4,3 конс. на 100 чел. детского населения). Это способствовало сокращению экономического ущерба в исследуемых муниципальных районах на 22% - с 13,9 тыс. руб. до 10,8 тыс. руб. на 100 чел. детского населения, что составляет в абсолютном значении 31,5 млн. руб. в год. Динамика количества консультаций специалистов в ОДКБ и экономического ущерба до и после создания МРЦ представлена на Рисунке 5.8.

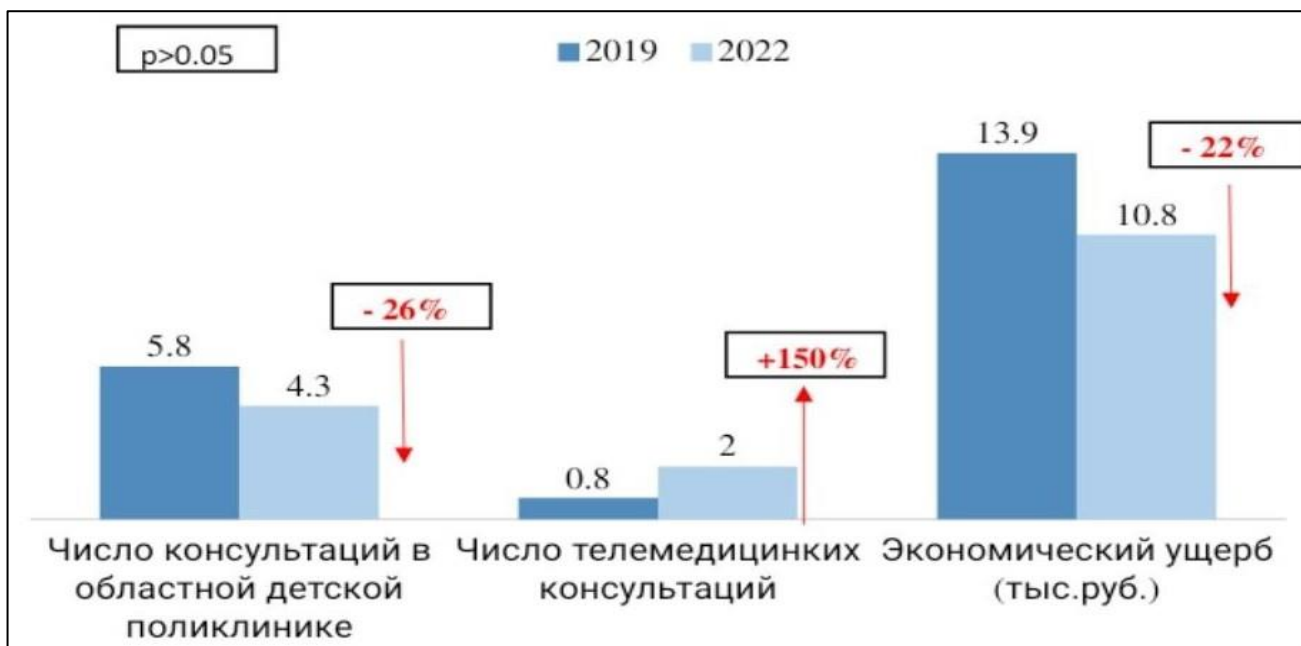


Рисунок 5.8 – Динамика количества консультаций специалистов в ОДКБ и экономического ущерба до и после создания МРЦ (в 2019 и 2022 гг., на 100 чел. детского населения)

По итогам 2022 года проведена динамическая оценка удовлетворенности структурными подразделениями МРЦ родственников детей с хроническими заболеваниями. Было проведено анкетирование 523 респондентов - законных представителей детей, имеющих хронические заболевания (Глава 2. С. 46-47).

При сравнительном анализе результатов отмечен статистически достоверный рост удовлетворенности респондентов работой МРЦ. Так, средний балл удовлетворенности поликлиникой по месту жительства увеличился с $4,1 \pm 0,68$ до $4,3 \pm 0,58$. Возросла доля лиц, оценивших работу медицинской организации на «отлично» и «хорошо»: если в 2019 году на «4» и «5» ее оценили 82% законных представителей детей, то в 2022 году - 94% выборочной совокупности. Средний балл удовлетворенности МП на дому составил $4,19 \pm 0,59$ в 2022 году против $4,07 \pm 0,65$ – в 2019г. Число лиц, на «4» и «5» оценивших условия оказания МП детям, составил 91% (2019 г. - 82%). Удовлетворённость стационарной МП возросла с $4,15 \pm 0,56$ в 2019 г. до $4,22 \pm 0,5$ в 2022 г: численность лиц, оценивших работу стационара на «4» и «5» составила 96% (2019 г. – 91%).

Также в различных медицинских организациях повторно респондентами оценивалось качество медицинской помощи. С оценкой «хорошо» оценили качество медицинской помощи в 2022 г. в поликлинике по месту жительства большинство респондентов – 59% (2019г. -54%), 35% респондентов оценили его как отличное (2019 г. – 31%) и как удовлетворительное – 6% (2019 г. - 15% ($p < 0,001$)). Средний балл удовлетворенности качеством медицинской помощи в поликлинике составил $4,29 \pm 0,57$ (2019 г. - $4,16 \pm 0,66$). Среди оценивающих качество медицинской помощи в стационаре 69% выбрали оценку «хорошо» (2019 г. – 67%), 28% - «отлично» (2019 г. – 26%). Средний балл удовлетворенности качеством медицинской помощи в стационаре в 2022 г. составил $4,25 \pm 0,5$, в 2019 г. - $4,19 \pm 0,54$. Данные представлены в Таблице 5.2.

Таблица 5.2 – Сравнительная оценка удовлетворенности законных представителей детей до и после создания МРЦ в зависимости от условий оказания медицинской помощи (в баллах)

Показатель удовлетворенности	Результаты анкетирования в 2019 году	Результаты анкетирования в 2022 году	Достоверность*
Удовлетворённость поликлиникой по месту жительства	$4,1 \pm 0,68$	$4,3 \pm 0,58$	$t = 4,71$ $p = 0,000003$
Удовлетворенность медицинской помощью на дому	$4,07 \pm 0,65$	$4,19 \pm 0,59$	$t = 3,33$ $p = 0,0009$
Удовлетворенность стационарной МП	$4,15 \pm 0,56$	$4,22 \pm 0,5$	$t = 2,47$ $p = 0,013$
Удовлетворенность качеством МП в поликлинике	$4,16 \pm 0,66$	$4,29 \pm 0,57$	$t = 4,61$ $p = 0,000005$
Удовлетворенность качеством МП в стационаре	$4,19 \pm 0,54$	$4,25 \pm 0,5$	$t = 2,12$ $p = 0,03$

*при t критическом – 1,972, $p = 0,05$, числе степеней свобод (f) – 1219

При анализе жалоб законных представителей отмечено снижение числа поступивших жалоб до и после создания МРЦ (с 2019 по 2022 год) на 7%.

Таким образом, организационный эксперимент подтвердил, что создание МРЦ уже на 2 этапе способствует увеличению доступности медицинской помощи

детскому населению сельских районов, снижению экономического ущерба при оказании консультаций, снижению финансового бремени на семью ребенка с хронической соматической патологией, снижению экономического ущерба для муниципальных районов области; повышению экономической и социальной эффективности медицинской помощи детскому населению.

Разработанные приоритетные направления совершенствования медицинской помощи пациентам детского возраста на региональном уровне, связаны с созданием и развитием МРЦ и включают 4 этапа его формирования:

- создание нормативной базы для организации межрайонного центра;
- сосредоточение врачей, оказывающих специализированную ПМСП, медицинского оборудования в межрайонном центре;
- развитие телемедицинских технологий между структурными подразделениями межрайонного центра;
- изменение маршрутизации пациентов с акцентом на оказание ПМСП детскому населению врачами общей практики (семейными врачами) или педиатрами (в переходный период).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Защита здоровья детей считается одной из приоритетных функций государства как социума, причем глобальной задачей здравоохранения выступает на первый план организация и достижение медицинского обслуживания населения, как наиболее доступного, при оптимальном уровне его здоровья. На актуальность проблемы влияния различных факторов на здоровье детского населения, а также многообразии и разнонаправленности научных исследований по верификации этих факторов указывают многие исследователи: отмечено, что 40% родившихся в России детей имеют различные расстройства здоровья; среди детей грудного возраста значительно возросла частота заболеваний, которые в дальнейшем определяют прогноз социальных ограничений. Результаты научных исследований показывают, что наиболее значимое ухудшение состояния здоровья детей происходит в школьном возрасте - от 7 до 17 лет (Богачёв А.И., с соавт. 2015г., Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. 2018г., Artiga S., 2018г., Еругина М.В., 2019г., Кром И.Л. 2020г.).

Полидетерминированность здоровья в современном мире свидетельствует о том, что значимый вклад в показатели смертности, инвалидности и заболеваемости детского населения вносят социальные риски. В современной России наблюдаются возрастающие масштабы пространственной социально-экономической дифференциации (Лебедева-Несевря Н.А., 2014 г.). Доступность медицинской помощи детям является одним из критериев социальной эффективности здравоохранения. Для современного российского общества характерна высокая степень дифференциации в доступности медицинской помощи детям, которая связана с социально-экономическими характеристиками семьи ребенка, региональными, территориальными и организационно-правовыми особенностями деятельности медицинских организаций. В РФ создана и функционирует нормативно-правовая база, обеспечивающая оказание качественной медицинской помощи детскому населению. В научных исследованиях различных авторов приводятся доводы о низкой доступности медицинской помощи детскому

населению, проживающему в отдаленных районах регионов. Для улучшения качества медицинской помощи детям, преодоления имеющихся проблем при ее оказании необходимо изучение проблем в сфере охраны здоровья детей и разработка предложений по дальнейшему совершенствованию ее организации.

Цель исследования - научное обоснование основных направлений совершенствования медицинской помощи пациентам детского возраста на региональном уровне.

Проведенное диссертационное исследование соответствует п. 10, 14,15,16 паспорта научной специальности 3.2.3. - общественное здоровье, организация, социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Объектом исследования было выбрано детское население Саратовской области с хронической соматической патологией, **предметом исследования** – организация медицинской помощи детям с хронической соматической патологией на региональном уровне. Исследование проводилось с 2016 по 2023 гг., в процессе которого были определены основные факторы ограничения доступности и качества медицинской помощи детям с хроническими соматическими заболеваниями, связанные с региональными и территориальными особенностями, которые детерминируют ограничение качества и доступности медицинской помощи; выявлены особенности состояния здоровья детского населения Саратовской области: хронические соматические заболевания детей составляют в структуре общей заболеваемости 74%, в то время как в РФ – 58%, определяя тенденции и особенности состояния общественного здоровья в регионе; верифицированы и ранжированы факторы, оказывающие влияние на удовлетворенность и доступность медицинской помощи детскому населению в отдаленных районах региона, по результатам социального опроса родителей детей с хроническими соматическими заболеваниями; разработаны, обоснованы и апробированы в условиях организационного эксперимента основные направления совершенствования медицинской помощи пациентам детского возраста, включающие создание и этапы развития детского межрайонного центра и связанное с этим изменение маршрутизации пациентов.

Использовались методы: аналитический, статистический, социологический, организационного эксперимента.

На первом этапе проводился критический обзор научных публикаций, нормативных документов по проблематике исследования, определены план и программа исследования. **Второй этап** включал проведение в динамике за 7 лет сравнительный анализ показателей здоровья детского населения Саратовской области: численность детского населения, смертность, заболеваемость и инвалидность. **На третьем этапе** экспертами проведена оценка качества оказания медицинской помощи детям, проведены социологические исследования, направленные на оценку доступности МП, отзывчивости системы здравоохранения и удовлетворенности представителей детей с хроническими соматическими заболеваниями работой медицинских организаций в системе ПМСП и СМП. **Четвертый этап** включал изучение факторов, которые влияют на эффективность оказания медицинской помощи детям. **Пятый этап** включал анализ итогов проведенных исследований, разработку рекомендаций по совершенствованию медицинской помощи пациентам детского возраста, внедрение полученных результатов в деятельность регионального здравоохранения.

Результаты исследования опубликованы в научной литературе.

Исследование проведено на базе 5 наиболее удаленных от областного центра муниципальных районов Саратовской области, территориально расположенных близко друг к другу. В 2022 году численность населения региона составила 2,4 млн. человек, из них 399,9 тыс. чел. детского населения, что составляет 16,6% в структуре населения области. В целях обеспечения повышения доступности медицинской помощи в регионе разработана маршрутизация детей с хроническими заболеваниями в зависимости от особенностей расположения и удаленности районов Саратовской области и наличия в районе МО различных уровней.

Основными базами исследования были выбраны районные больницы, расположенные в отдаленных районах региона, и областная детская больница.

Проведен анализ состояния здоровья детей за период 2016-2022гг: изучались показатели заболеваемости, смертности и первичного выхода на инвалидность детского населения.

Для оценки доступности медицинской помощи детям, проживающим в удаленных районах, отзывчивости системы здравоохранения и удовлетворенности законных представителей детей работой медицинских организаций, оказывающих ПМСП по поводу хронического соматического заболевания использовалась анкета, разработанная А.В. Решетниковым и адаптированная под цели настоящего исследования [Приложение 1 и Приложение 2] При повторной оценке удовлетворенности законных представителей детей системой ПМСП в 2023 г., использовалась анкета, разработанной А.В. Решетниковым и адаптированной под цели настоящего исследования (Приложение 1). **Для экспертной оценки качества оказания медицинской помощи** была разработана анкета, включающая 28 содержательных вопросов и демографический блок (Приложение №3). Значительное внимание в анкете было уделено оценке качества специализированной медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах (доступность, диагностика, консультирование, наличие лекарственных препаратов, бытовые условия для пациентов, лечение, эффективность (результативность) лечения, качество работы среднего и младшего медперсонала. В блоке демографических данных представлены сведения о респонденте и его квалификации.

Проведенный ретроспективный сравнительный анализ медико-демографических показателей позволил установить общие тенденции и особенности состояния здоровья детского населения Саратовской области: отмечается отрицательная динамика ряда основных демографических показателей - снижение рождаемости, рост смертности и естественной убыли населения. Структура причин первичной и общей заболеваемости, младенческой смертности и инвалидности у детей в Саратовской области соответствует аналогичной в Российской Федерации; в регионе, так же, как и в России в целом, отмечен рост показателей первичной и общей заболеваемости детей хроническими

соматическими заболеваниями и первичного выхода на инвалидность в постковидный период (2021-2022 годы). Доля хронических соматических заболеваний детей составляют в структуре общей заболеваемости 74% (в РФ – 58%), определяя тенденции и особенности состояния общественного здоровья в регионе. За период с 2016 по 2021 год отмечается превышение показателя младенческой смертности в сельской местности над аналогичным показателем среди городского населения. Саратовский регион является типичным регионом Российской Федерации.

Для оценки деятельности системы регионального здравоохранения проведено социологическое исследование в виде анкетирования (n=698) законных представителей детей с хронической соматической патологией (Глава 2. С. 41-42, Приложение 1. Глава 4. С. 57-72). Участники опроса оценивали доступность медицинской помощи, отзывчивость системы здравоохранения и удовлетворенность качеством медицинской помощи, оказываемой детям в МО амбулаторного и стационарного типа.

По мнению респондентов основными причинами, влияющими на **доступность** МП детям в амбулаторных медицинских организациях, являлись:

- высокая стоимость лекарственных препаратов при получении амбулаторной помощи (77%);
- недостаточное оснащение поликлиник по месту жительства и стационаров (54%);
- ограничение транспортной доступности медицинской помощи детям из отдаленных районов (50%);
- длительное ожидание приема специалистов (23%);
- отсутствие психологической поддержки ребенка и его семьи респондентов (9%).

Как «удовлетворительную» доступность медицинской помощи детскому населению оценили 49% респондентов, как хорошую – 36%, как неудовлетворительную – 3%. 12% респондентов не смогли ответить на вопрос.

«Отзывчивость» включает два компонента: уважение к людям и ориентацию на клиента. В свою очередь уважение к людям имеет три аспекта: достоинство,

конфиденциальность и автономию индивидов и семей при решении проблем, связанных с их собственным здоровьем. У ориентации на клиента четыре аспекта: оперативное внимание к потребностям здоровья, доступ к сетям социальной поддержки при лечении, качество основных удобств и выбор провайдера (организации и лечащего врача). Распределение отзывчивости характеризуется двумя параметрами: добротой и справедливостью. Доброта означает, что система здравоохранения в среднем хорошо реагирует на то, что люди ожидают от нее, в отношении ее аспектов, не связанных со здоровьем. Справедливость означает, что система здравоохранения одинаково хорошо реагирует на всех, без какой-либо дискриминации или различий в отношении к людям, особенно к бедным, женщинам, пожилым людям, жителям отдаленных от крупных городов мест. Таким образом, отзывчивость не связана с ожиданиями населения в отношении улучшения здоровья или удешевления лечения и является чисто социальной целью. В соответствии с этим структуре выделено восемь индикаторов (Глава 4, с. 66-70). Часть из них (уважительное отношение к ребёнку, ясность объяснений, достаточность выделяемого врачом времени для общения, объяснение результатов обследования, чистота помещений и т.д.) детерминированы кадрами медицинской организации. Респондентами была дана оценка отзывчивости систем здравоохранения региона. 77% респондентов высоко оценили доверие к лечащему врачу, 72% респондентов высоко оценили понятность объяснений лечащего врача и достаточность времени для общения с ним. У двух третей респондентов (67%) высокую оценку заслужило уважительное отношение сотрудников медицинской организации. Остальные респонденты выбрали среднюю оценку. Более половины ответивших (59%) оценили условия лечения, достаточность пространства, чистоту помещений высоко, а 40% - как средние. У 20% респондентов имеется сильное желание сменить медицинскую организацию, у 30% желание выражено средне, а 50% низко оценили такую перспективу [183].

Определена взаимосвязь индикаторов, характеризующих отзывчивость системы здравоохранения. Отсутствуют значимые корреляционные связи между возрастом лиц, представляющих интересы детей, получающих медицинскую

помощь в Саратовской области, и индикаторами отзывчивости региональной системы здравоохранения ($p>0,05$). Не установлены корреляционные связи индикаторов отзывчивости с полом и возрастом респондентов, уровнем их образования ($p>0,05$).

«Достаточное время общения с врачом, понимание респондентами объяснений результатов исследования, уважительное отношение работающих в медицинской организации влияет на индикатор доверия к лечащему врачу, а надлежащие условия лечения, чистота помещений усиливаются уважительным отношением сотрудников медицинской организации ($p<0,001$). Желание смены медицинской организации возрастает при снижении оценки индикаторов уважительного отношения сотрудников медицинской организации, понимания респондентом объяснений врача, достаточности времени общения с ним и доверия к лечащему врачу ($p<0,05$), $r = -0,342$; $-0,483$; $-0,407$ соответственно). Не обнаружены значимые корреляционные связи между близостью медицинской организации от места жительства с остальными индикаторами отзывчивости системы здравоохранения Саратовской области» [196]. Реализован факторный анализ (метод главных компонент), который позволил уточнить результаты корреляционного анализа и выделить два ортогональных фактора (положительное и отрицательное мнение респондентов) в структуре основных индикаторов, характеризующих отзывчивость системы здравоохранения.

Также респонденты оценивали удовлетворенность медицинской помощью, которая оказывается их ребенку в медицинских организациях региона. Удовлетворенность оценивалась по пятибалльной системе и составила от 4,07 до 4,19 баллов. Наиболее высоко респонденты оценили организацию медицинской помощи в стационарных условиях ($4,15\pm 0,56$), далее следует организация МП в поликлинике по месту жительства ($4,10\pm 0,68$) и ниже всего оценили оказание МП на дому - $4,07\pm 0,65$. Оценка КМП в стационаре выше чем в поликлинике $4,19\pm 0,54$ против $4,16\pm 0,66$ баллов.

Удовлетворенность представителей детей с хроническими соматическими заболеваниями организацией **специализированной медицинской помощи** в

стационарных условиях и в условиях дневного стационара, определялась на примере эндокринологического и гастроэнтерологического отделений СОДКБ, оказывающих плановую МП. Результаты социологического опроса свидетельствуют о высоком уровне удовлетворенности родственников больных детей качеством оказания медицинской помощи. Однако есть и некоторые различия. Так, при дневном пребывании выше уровень удовлетворенности количеством консультаций. Особенно это заметно в гастроэнтерологическом отделении (93,3% и 76,7% соответственно). В этом подразделении значительно выше оценивается и своевременность медицинской помощи (83,3% и 66,7% соответственно). В эндокринологическом отделении по этому показателю несколько выше оценивается круглосуточное пребывание (86,7% и 80% соответственно). Косвенным показателем удовлетворенности является готовность повторно пройти лечение в том же лечебном учреждении, в том же отделении, у того же лечащего врача. При высоких оценках обращает на себя внимание более низкая оценка деятельности заведующего гастроэнтерологическим отделением в качестве руководителя отделения в условиях дневного пребывания по сравнению с круглосуточным пребыванием: 93% и 100% соответственно

Была проведена оценка **качества оказания медицинской помощи** врачами эндокринологического и гастроэнтерологического отделений ГУЗ «СОДКБ» в 2018-2019 гг. (Глава 2. С. 42-43. Глава 4 С. 72-77). Среди факторов, способствующих повышению качества медицинской помощи в дневном и круглосуточном стационарах, первое ранговое место занимает необходимость улучшения бытовых условий для пациентов и их родственников, второе – повышение зарплаты врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, повышение квалификации, совершенствование нормативов и критериев оценки труда медицинского персонала, улучшение бытовых условий для медицинского персонала для обоих видов стационаров. Третье ранговое место занимают увеличение оплаты труда администрации, приобретение дополнительного медицинского оборудования и научная работа.

Для формирования основных направлений совершенствования медицинской

помощи пациентам детского возраста с хроническими соматическими заболеваниями проведен сравнительный анализ доступности медицинской помощи городскому и сельскому населению региона на основе анализа укомплектованности кадрами и педиатрическими койками.

В Саратовской области ПМСП детскому населению оказывается согласно приказу МЗ и СР РФ от 16.04.2012 N 366н. Численность штатных единиц врачей – педиатров участковых, участвующих в оказании ПМСП, определяется из расчета 1 шт. ед. на 800 чел. детского населения (1,25 шт.ед. врачей педиатров на 1000 чел.). В 2021 г. в 13% районов области, в т.ч. в областном центре, фиксируется обеспеченность участковыми педиатрами на 1000 населения в соответствии с нормативом. (5 районов). В остальных районах (34 района) региона он колебался от 0,14 шт.ед. до 1,1 шт.ед. на 1000 чел. детского населения. В исследуемых районах обеспеченность участковыми врачами педиатрами составила: в Балашовском - 0,6 шт.ед., в Романовском – 1,01 шт.ед., в Самойловском районе – 1,03 шт.ед., в Аркадакском – 0,54, в Турковском – 0,59 шт.ед. на 1000 детского населения.

В регионе плановая и экстренная стационарная помощь детям оказывается на 706 педиатрических койках, из которых 27% развернуты в областном центре. В крупных районных центрах (Балашов, Балаково, Энгельс) функционируют соответственно 9%, 5% и 4% педиатрических коек. Остальные 55% педиатрических коек рассредоточены в муниципальных районах региона, что составляет от 0,14% в Аткарском районе до 3,1% в Ершовском районе. Несмотря на наличие коечного фонда, в 17 из 38 районных больниц (44%) отсутствуют врачи педиатры для оказания стационарной медицинской помощи детям. Нами не выявлена корреляционная связь между численностью детского населения в районах области, числом госпитализаций в ОДКБ, числом фактически развернутых педиатрических коек и обеспеченностью врачами педиатрами для работы в стационаре в районных больницах ($p>0,05$): число педиатрических коек, укомплектованность педиатрами и географическая удаленность районных больниц от областного центра не влияют на частоту госпитализации в ОДКБ.

В номенклатуре должностей медицинских работников и фармацевтических работников из 125 специальностей только 13 детских, а среди оказывающих медицинскую помощь детям при соматических заболеваниях - 5 специальностей [116]. В районах области специализированная ПМСП детям в районах области оказывается только по двум специальностям – детской эндокринологии и детской кардиологии. Проведен сравнительный анализ должной и фактической обеспеченности этими специалистами районных больниц области.

На 01.01.2021 г. в медицинских организациях Саратовской области было утверждено 40,5 шт. ед. детских эндокринологов занято 31,75 шт.ед, укомплектованность составила 78%. Основная доля врачей приходится на областной центр: утверждено 19 шт.ед, занято 10 – 52%.

На 01.01.2021 г. штатные единицы детских врачей кардиологов предусмотрены только в 5 районных медицинских организациях, включая областной центр: утверждено 30,5 шт.ед., занято – 23,5 шт.ед., укомплектованность составила 77%. В основном, штатные единицы детских кардиологов утверждены в областном центре и крупных районных центрах. Так, в областном центре укомплектованность составила 70%, в Балаковском районе - 44%, Энгельском — 33%, в Балашовском – 0% (1 шт.ед. - не укомплектована).

С 2017 года регламентировано при оказании медицинской помощи телемедицинских технологий [128], направленный на получение заключений консилиумов, результатов консультаций при невозможности транспортировки пациентов и отсутствия специалистов в медицинских организациях. Данный приказ не влияет на штатную численность врачей. По данным статистической формы № 30 [138] в изучаемых районах Саратовской области за период с 2018 г. по 2019г. консультации с использованием телемедицинских технологий не применялись.

Особенность организации МП сельскому населению, в т.ч. детскому, заключается в ее этапности. В современной системе здравоохранения выделяют три уровня МО, связанные с этапностью оказания медицинской помощи для сельского населения. Специализированная ПМСП детскому населению при отсутствии

врачебных кадров в районных медицинских организациях оказывается в областном центре: в ОДКБ, Клиническом центре ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России и специализированных диспансерах.

По итогам консультаций в ОДКБ в 2019 году из 1650 детей с хронической соматической патологией, проживающих в исследуемых районах, госпитализировано - 429 пациентов (25%): 24% - пациенты с эндокринными заболеваниями, 23% - с патологией пищеварительной системы, 13% - с болезнями нервной системы, 6% - с болезнями органов кровообращения, 34% - с прочими заболеваниями. Проведена оценка затрат семьи на консультацию специалистами в областном центре детей с хронической патологией, проживающих в изучаемых районах региона. Затраты родителей детей с хронической соматической патологией, проживающих в вышеуказанных районах, на 1 консультацию специалиста г. Саратова с учетом двухдневной поездки в районный центр составляли от 6572 руб. до 7464 руб. В 2019 году на консультативный прием в областную детскую поликлинику направлено 1650 чел. (57,9 конс. на 1000 чел. детского населения). Экономический ущерб при осуществлении 57,9 конс. на 1000 населения в изучаемых районах составил 139,7 тыс. руб. на 1000 населения в год, что составляет в абсолютном выражении 43,2 млн. руб. в год.

Постановлениями Правительства Саратовской области в 2021 году утверждена региональная программа модернизации первичного звена здравоохранения Саратовской области, одной из задач которой является «организация оказания медицинской помощи с приближением к месту жительства, месту обучения или работы исходя из потребностей всех групп населения с учетом трехуровневой системы оказания медицинской помощи» и региональная программа «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» [106; 107]. Для реализации этой и других задач на базе многопрофильных районных больниц области организуются девять межрайонных центров с определением зон закрепления. Постановлениями Правительства Саратовской области обосновано прикрепление детского населения муниципальных районов (Аркадакского Романовского,

Самойловского, Турковского) к Балашовскому МРЦ, который функционирует с 2021 г., численность детского населения увеличилась до 29 тыс. (1 этап).

По результатам проведенного исследования обоснованы дальнейшие этапы развития Балашовского МРЦ:

2 этап. Перераспределение штатных единиц специалистов из районных больниц прикрепленных районов в МРЦ. Изменение маршрутизации оказания ПМСП населению Балашовского МРЦ. Внедрение телемедицинских технологий в работу структурных единиц МРЦ.

3 этап. Реорганизация районных больниц прикрепленных районов во врачебные амбулатории с дневными стационарами.

4 этап. Переход к оказанию ПМСП прикрепленному населению врачами общей практики (семейными врачами).

При присоединении изучаемых муниципальных районов к Балашовской районной больнице численность прикреплённого детского населения к МРЦ составила 28503 чел. Это предопределило перераспределение штатных единиц специалистов и медицинского оборудования из районных больниц в МРЦ. Так, для оказания специализированной ПМСП прикрепленному детскому населению необходимо 2,37 шт. ед. детского эндокринолога и 1,43 шт.ед. детского кардиолога. По другим направлениям специализированная ПМСП в МРЦ оказывается детскому населению врачами общей сети. Штатные единицы врачей специалистов были рассчитаны в соответствии с приказами МЗ РФ. Так, 1 шт.ед. гастроэнтеролога рассчитывается на 35000 прикрепленного детского населения, 1,5 шт.ед. врача-невролога - на 10000 чел., 1,0 шт. ед. детского хирурга – на 10000 прикрепленного детского населения [109; 110; 111; 112; 113; 114]. В соответствии с перераспределением кадровых и материальных ресурсов обосновано изменение маршрутизации пациентов: специализированная ПМСП оказывается детскому населению в МРЦ. При невозможности получения очной консультации используются телемедицинские технологии по системе «врач-врач» между врачами РБ и МРЦ, а также между специалистами МРЦ и ОДКБ.

В связи с перераспределением штатных единиц и материальных ресурсов обоснована целесообразность перепрофилирования районных больниц во врачебные амбулатории с дневными стационарами [118; 131]: сохраняется участковый принцип оказания ПМСП, МП детям оказывается врачами педиатрами, формируются врачебные амбулатории с дневными стационарами, экономически более выгодные по сравнению со стационарами.

В условиях дефицита врачей первичного звена сельского здравоохранения организационно и экономически обосновано оказание ПМСП во врачебных амбулаториях с дневными стационарами семейными врачами (ВОП).

Таким образом, представленная 4х-этапная схема организации и развития МРЦ оказания МП детскому населению является универсальной.

2022 год рассмотрен нами как **организационный эксперимент**, по итогам которого проведена оценка эффективности деятельности Балашовского МРЦ.

В ходе эксперимента проведена сравнительная оценка удовлетворенности законных представителей детей с хроническими заболеваниями медицинскими организациями Балашовского МРЦ, экономической и социальной эффективности медицинской помощи, динамики жалоб и обращений граждан, телемедицинских консультаций и очных консультаций.

При создании межрайонного центра увеличилась доступность медицинской помощи населению: уменьшились затраты для получения консультативной помощи на $38 \pm 2,6\%$ ($p < 0.05$), а также возросла доля консультаций с применением телемедицинских технологий.

Создание МРЦ, увеличение штатной численности специалистов до 2,37 шт.ед. детского эндокринолога, 1,43 шт.ед. детского кардиолога и внедрение современных телемедицинских технологий в 2020 году позволило сократить число консультаций в областном центре на 26% (до 4,3 конс. на 100 чел. детского населения). Это способствовало сокращению экономического ущерба исследуемых муниципальных районов на 22% - с 13,9 тыс. руб. до 10,8 тыс. руб. на 100 чел. детского населения, что составляет в абсолютном значении 31,5 млн. руб.

в год. Затраты семьи в связи с очными консультациями для ребенка в МРЦ уменьшились на 66%.

По итогам 2022 года проведена динамическая оценка удовлетворенности медицинскими организациями МРЦ родственников детей с хроническими заболеваниями. При сравнительном анализе результатов отмечен статистически достоверный рост удовлетворенности респондентов работой медицинских организаций. Так, средний балл удовлетворенности поликлиникой по месту жительства увеличился с $4,1 \pm 0,68$ до $4,3 \pm 0,58$. Возросла доля лиц, оценивших работу медицинской организации на «отлично» и «хорошо»: если в 2019 году на «4» и «5» ее оценили 82% законных представителей детей, то в 2022 году - 94% выборочной совокупности. Средний балл удовлетворенности МП на дому составил $4,19 \pm 0,59$ в 2022 году против $4,07 \pm 0,65$ – в 2019г. Число лиц, на «4» и «5» оценивших условия оказания МП детям, составил 91% (2019 г. - 82%). Удовлетворённость стационарной МП возросла с $4,15 \pm 0,56$ в 2019 г. до $4,22 \pm 0,5$ в 2022 г: численность лиц, оценивших работу стационара на «4» и «5» составила 96% (2019 г. – 91%).

Также повторно респондентами оценивалось качество МП в различных МО, которое на «хорошо» оценили в 2022 г. в поликлинике по месту жительства большинство респондентов – 59% (2019г. -54%), 35% респондентов оценили его как отличное (2019 г. – 31%) и как удовлетворительное – 6% (2019 г. - 15% ($p < 0,001$)). Средний балл удовлетворенности качеством медицинской помощи в поликлинике составил $4,29 \pm 0,57$ (2019 г. - $4,16 \pm 0,66$). Среди оценивающих качество медицинской помощи в стационаре 69% выбрали оценку «хорошо» (2019 г. – 67%), 28% - «отлично» (2019 г. – 26%). Средний балл удовлетворенности качеством медицинской помощи в стационаре в 2022 г. составил $4,25 \pm 0,5$, в 2019 г. - $4,19 \pm 0,54$.

При анализе жалоб законных представителей отмечено снижение числа поступивших жалоб с 2019 по 2022 на 7%.

Таким образом, организационный эксперимент подтвердил, что создание МРЦ уже на 2 этапе способствует увеличению доступности медицинской помощи

детскому населению сельских районов, снижению экономического ущерба при оказании консультаций, снижению финансового бремени на семью ребенка с хронической соматической патологией, снижению экономического ущерба для муниципальных районов области; повышению экономической и социальной эффективности медицинской помощи детскому населению.

Разработанные приоритетные направления совершенствования медицинской помощи пациентам детского возраста на региональном уровне, связаны с созданием и развитием МРЦ и включают 4 этапа его формирования:

- создание нормативной базы для организации межрайонного центра;
- сосредоточение врачей, оказывающих специализированную ПМСП, медицинского оборудования в межрайонном центре;
- развитие телемедицинских технологий между структурными подразделениями межрайонного центра;
- изменение маршрутизации пациентов с акцентом на оказание ПМСП детскому населению врачами общей практики (семейными врачами) или педиатрами (в переходный период).

Разработанные научно обоснованные направления совершенствования организации педиатрической помощи на региональном этапе нашли отражение в региональных нормативных документах и внедрены в деятельность регионального здравоохранения: [106, 107],

Разработанные научно обоснованные направления могут быть использованы органами управления других регионов для совершенствования организации педиатрической помощи.

ВЫВОДЫ

1. При наличии достаточного нормативного обеспечения медицинской помощи детям с хронической соматической патологией исследователи особо отмечают проблему доступности медицинской помощи детскому населению, проживающему в отдаленных районах регионов России, и выделяют факторы, детерминирующие ограничение доступности и качества медицинской помощи, основными из которых является территориальная отдаленность медицинских организаций, низкая материально-техническая и кадровая обеспеченность поликлиник и стационаров системы ПМСП.

2. Сравнительный анализ показателей здоровья детей в Саратовской области и Российской Федерации за период 2016 – 2022гг. показал, что в Саратовской области доля хронических соматических заболеваний в структуре общей детской заболеваемости более чем на 20% превышает аналогичный показатель по РФ. В регионе наблюдаются общероссийские закономерности демографических показателей: отмечается отрицательная динамика ряда основных демографических показателей - снижение рождаемости на 36%, рост смертности на 6% и естественной убыли населения на 150%. Отмечен рост показателей первичной, общей заболеваемости детей хроническими соматическими заболеваниями и первичного выхода на инвалидность в постковидный период (2021-2022 годы) на 9%, 7% и 8% соответственно.

3. Основными факторами, обуславливающими ограничение доступности и качества медицинской помощи детям, проживающим в отдаленных районах региона, по итогам анкетирования являются: высокая стоимость лекарственных препаратов при получении амбулаторной помощи (77% ответов), недостаточное материально-техническое обеспечение амбулаторных и стационарных медицинских организаций по месту жительства (54%), ограничение транспортной доступности медицинской помощи (50% ответов), длительное ожидание приема специалистов (23%).

4. Основными направлениями совершенствования медицинской помощи пациентам детского возраста с хронической соматической патологией в региональном здравоохранении являются создание и этапность развития детского межрайонного центра, включающие создание нормативной базы; сосредоточение врачей, оказывающих специализированную ПМСП детям, медицинского оборудования в межрайонном центре; развитие телемедицинских технологий между структурными подразделениями детского межрайонного центра; изменение маршрутизации пациентов с акцентом на оказание ПМСП детскому населению врачами общей практики (семейными врачами) или педиатрами. Это способствует увеличению доступности медицинской помощи детскому населению отдаленных районов региона, снижению экономического ущерба при оказании консультаций, снижению финансового бремени на семью и росту экономической и социальной эффективности медицинской помощи детскому населению.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Руководителям органов управления здравоохранения регионов:

1.1 С учетом региональных особенностей использовать разработанную и апробированную в регионе 4-этапную схему создания и развития межрайонного центра.

2. Руководителям межрайонных медицинских центров:

2.1 С целью повышения эффективности работы межрайонного центра, увеличения доступности медицинской помощи детскому населению сельских районов, отзывчивости системы здравоохранения, удовлетворенности родителей детей с хронической соматической патологией организацией медицинской помощи осуществлять оценку социальной и экономической эффективности медицинской помощи детям с хроническими соматическими заболеваниями.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ДМС – добровольное медицинское страхование

ЗОЖ – здоровый образ жизни

МЗ и СР – министерство здравоохранения и социального развития

МЗ – министерство здравоохранения

МО – медицинская организация

МП – медицинская помощь

МРЦ – межрайонный центр

МСП – медико-социальная помощь

ОМС – обязательное медицинское страхование

ОМСП – отделение медико-социальной помощи

ООН – Организация Объединенных Наций

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

ПФО – Приволжский Федеральный округ

РБ – районная больница

РФ – Российская Федерация

СО – Саратовская область

СОДКБ – Саратовская областная детская клиническая больница

УБ – участковая больница

ФЗ – Федеральный закон

ФАП – фельдшерско–акушерский пункт

ЦРБ – центральная районная больница

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агарков, В.И. Организация медицинской помощи детям - ведущий фактор охраны их здоровья / В.И.Агарков, Т.М.Доценко, Н.В.Бугашева // Медицина: теория и практика. - 2019. - Т. 4, № 5. - С. 34.
2. Абдуллаева, Н.Ш. Состояние здоровья, качество жизни детей раннего и дошкольного возраста (на примере г. Душанбе): дис....докт. мед.наук. - Душанбе, 2024.– 384 с. Режим доступа: <https://www.tajmedun.tj/upload/iblock/483/Dissertatsiya-ANSH.-12.09.24-na-pechat-tipografiya-okonchatelnyu.pdf>
3. Балахонова, Е.Г. Методические подходы к оптимизации лекарственного обеспечения жителей сельских населенных пунктов: автореф. дис. ... канд. фармац. наук. - Пермь, 2012. - 24 с.
4. Баранов, А.А. Многоуровневая система оказания медицинской помощи детскому населению / А.А.Баранов, В.Ю.Альбицкий, Р.Н.Терлецкая, Д.И.Зелинская // Вопросы современной педиатрии. - 2014. - Т. 13, № 2. - С. 5-10.
5. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления/ А.А.Баранов В.Ю.Альбицкий // Казанский медицинский журнал. - 2018. - №99 (4). - С. 698-705.
6. Баранов, А.А. Состояние и проблемы здоровья подростков России / А.А.Баранов, Л.С.Намазова-Баранова, В.Ю.Альбицкий, Р.Н.Терлецкая, Е.В.Антонова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2014. - Т.22. - № 6. - С. 10-14.
7. Бережной, В.Г. Результаты применения инновационных подходов в организации профилактической работы с населением сельской местности / В.Г.Бережной, М.Б.Булацева // Journal of Siberian Medical Sciences. - 2015. - № 2. - С. 45.
8. Богачёв, А.И. Обеспеченность услугами здравоохранения сельских жителей центральной России / А.И.Богачёв, М.Г.Полухина, Н.С.Студенникова // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. - 2016. - № 7 (340). - С. 166-177.

9. Богачёв, А.И. Оценка заболеваемости сельского населения и обеспеченности села объектами здравоохранения на федеральном, региональном и местном уровнях / А.И.Богачёв, М.Г.Полухина, Р.М.Логвинова // Вестник сельского развития и социальной политики. - 2015. - Т. 6. - № 2 (6). - С. 12-17.
10. Богдан, И.В. Оказание медицинской помощи детям в организациях департамента здравоохранения города Москвы / И.В.Богдан, М. В. Гурылина, Д. П. Чистякова, И. П. Витковская. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы". - 2019. - 16 с.
11. Бударин, Г.Ю. Обеспечение прав пациентов сельской местности на качественную медицинскую помощь / Г.Ю.Бударин, М.Н.Подольская, Г.А.Хуако // Социальное и пенсионное право. - 2013. - № 2. - С. 35-40.
12. Быченко, Ю.Г. Система сельского здравоохранения как фактор развития демографических ресурсов сельского сообщества / Ю.Г.Быченко, Е.М.Долгова, В.Л.Шабанов // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. - 2013. - № 2 (46). - С. 122-126.
13. Васкес Абанто, Х.Э. Вопросы оценки качества медицинской помощи и отзывчивости системы здравоохранения / Х.Э.Васкес Абанто, А.Э.Васкес Абанто, С.Арельяно Васкес // Управление качеством медицинской помощи. - 2016. - № 1-2. - С. 72-79.
14. Власов, С.Д. Сельское здравоохранение на рубеже XX - XXI веков / С.Д.Власов // Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. - 2013. - № 1 (45). - С. 117-120.
15. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Здоровье детей и окружающая среда. Разработка планов действий [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/childrens-health-and-environment.-developing-action-plans>.

- 16.** Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/bioethics_and_hr.shtml.
- 17.** Всеобщая декларация прав человека (принята Генеральной Ассамблеей ООН 10.12.1948) [Электронный ресурс] – Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_120805/?ysclid=llhq17ijxc546283142.
- 18.** Вялых, Н.А. Стратегии потребления медицинской помощи: социологический анализ: Монография / Н.А.Вялых. - Ростов-на-Дону: Издательство Южного федерального университета. 2015. - 288 с.
- 19.** Гайдук, И.М. Организация медико-социальной помощи подросткам в современных условиях / И.М.Гайдук, С.В.Баирова, Т.В.Полищук, и др. // Медицина и организация здравоохранения. - 2021. - Т. 6, № 3. - С. 84-95.
- 20.** Гильманов, А.А. Причины и факторы, определяющие необходимость изменений в сельском здравоохранении / А.А.Гильманов // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2016. - № 3. - С. 29-39.
- 21.** Гоголева, Е.А. Доступность медицинской помощи детям-инвалидам как предмет социологического анализа [Электронный ресурс] / Е.А.Гоголева // Современные исследования социальных проблем. - 2015. - №5(49). - С. 88-101. - Режим доступа: <http://www.sisp.nkras.ru>.
- 22.** Головки, О.В. Совершенствование организации медицинской помощи детскому населению при травмах дис. ... кандмед.наук: 3.2.3. / Головки Ольга Валентиновна. - Оренбург, 2024, - 205 с.
- 23.** Григорьева, Е.А. Некоторые результаты социологического анализа отзывчивости системы здравоохранения / Е.А.Григорьева, М.Г.Еремина, Е.М. Долгова // Главврач. - 2019. - № 11. - С. 22-26.
- 24.** Григорьева, Е.А. Удовлетворённость потребителей медицинских услуг качеством и доступностью медицинской помощи в региональном здравоохранении: проспективное когортное лонгитюдное динамическое

исследование / Е.А.Григорьева, М.Г.Еремина, И.Л.Кром, и др. // Социология медицины. - 2022. - Т. 21, № 2. - С. 193-201.

25. Гусева, Н.К. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению / Н.К.Гусева, М.В.Доютова, В.А.Соколов, И.А.Соколова // Медицинский альманах. - 2015. - № 3(38). - С. 11-15.

26. Давыдова, Н.М. Депривационный подход в оценках бедности / Н.М.Давыдова // Социальные исследования. - 2003. - № 6. - С. 34-38.

27. Долгова, Е.М. Тенденции заболеваемости отдельными социально значимыми болезнями взрослого и детского населения Саратовской области / Е.М.Долгова, А.Д.Пономарев, Н.Н.Шигаев, и др. // Национальное здравоохранение. - 2023. - Т. 4, № 3. - С. 27-32.

28. Дударева, В. А. Совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне с учетом факторной обусловленности здоровья: дисс.... канд.мед.наук: 14.01.00/Дударева Виктория Андреевна. – Чита, 2021. – 210 с.

29. Еремина, М.Г. Анализ интеграционных процессов при оказании медицинской помощи в сельском здравоохранении региона (на материале Саратовской области) / М.Г.Еремина, И.Л.Кром, М.В.Еругина, В.Г.Субботина // Национальное здравоохранение. - 2022. - Т. 3, № 4. - С. 14-18.

30. Еремина, М.Г. Медико-социологическое исследование сельского здравоохранения в современных социально-экономических условиях (по материалам Саратовской области): автореф. дисс.... д.мед.наук: 14.02.05 / Еремина Мария Геннадьевна. – М., 2022. – 48 с.

31. Еремина, М.Г. Медико-социологическое исследование сельского здравоохранения в современных социально-экономических условиях (по материалам Саратовской области): дис. ... д-ра.мед.наук: 14.02.05 / Еремина Мария Геннадьевна. – 2022. – 443 с.

32. Еремина, М.Г. Социальные риски здоровью детского населения в России: региональный контекст (обзор) / М.Г.Еремина, Н.Н.Шигаев, И.Л.Кром. и др. // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2021. - Т. 17, № 1. - С. 67-70.

- 33.** Ермолаева, О.В. Некоторые аспекты обеспечения доступности медицинской помощи сельскому населению / О.В.Ермолаева, И.Л.Кром, М.В.Еругина // Наука, образование и инновации: сборник статей Международной научно-практической конференции, Саратов, 13 мая 2016 года. Том Часть 4. – Саратов: Общество с ограниченной ответственностью "ОМЕГА САЙНС". - 2016. - С. 79-82.
- 34.** Ермолаева, О.В. Некоторые характеристики сельского здравоохранения в современной России / О.В.Ермолаева, И.Л.Кром, М.В. Еругина, // Влияние науки на инновационное развитие: сб. статей Междунар. науч.-практ. конф. - 2016. - С. 137-140.
- 35.** Ермолаева, О.В. Современные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению / О.В.Ермолаева, М.В.Еругина, И.Л.Кром, и др. // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 5. - С. 76.
- 36.** Еругина, М.В. Анализ направлений преодоления кризиса регионального здравоохранения (по результатам фокус-группового исследования) / М.Г.Еремина, И.Л.Кром, М.В.Еругина, В.Г.Субботина, и др. // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2020. - Т. 16, № 4. - С. 963-967.
- 37.** Еругина, М.В. Доступность медицинской помощи как облигатный социальный предиктор здоровья населения в России / М.В.Еругина, И.Л.Кром, А.Б.Шмеркевич, и др. // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2016. - Т. 12, № 2. - С. 101-105.
- 38.** Еругина, М.В. Институционализация здравоохранения в России: современные тенденции / М. В. Еругина, И. Л. Кром // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – Т. 24, № 3. – С. 137-140. – DOI 10.1016/0869-866X-2016-24-3-137-140.
- 39.** Еругина, М.В. Качество медицинской помощи - современные аспекты / М.В.Еругина, И.Л.Кром, Г.Н.Бочкарева, и др. // Главврач. - 2019. - № 8. - С. 40-44.
- 40.** Еругина, М.В. Научное обоснование концепции оптимизации качества медицинской помощи при взаимодействии участников медико-организационного процесса: дис. ... д-ра. мед. наук: 14.02.03 / Еругина Марина Василидовна. - Рязань, 2009. - 255 с.

- 41.** Еругина, М.В. Основные направления оптимизации процесса организации медицинской помощи населению / М.В.Еругина // Проблемы управления здравоохранением. - 2008. - № 5. - С. 57-60.
- 42.** Еругина, М.В. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения системы здравоохранения / М.В.Еругина, Е.М.Долгова // Заместитель главного врача. - 2012. - № 9(76). - С. 12-18.
- 43.** Еругина, М.В. Тенденции демографических показателей населения Российской Федерации / М.В.Еругина, И.Л.Кром, Г.Ю.Сазанова, и др. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2023. - № 1. - С. 79-88.
- 44.** Жангазиева, Н.Ж. Организация качества медицинской помощи детям в условиях поликлиники / Н.Ж.Жангазиева, Е.С.Утеулиев, А.С.Нурбаев // Вестник Казахского национального медицинского университета. - 2019. - № 1. - С. 553-555.
- 45.** Жданова, Л.А. Медико-социальные проблемы здоровья подростков и возможности его оптимизации в условиях детской поликлиники / Л.А.Жданова, И.Е.Бобошко, Т.А.Севастьянова // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2020. - Т. 25, № 1. - С. 5-8.
- 46.** Жданова, Л.А. Организация профилактической работы детской поликлиники: анализ нормативной базы, проблемы, пути решения / Л.А.Жданова, И.Е.Бобошко, А.В.Шишова, А.В.Ким // Медицина и организация здравоохранения. - 2022. - Т. 7, № 3. - С. 28-35.
- 47.** Жужлова, Н.Ю. Социально-экономические проблемы доступности медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией / Н.Ю.Жужлова, М.В.Еругина, Г.Ю.Сазанова, И.Л.Кром // Здравоохранение Российской Федерации. - 2016. - Т. 60, № 6. - С. 284-287.
- 48.** Жужлова, Н.Ю. Тенденции организации медицинской помощи в контексте социальной детерминированности хронических неинфекционных заболеваний / Н.Ю.Жужлова, И.Л.Кром, Г.Ю.Сазанова, О.П.Раздевилова // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 5. - С. 229.

- 49.** Жуйкова, П.В. Анализ удовлетворенности родителей качеством медицинской помощи детям в поликлинике / П.В.Жуйкова, А.И.Зямилова, Н.М.Попова // Международный студенческий научный вестник. - 2016. - № 2. - С. 42.
- 50.** Здравоохранение в России. 2023: Стат.сб./Росстат. - М., 3-46 2016-2023. Режим доступа: URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2016-2021.pdf>
- 51.** Иванов, Д.О. Современные проблемы организации медицинской помощи детям на муниципальном уровне (на примере городского округа Балашиха) / Д.О.Иванов, В.И.Орел, М.С.Антипов // Медицина и организация здравоохранения. - 2022. - Т. 7, № 1. - С. 4-14.
- 52.** Иванова, О.Н. Постковидный синдром у детей / О.Н.Иванова // Международный научно-исследовательский журнал. - 2021. - № 9-2(111). - С. 35-39.
- 53.** Кабанова, О. Социальные риски современного детства // Интернет-издание «Просвещение». [Электронный ресурс] - 2013. Режим доступа: URL:<http://press.prosv.ru/2013/05/karabanova-riski/>.
- 54.** Калачикова, О.Н., Груздева, М.А. Социокультурные характеристики сельского населения / О.Н.Калачикова, М.А.Груздева // Социальное пространство. - 2016. - № 4 (6). - С. 1.
- 55.** Калининская, А.А. Модернизация здравоохранения на селе / А.А.Калининская, В.М.Воробьев, Т.В.Чижикова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. - 2012. - № 1. - С. 19-22.
- 56.** Калининская, А.А. Оценка медико-демографической ситуации, медико-социальных факторов и организации медицинской помощи сельскому населению (по результатам социологического опроса) / А.А.Калининская, А.К.Дзугаев, Воробьев, В.М. // Социальные аспекты здоровья населения. - 2011. - Т. 22. - № 6. - С. 5.
- 57.** Калининская, А.А. Проблемы и пути реформирования здравоохранения села / А.А.Калининская, Л.М.Маликова // Социальные аспекты здоровья населения. - 2015. - Т. 44. - № 4. - С. 3.

- 58.** Кислицына, О.А. Факторы здоровья детей младшего и среднего школьного возраста / О.А.Кислицына // Социальные аспекты здоровья населения. - 2009. - Т. 9. - № 1. – С. 5.
- 59.** Коблова, А.А. Социальные риски психического здоровья: медико-социологическая интерпретация / А.А.Коблова, И.Л.Кром, Н.Ю.Новичкова // Современные проблемы науки и образования. - 2012. - №6. - С.728.
- 60.** Ковалев, Е.П. Медико-социологические предикторы трансформации кадрового ресурса регионального здравоохранения и направления его совершенствования (по материалам Саратовской области): дис. ... канд.мед.наук: 14.02.05 / Ковалев Евгений Петрович. - Саратов, 2022. - 230 с.
- 61.** Ковалев, Е.П. Междисциплинарная интерпретация феномена социального самочувствия / Е.П.Ковалев, И.Л.Кром, М.В. Еругина // Влияние науки на инновационное развитие: сб. статей Междунар. науч.-практ. конф. - 2016. - С. 145-148.
- 62.** Ковалев, Е.П. Некоторые тенденции институализации здравоохранения в России / Е.П.Ковалев, И.Л.Кром, М.В.Еругина // Инструменты и механизмы современного инновационного развития: сб. статей Междунар. науч.-практ. конф. - 2016. - С. 197-200.
- 63.** Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989) (вступила в силу для СССР 15.09.1990) [Электронный ресурс]. Режим доступа:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_9959/?ysclid=llhogwd49f692832001
- 64.** Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) [Электронный ресурс]. Режим доступа:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/?ysclid=llhp5vs44s362437728.

- 65.** Коршевер, Н.Г. Сравнительный анализ медицинского обслуживания сельского и городского населения / Н.Г.Коршевер, А.П. Гречишников // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2010. - Т. 6. - № 1. - С. 053-055.
- 66.** Кром И.Л. Доступность медицинской помощи в контексте социальных предикторов здоровья детского населения /И.Л. Кром, М. В. Еругина, Н. Н. Шигаев [и др.] // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19, № 7. – С. 84-88. – EDN XXYDGZ.
- 67.** Кром, И.Л. Влияние финансовых деприваций на качество жизни врачей в российской провинции / И.Л.Кром, М.В.Еругина, М.Г.Еремина, и др. // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: сборник материалов, Саратов, 25–26 октября 2018 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского. - 2018. - С. 132-134.
- 68.** Кром, И.Л. Детерминанты общественного здоровья в социальном контексте / И.Л.Кром, М.В.Еругина, М.М.Орлова, Е.М.Долгова, М.Д.Черняк, Г.Н.Бочкарева, // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2017. - Т. 13, № 2. - С. 292-295.
- 69.** Кром, И.Л. Интегративные исследования качества жизни в медицине / И.Л.Кром, М.В.Еругина, А.Б.Шмеркевич, Д.Д.Балакина // Психосоматические и интегративные исследования. - 2017. - Т. 3, № 2. - С. 205.
- 70.** Кром, И.Л. Интегративный анализ исследований институциональной организации здравоохранения / И.Л.Кром, М.В.Еругина, А.Б.Шмеркевич, Д.Д.Балакина, А.Д.Печникова // Успехи современной науки и образования. - 2016. - Т. 5. - №12. - С. 144-148.
- 71.** Кром, И.Л. Медико-социологический анализ качества жизни врачей сельского здравоохранения / И.Л.Кром, М.В.Еругина, М.Г.Еремина, и др. // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2022. - Т. 18, № 2. - С. 256-260.
- 72.** Курышкин, А.В. Анализ медико-демографической ситуации как механизм планирования стратегии совершенствования организации медицинской помощи сельскому населению Тульской области / А.В.Курышкин, Э.М. Османов // Вестник

Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. - 2010. - Т. 15. - № 2. - С. 665-668.

73. Лакунин, К.Ю. К вопросу о термине «сельское здравоохранение» / К.Ю.Лакунин, В.Б.Филатов // Пробл. соц. гиг., здравоохранения и истории медицины. - 2002. - №5. - С. 44-45.

74. Лебедева-Несевря, Н.А. Социальные факторы риска здоровью как объект управления / Н.А.Лебедева-Несевря // Вестник Пермского университета. Серия: Биология. – 2010. – № 3. – С. 36-41.

75. Лебедева-Несевря, Н.А. Теория, методология и практика анализа социально детерминированных рисков здоровью населения: автореф. дис. ... д-ра социол. наук: 14.02.05 / Лебедева-Несевря Наталья Александровна. - Волгоград, 2014. - 46 с.

76. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. / Ю.П.Лисицын, Г.Э.Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544 с.

77. Мазанкова, Л.Н. COVID-19 и коморбидная патология у детей / Л.Н.Мазанкова, Э.Р.Самитова, И.М.Османов [и др.] // Вопросы практической педиатрии. - 2022. - Т. 17, № 1. - С. 16-23

78. Матвеева, Е.С. Влияние отдельных медико-социальных факторов на удовлетворенность медицинской помощью, оказываемой детскому населению / Е.С.Матвеева, Е.Ю.Ванин, И.Н.Добровецкий // Евразийский союз ученых. - 2016. - № 2-2(23). - С. 74-76.

79. Медведева, О.В. Территориальная доступность медицинской помощи в зоне ответственности межрайонных центров Рязанской области / О.В.Медведева, Т.В.Большова, И.Н.Большов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2019. - № 4. - С. 235-243.

80. Медик, В.А. Пути совершенствования организационно-методической деятельности в медицинских организациях на современном этапе реформирования здравоохранения / В.А.Медик // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. - 2021. - Т. 7, № 4(26). - С. 40-50.

- 81.** Мельников, К.В. Современные подходы организации медицинской помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях / К.В.Мельников // Актуальные проблемы медицины и биологии. - 2018. - № 3. - С. 38-42.
- 82.** Минаева, Н.В. Роль детской поликлиники в первичной профилактике заболеваний / Н.В.Минаева, Е.А.Кочергина, И.Г.Шинкарик, Р.Н.Трефилов // Пермский медицинский журнал. - 2023. - Т. 40, № 3. - С. 109-115.
- 83.** Мириева, И.Д. Управленческие риски в системе здравоохранения региона (на примере Саратовской области) / И.Д.Мириева, Г.Ю. Сазанова // Week of Russian science (WeRuS-2023) : Сборник материалов XII Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Году педагога и наставника, Саратов, 18–21 апреля 2023 года . - 2023. - С. 39-40.
- 84.** Москвина, С.С. Организация специализированной медицинской помощи детскому населению Ивановской области / С.С.Москвина // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. - 2018. - № 4(14). - С. 76-82.
- 85.** Наберушкина Э. Социальная работа с инвалидами / Э.Наберушкина, Е.Р. Ярская-Смирнова. 2004. – 320 с.
- 86.** Об итогах работы Министерства Здравоохранения в 2016 году и задачах на 2017 год. [Электронный ресурс]. - М., 2017. Режим доступа: <https://www.med.cap.ru/home/549/!2016/буклет.pdf>.
- 87.** Одинаева, Н.Д. Влияние пандемии COVID-19 на здоровье детей младенческого возраста в Московской области / Н.Д.Одинаева, Е.В.Брежнева, Н.И.Захарова, и др. // Архив педиатрии и детской хирургии. - 2023. - Т. 1, № 1. - С. 5-18.
- 88.** Оленькова, О.М. Сравнительная клинико-иммунологическая характеристика новой коронавирусной инфекции COVID-19 у детей разного возраста в острый и отдаленный после болезни периоды / О.М.Оленькова, О.П.Ковтун, Я.Б.Бейкин, А.С.Соколова // Детские инфекции. - 2023. - Т. 22, № 4 (85). - С. 20-27.
- 89.** Паниотто, В.И. Количественные методы в социологических исследованиях /В.И. Паниотто, В.С. Максименко. - Киев, 2003. - 170 с

- 90.** Парфенова, К.В. Оценка транспортной доступности межрайонных медицинских центров Забайкальского края / К.В.Парфенова, Л.М.Фалейчик // Социальные аспекты здоровья населения. - 2020. - Т. 66, № 4. - С. 8.
- 91.** Парханов, А.К. Основные результаты комплексного социально-гигиенического исследования проблем сельского здравоохранения / А.К.Парханов // Наука, новые технологии и инновации. - 2011. – № 2. - С. 110-113.
- 92.** Пашкевич, В.С. Особенности течения пневмоний у детей в постковидный период / В.С.Пашкевич // Тверской медицинский журнал. - 2023. - № 6 - С.43-45
- 93.** Перхов, В.И. Актуальные проблемы организации высокотехнологичной медицинской помощи / В.И.Перхов, Ю.Ю.Юркин, С.Г.Горин // Здравоохранение. - 2015. - № 11. - С. 26-32.
- 94.** Перхов, В.И. История, реальность и перспективы обеспечения населения Российской Федерации бесплатной высокотехнологичной медицинской помощью / В.И.Перхов, С.А.Киреев, Ш.Д.Ахмедов // Сибирский медицинский журнал. - 2009. - Т. 24, № 1. - С.63-67.
- 95.** Письмо Минздрава России от 25.05.2017 № 15-2/10/2-3461 О направлении методических рекомендаций «Организация трехуровневой системы медико-социальной помощи детям в трудной жизненной ситуации» [Электронные ресурсы]. – Режим доступа: https://rulaws.ru/acts/Pismo-Minzdrava-Rossii-ot-25.05.2017-N-15-2_10_2-3461/
- 96.** Плотникова, Е.В. Служба катамнеза как современное направление организации медицинской помощи детям с последствиями заболеваний перинатального периода / Е.В.Плотникова // Медицина и организация здравоохранения. - 2022. - Т. 7, № 4. - С. 24-31.
- 97.** Побиванцева, Н.Ф. Опыт организации работы межрайонных кардиологических центров на примере Брестской области / Н.Ф.Побиванцева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2020. - № 2(103). - С. 9-16.
- 98.** Поликарпов, А.В. Характеристики моделей территориального планирования в здравоохранении / А.В.Поликарпов, М.В.Санькова, Н.А.Голубев, Е.В.Каракулина,

И.А.Деев, О.С.Кобякова // Профилактическая медицина. - 2023. - Т. 7, № 26. - С. 45-52.

99. Понежева, Ж.Б. Актуальные вопросы респираторных инфекций / Ж.Б.Понежева, С.В.Николаева, А.Н.Турапова, А.В.Горелов // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. - 2023. - Т. 13, № 2. - С. 51-55.

100. Пономарев, А.Д. Некоторые аспекты преодоления кадрового кризиса в первичном звене здравоохранения / А.Д.Пономарев, И.Д.Мириева, Г.Ю.Сазанова, и др. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2023. - № 2. - С. 894-908.

101. Пономарев, А.Д. Пути повышения доступности медицинской помощи населению (на примере больных с сахарным диабетом) / А.Д.Пономарев, Г.Ю.Сазанова // Week of Russian science (WeRuS-2023) : Сборник материалов XII Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Году педагога и наставника, Саратов, 18–21 апреля 2023 года / Редколлегия: Н.А. Наволокин, А.М. Мыльников, А.С. Федонников. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского. - 2023. - С. 40-41.

102. Попков, В.М. Права детей при получении медицинской помощи в Российской Федерации / В.М.Попков, М.В.Еругина, М.В.Власова, и др. // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2017. - Т. 13, № 2. - С. 205-208.

103. Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 № 2299 (ред. от 19.11.2021) «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_373291/?ysclid=llkdzmema7690361119/.

104. Постановление правительства РФ от 29.06.2021 N 1048 (ред. от 30.11.2021) «Об утверждении Положения о федеральном государственном контроле (надзоре) качества и безопасности медицинской деятельности» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/401422536/>.

105. Постановление Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_436688/.

106. Постановление Правительства Саратовской области от 20 декабря 2021 года № 1121-П «Об утверждении региональной программы модернизации первичного звена здравоохранения Саратовской области» [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_284542/.

107. Постановление Правительства Саратовской области от 30.06.2021г. № 502-П «Об утверждении региональной программы «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям (Саратовская область)» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://minzdrav.saratov.gov.ru/arkhiv-doc/New%20Folder/Постановление%20правительства%20СО%20№%20354-П%20от%206%20мая%202022.pdf>.

108. Постановлений Правительства Саратовской области от 20 декабря 2021 года № 1121-П «Об утверждении региональной программы модернизации первичного звена здравоохранения Саратовской области» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/403300438/>.

109. Приказ МЗРФ от 12 ноября 2012 г. N 906н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70304554/?ysclid=lumjg10gq8387498221>.

110. Приказ МЗРФ от 12 ноября 2012 г. N 908н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "детская эндокринология" (с изменениями и дополнениями)» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70288214/?ysclid=lujfgb6cko240688420>

111. Приказ МЗРФ от 14 декабря 2012 г. N 1047н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "неврология" (с изменениями и дополнениями)» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70301498/?ysclid=lumjmd9s9h150354701>.

112. Приказ МЗРФ от 25 октября 2012 г. N 440н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "детская кардиология" (с изменениями и дополнениями)» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70276552/?ysclid=luia9m1qxt543654268>

113. Приказ МЗРФ от 31 октября 2012 г. N 560н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "детская онкология" (с изменениями и дополнениями)» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70346920/?ysclid=lui7has8ku516935979>

114. Приказ МЗРФ от 31 октября 2012 г. N 562н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "детская хирургия" (с изменениями и дополнениями)» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://base.garant.ru/70285816/?ysclid=lumj9dyuo8386066695>.

115. Приказ Минздрава России от 01.08.2017 N 484н (ред. от 30.05.2022) "Об утверждении порядка формирования перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи" [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=422939>.

116. Приказ Минздрава России от 02.05.2023 N 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/406872398/?ysclid=luf0t6451y709439595>.

117. Приказ Минздрава России от 04.05.2018 №201н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценка качества условий оказания услуг медицинскими организациями, в отношении которых проводится независимая оценка» [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_298636/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb1ddafdaddd518/?ysclid=llhx6uymk81832047

118. Приказ Минздрава России от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»

[Электронный ресурс]. Режим доступа:
https://new.med.ru/sites/default/files/docs/PMz_92n_07032018.pdf

119. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 №203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Электронный ресурс]. Режим доступа:https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_216975/?ysclid=llhwwejr9b217928309.

120. Приказ Минздрава России от 14.10.2022г. № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» [Электронный ресурс]. Режим доступа:
<https://www.base.garant.ru/405706151/?ysclid=luhze2dijp880565809>.

121. Приказ Минздрава России от 16.05.2017 № 226н «Об утверждении Порядка осуществления экспертизы качества медицинской помощи экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании» [Электронный ресурс]. Режим доступа:https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_217604/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb1ddafdaddd518/?ysclid=llhyfcqpa0145773139.

122. Приказ Минздрава России от 19.02.2021 № 117н «Об утверждении требований к организации и выполнению работ (услуг) по экспертизе качества медицинской помощи» [Электронный ресурс]. Режим доступа:
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_385624/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb1ddafdaddd518/?ysclid=llj4a15dkg847038073.

123. Приказ Минздрава России от 19.03.2021 N 231н (ред. от 21.02.2022) "Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения" [Электронный ресурс]. Режим доступа:
<https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?BASENODE=1-1&req=doc&cacheid=61EAE1DE53C212CF79D46073EF7796ED&mode=multiref&rnd=UkDOg&base=LAW&n=410775&dst=100009#62lGlsTQlLobXy99>

124. Приказ Минздрава России от 2.12.2014 г. № 796н (ред. от 27.08.2015) «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи» [Электронный ресурс]. Режим доступа:

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_174866/e49872cd02917158885def16cf227ffeff8852d4/?ysclid=llhvlb865d721353561.

125. Приказ Минздрава России от 20.04.2018 г. № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71844124/?ysclid=lumg6x2qrm884585551>.

126. Приказ Минздрава России от 21 января 2022 г. N 19н «Об утверждении Типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://demo.garant.ru/#/document/404436592/paragraph/1/doclist/2382/4/0/0/%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%BE%D0%B1%20%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9%20%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B5:2>.

127. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1706 (ред. от 13.02.2013) "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" [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=142734#fH2bd2UsEEfwKvFE1>

128. Приказ Минздрава России от 30 ноября 2017 г. № 965н «Об утверждении Порядка организации и оказания медицинской помощи с применением

телемедицинских технологий» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://demo.garant.ru/#/document/71851294/paragraph/1>:

129. Приказ Минздрава Саратовской области от 04.03.2014 г. № 176 «Об утверждении трехуровневой системы оказания медицинской помощи в Саратовской области [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://minzdrav.saratov.gov.ru/doc/detail.php?ID=26519>.

130. Приказ Минздравсоцразвития России от 05.10.2005 N 617 (ред. от 04.08.2022) «О Порядке направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=425761&cacheid=4ECDCAA8044B4A26ED14A6CCC157DDD1&mode=splus&rnd=OqtNsg#9c3GksTmCddg8Hvs>].

131. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.base.garant.ru/70195856/?ysclid=lumlozvqar977457443>.

132. Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» (Зарегистрировано в Минюсте России 29.05.2012 N 24361[Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_130620/2ff7a8c72de3994f30496a0ccb1ddafdaddf518/.

133. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 09.02.2007 № 102 «О паспорте врачебного участка (педиатрического)» (вместе с "Инструкция по заполнению учетной формы N 030/у-пед "Паспорт врачебного участка (педиатрического)») [Электронный ресурс]. Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_66571/fcc99dcf17cee8609adf9fb0a5b0f1751db7983/.

134. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.01.2007 N 56 "Об утверждении примерного Порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники" (Зарегистрировано в Минюсте РФ 05.03.2007 N 9013) [Электронный ресурс].

Режим

доступа:

<https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=66573&cacheid=B39F8AB0A8BFEDABD2A97E5318C32E98&mode=splus&rnd=VGv2og#3q0V6oTT4WU0Za7B>

135. Приказ Министерства Здравоохранения Саратовской области, ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России от 22 сентября 2016 г. N 1528/631-О "О маршрутизации детей на госпитализацию в стационары 2 и 3 уровня" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс].

Режим доступа: <https://base.garant.ru/45104994/>

136. Приказ Минтруда России № 929н, Минздрава России № 1345н от 21.12.2020 «Об утверждении Порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан» (Зарегистрировано в Минюсте России 11.05.2021 N 63365) [Электронный ресурс].

Режим

доступа:

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_383794/.

137. Приказ Росздравнадзора от 27.04.2017 № 4043 (ред. от 04.03.2019) «Об утверждении перечня правовых актов и их отдельных частей (положений), содержащих обязательные требования, соблюдение которых оценивается при проведении мероприятий по контролю в рамках отдельного вида государственного контроля (надзора)» [Электронный ресурс].

Режим доступа:

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_216181/?ysclid=llj9piomvi941039378.

138. Приказ Федеральной службы государственной статистики от 03.08.2018 № 483 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» [Электронный ресурс].

Режим

доступа:

<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71906596/?ysclid=lukxr1bo3x89087937>
9.

139. Распоряжение Правительства РФ от 13.02.2019 N 207-р (ред. от 30.09.2022) «Об утверждении Стратегии пространственного развития Российской Федерации на период до 2025 года» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=428211&dst=101629#7TSae2UrzvN2e2LK>.

140. Рзынкина, М.Ф. Распространенность новой коронавирусной инфекции среди детского населения. Обзор литературы / М.Ф.Рзынкина, К.Э.Потапова, Е.А.Ульянова, Н.А.Корзинина // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. - 2021. - № 2(43). - С. 48-58.

141. Решетников, А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство / А. В. Решетников. – М.: Медицина, 2003. – 1047 с. – Текст : непосредственный

142. Садыкова, А.А. Аспекты организации медицинской помощи детям / А.А.Садыкова // Colloquium-Journal. - 2018. - № 3-1(14). - С. 6-8.

143. Сазанова, Г.Ю. Анализ обеспеченности ресурсами лечебных учреждений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с болезнями системы кровообращения / Г.Ю.Сазанова, Н.Ю.Шульпина, Е.М.Долгова, Д.В.Тупикин // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2018. - Т. 14, № 2. - С. 293-290.

144. Сазанова, Г.Ю. Качество медицинской помощи и вопросы финансового менеджмента (обзор) / Г.Ю.Сазанова, И.Д.Мириева, М.В.Еругина, А.Д.Пономарев // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2021. - Т. 17, № 4. - С. 751-754.

145. Сазанова, Г.Ю. Научное обоснование повышения эффективности организации медицинской помощи пациентам терапевтического профиля: автореф. дис ...д-ра мед. наук: 14.02.03 / Сазанова Галина Юрьевна. - Москва, 2018. - 46 с.

146. Сазанова, Г.Ю. Особенности заболеваемости, инвалидности и смертности населения Саратовской области / Г.Ю.Сазанова // Кубанский научный медицинский вестник. - 2012. - № 1(130). - С. 144-146.

147. Сазанова, Г.Ю. Повышение эффективности использования ресурсов при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов

кровообращения / Г.Ю.Сазанова, М.В.Еругина, Н.Ю.Жужлова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2015. - № 1. - С. 170-173.

148. Сазанова, Г.Ю. Причины дисгармоничного физического развития детей / Г.Ю.Сазанова, Е.В.Донгузова, Т.В.Захарова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. - Т. 3, № 10. - С. 1124.

149. Сазанова, Г.Ю. Проблемы организации медицинской помощи населению муниципальных районов Саратовской области / Г.Ю.Сазанова, А.Д.Пономарев, И.Д.Мириева, и др. // Здравоохранение Российской Федерации. - 2022. - Т. 66, № 3. - С. 208-212.

150. Салова, М.Н. Характеристика нарушений здоровья детей, перенесших новую коронавирусную инфекцию / М.Н.Салова, Л.А.Жданова, Е.В.Шеманаева, Т.А.Клепикова // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2022. - Т. 27, № 1. - С. 16-24.

151. Сатторова, З.Р. Организация медицинской помощи детям / З.Р.Сатторова // Экономика и социум. - 2020. - № 1(68). - С. 740-742.

152. Светличная, Т.Г. Медико-социологический подход к анализу потребления медицинских услуг: основные положения / Т.Г.Светличная, О.А.Цыганова, Е.Л.Борчанинова // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». - 2011. - Т.20. - № 4. - С.15.

153. Светличная, Т.Г. Потребление медицинских услуг: медико-социологический анализ: монография / Т.Г.Светличная, О.А.Цыганова, Е.Л.Борчанинова. - Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2011. – 185 с.

154. Светличная, Т.Г. Социальные барьеры доступа к медицинской помощи пожилых жителей села / Т.Г.Светличная, Л.И.Меньшикова // Вестник Росздравнадзора. - 2017. - № 1. - С. 71-76.

155. Семенов, А.В. Направления совершенствования организации оказания специализированной медицинской помощи на межрайонном уровне пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения / А.В.Семенов, В.Е.Кратенок,

В.М. Хавратович // Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов X Всероссийской с международным участием научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 30 марта 2023 года. Том 2. Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова. 2023. - С. 194-204.

156. Семенов, А.В. Показатели деятельности межрайонных центров по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения и черепно-мозговой травмой в регионах Республики Беларусь за 2017-2021 годы / А.В.Семенов, В.Е.Кратенок, В.М.Писарик, и др. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2022. - № S1. - С. 255-261.

157. Соболев, И.Б. Оценка состояния медицинской помощи детям, оказываемой в амбулаторных условиях, в медицинских организациях сельского здравоохранения / И.Б.Соболев, К.Е.Моисеева // Детская медицина Северо-Запада. - 2018. – Т. 7, № 1. - С. 298.

158. Соколова, В.В. Обоснование организационных мероприятий по совершенствованию деятельности страховых медицинских организаций, направленных на повышение удовлетворенности родителей качеством лечебно-профилактической помощи детям: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Соколова Вера Васильевна. – М., 2018. - 198 с.

159. Соколовская, Т.А. Организация медицинской помощи детям с последствиями перинатальной патологии: проблемы и региональные особенности / Т.А.Соколовская, В.С.Ступак // Социальные аспекты здоровья населения. - 2023. – Т. 69, № 2. – С. 5.

160. Соловьева, Н.А. Организация медицинской помощи остро заболевшим детям в условиях детской поликлиники: Учебное пособие для студентов педиатрического факультета / Н.А.Соловьева, Г.А.Кулакова, Е.А.Курмаева, С.Я.Волгина. - Казань: МедДок, 2018. - 224 с.

161. Степанов, В.В., Доходы населения и доступ к услугам здравоохранения в удаленных районах / В.В.Степанов, С.Д.Капелюк, // Экономический анализ: теория и практика. - 2016. - № 12 (459). - С. 97-110.

- 162.** Терлецкая, Р.Н. Положение детей-инвалидов в условиях современных правовых и медико-социальных процессов в России / Р.Н.Терлецкая, И.В.Винярская, Е.В.Антонова, и др. // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2021. - Т. 100, № 4. - С. 198-207.
- 163.** Торопов, Д.И. Направления и механизмы реализации государственной политики в области устойчивого развития сельских территорий / Д.И.Торопов // Проблемы и перспективы устойчивого сельского развития: материалы Всероссийской научно-практической конференции. - 2013. - С. 5–9.
- 164.** Третьяков, А.П. Оценка организации медицинской помощи новорожденным в перинатальном центре на территориальном/межрайонном уровне / А.П.Третьяков, А.П.Фисенко, В.А.Саломатов // Репродуктивное здоровье детей и подростков. - 2023. - Т. 19. № 4(101). - С. 43-52.
- 165.** Тюков, Ю.А. Организация и нерешенные проблемы оказания приемным отделением стационара медицинской помощи больным детям, не нуждающимся в госпитализации / Ю.А.Тюков, Э.А.Косымов, И.Н.Добровецкий // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2021. - № 1(69). – С. 24-29.
- 166.** Тюфилин, Д.С. Удовлетворенность медицинской помощью в Российской Федерации: факторы, влияющие на оценку / Д.С.Тюфилин, В.П.Чигрина, В.А.Медведев, и др. // Менеджер здравоохранения. - 2023. - № 8. - С. 68-80.
- 167.** Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 гг. и на период до 2020 г.: постановление Правительства РФ от 15.07.2013 № 598 (ред. от 16.01.2015) [Электронные ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70419016/>
- 168.** Фаррахов, А.З. Научное обоснование совершенствования региональной системы охраны здоровья детского населения (комплексное социально-гигиеническое исследование на примере Республики Татарстан): автореф. дис. ..д-ра.мед. наук: 14.02.03 / Фаррахов Айрат Закиевич. - М., 2014. - 22 с.
- 169.** Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 №326-ФЗ (последняя редакция) [Электронные ресурс]. – Режим доступа:

https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/?ysclid=llhw7hwkwa723255019.

170. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" электронный ресурс [Электронные ресурсы]. – Режим доступа: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=452906&cacheid=D2CD3AFF3AB8C2FCABFB11979268028B&mode=splus&rnd=QwmuaQ#HzNp3nT0ScV5zk645>].

171. Филатов, В.Б. Актуальные проблемы организации медицинской помощи сельскому населению / В.Б.Филатов, Р.В.Коротких, В.В.Расстегаев // Проблемы социальной гигиены и организации здравоохранения и истории медицины. - 2006. - №4. - С. 40-45.

172. Фисенко, А.П. Проблемы законодательства и правоприменения в сфере охраны здоровья детей / А.П.Фисенко, А.Г.Тимофеева, Р.Н.Терлецкая, С.Р.Конова // Российский педиатрический журнал. - 2020. - Т. 23, № 3. - С. 171-177.

173. Фисенко, А.П. Удовлетворённость родителей (законных представителей) качеством медицинской помощи, оказываемой их детям-инвалидам / А.П.Фисенко, Р.Н.Терлецкая, И.В.Винярская, и др. // Российский педиатрический журнал. - 2021. - Т. 24, № 2. - С. 106-111.

174. Хандажапова, Л.М. Проблемы устойчивого развития сельских территорий России в региональных исследованиях / Л.М.Хандажапова, Н.Б.Лубсанова // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. - 2015. - № 21. - С. 25-32.

175. Цыганова, О.А. Исследование общественного мнения о деятельности системы здравоохранения / О.А.Цыганова, С.В.Шульгина // Социальные аспекты здоровья населения. - 2015. - № 5(45). – С. 6.

176. Чернявская, А.С. Особенности постковидного синдрома у детей с хроническими неспецифическими заболеваниями легких / А.С.Чернявская, О.И.Симонова // Consilium Medicum. – 2023. – Т. 25, № 8. – С. 512-517.

177. Черняк, М.Д. Современные тенденции паллиативной помощи детскому населению / М.Д.Черняк, И.Л.Кром, М.В.Еругина, // Инновационные механизмы

решения проблем научного развития развитие: сб. статей Междунар. науч.-практ. конф. - 2016. - С. 142-144.

178. Чичерин, Л.П. К вопросу усиления медико-социального раздела первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам в России / Л.П.Чичерин, В.О.Щепин, М.В.Никитин // Общественное здоровье и здравоохранение. - 2020. - № 2(66). - С. 18-24.

179. Чичерин, Л.П. Состояние и проблемы организации социально-правовой работы с детьми в первичном звене медицинской помощи / Л.П.Чичерин, В.Ю.Альбицкий, В.О.Щепин // Вопросы современной педиатрии. - 2021. - Т. 20, № 3. - С. 195-200.

180. Чолоян, С.Б. Влияние деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детям, на экономику региона / С.Б.Чолоян, А.К.Екимов, О.Г.Павловская, и др. // Менеджер здравоохранения. - 2018. - № 9. - С. 18-30.

181. Шабанов, В.Л. Уровень жизни сельского населения России в условиях социально-экономической трансформации села: методология исследования и анализ динамики: Монография. - Саратов: Изд-во «Саратовский источник», 2016. - 256 с.

182. Шабунова, А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. - Вологда, 2010. - 408 с.

183. Шигаев, Н. Н. Анализ отзывчивости детского стационара: мнение родителей пациентов / Н. Н. Шигаев // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе: Материалы VI Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции, Пермь, 03–04 декабря 2019 года. – Пермь: Пермский государственный национальный исследовательский университет, 2019. – С. 421-424.

184. Шигаев, Н.Н. Оптимизация специализированной медицинской помощи детям в ситуации болезни. / Н.Н. Шигаев // Тезисы XXIII Конгресса педиатров России с международным участием "Актуальные проблемы педиатрии", Москва, 5-7 марта 2021 г // Российский педиатрический журнал. – 2021. – Т. 2, № 1. – С. 28-75.

- 185.** Шигаев, Н. Н. Медико-социальный мониторинг и удовлетворенность качеством медицинской помощи (региональный аспект) / Н. Н. Шигаев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2021. - Т. 66, № 4. - С. 181.
- 186.** Шигаев, Н.Н. Бедность как социальный риск здоровья сельского населения / Н.Н.Шигаев, М.Г.Еремина, Е.П.Ковалев, Е.А.Мокшина // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: сборник материалов, Саратов, 25–26 октября 2018 года. - Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского. - 2018. - С. 242-245.
- 187.** Шигаев, Н.Н. Доступность и организация медицинской помощи детям (региональный аспект) / Н.Н.Шигаев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2022. - Т. 67, № 4. - С. 166.
- 188.** Шигаев, Н.Н. Междисциплинарный анализ социально детерминированных рисков здоровья детского населения / Н.Н. Шигаев, И.Л.Кром, М.В.Еругина, Д.Л.Дорогойкин // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 2. - С. 65.
- 189.** Шигаев, Н.Н. Некоторые характеристики медико-социального портрета семьи ребенка, страдающего хроническим заболеванием / Н.Н.Шигаев // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: Сборник материалов III Международной научно-практической конференции, Саратов, 29–30 сентября 2022 года / Редколлегия: А.С. Федонников [и др.]. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского. - 2022. - С. 379-381.
- 190.** Шигаев, Н.Н. Обязательность доступности медицинской помощи в формировании здоровья детского населения / Н.Н.Шигаев // Актуальные проблемы реализации социального, профессионального и личностного ресурсов человека Материалы IX Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 100-летию Кубанского государственного университета / под ред. Е.В. Харитоновой. – Краснодар: Куб.ГУ, Парабеллум. - 2020. - С. 174-179.
- 191.** Шигаев, Н.Н. Оптимизация оценки качества медицинской помощи в стационарах педиатрического профиля / Н.Н.Шигаев. – Новосибирск: Общество с

ограниченной ответственностью «Центр развития научного сотрудничества». - 2014. - 137 с.

192. Шигаев, Н.Н. Организация деятельности и проблемы оценки эффективности оказания медицинской помощи в дневных и круглосуточных стационарах в педиатрии / Н.Н.Шигаев, М.В.Еругина // Астраханский медицинский журнал. - 2013. - Т. 8, № 2. - С. 113-118.

193. Шигаев, Н.Н. Разработка критериев оценки качества оказания медицинской помощи в дневном стационаре в педиатрии / Н.Н.Шигаев, Т.Ю. Гроздова // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2011. - Т. 7, № 2. - С. 361-368.

194. Шигаев, Н.Н. Роль социальных предикторов в постнатальной патологии / Н.Н.Шигаев, И.Л.Кром, М.В.Еругина // Национальная Ассоциация Ученых. - 2015. - № 7-1(12). - С. 169-171.

195. Шигаев, Н.Н. Системный подход к оценке качества медицинской помощи в дневном стационаре в педиатрии / Н.Н.Шигаев // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2008. - Т. 4, № 2. - С. 34-39.

196. Шигаев, Н.Н. Социальная отзывчивость системы здравоохранения: региональные аспекты / Н.Н.Шигаев, И.Л.Кром, М.В.Еругина, М.Г.Еремина, Л.Г.Скоробогатова // Социология медицины. - 2019. - Т. 18, № 1. - С. 16-20.

197. Шигаев, Н.Н. Социальная отзывчивость региональной системы здравоохранения / Н.Н.Шигаев // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, Саратов, 23–24 сентября 2021 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского. - 2021. - С. 317-319.

198. Шигаев, Н. Н. Социальные риски здоровья детского населения. Бедность. Доступность медицинской помощи / Н. Н. Шигаев // Исторические основы профессиональной культуры в здравоохранении : Сборник статей международной научно-практической конференции, Гродно, 20 мая 2022 года / Отв. редактор М.Ю. Сурмач. – Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2022. – С. 320-323..

- 199.** Шульгина, С.В. Отзывчивость системы здравоохранения и ее характеристики / С.В.Шульгина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2015. - Т. 23. - № 1. - С. 25-27.
- 200.** Щепин, О. П. Роль диспансеризации в снижении заболеваемости населения / О. П. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т. 23, № 1. – С. 3-7.
- 201.** Юрьев, В.К. Оценка родителями организации медицинской помощи детям в амбулаторных условиях / В.К.Юрьев, К.Е.Моисеева, А.В.Алексеева, и др. // Российский педиатрический журнал. - 2019. - Т. 22, № 2. - С. 93-98.
- 202.** Яковлева, Т.В. Государственная политика в области охраны здоровья детей: проблемы и задачи / Т.В.Яковлева, А.А.Баранов // Вопросы современной педиатрии. - 2009. - Т. 8. - № 2. - С. 6-10.
- 203.** Abreha, S.K. The Effect of Health System Responsiveness on Health Outcome: Evidence from Spain / S.K.Abreha // Europe PMC. - 2020.
- 204.** Adams, S.H. Increasing Delivery of Preventive Services to Adolescents and Young Adults: Does the Preventive Visit Help? / S.H.Adams, M.J.Park, L.Twietmeyer, C.D.Brindis, C.E.Irwin, // Journal of Adolescent Health. - 2018. - Vol. 63, Issue 2. P. 166-171.
- 205.** Adegoke, A.A Job Satisfaction and Retention of Midwives in Rural Nigeria / A.A.Adegoke, F.B.Atiyaye, A.S.Abubakar.? et al. // Midwifery. - 2015. - Vol. 31, Iss. 10. - P. 946–956.
- 206.** Andersen, R.M. Behavioral Model of Families: Use of Health Services / R.M.Andersen // Research Series. № 25. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago/ - 1968.
- 207.** Andersen, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter / R.Andersen // J. of Health and Social Behavior. - 1995. - Vol. 36. - № 1. – P. 1–10.
- 208.** Artiga, S. Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity / S.Artiga, E.Hinton. - 2018. [Электронные ресурс]. – Режим

доступа: <https://www.kff.org/disparities-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>.

209. Bottino, C.J. Food insecurity screening in pediatric primary care: can offering referrals help identify families in need? / C.J.Bottino, E.T.Rhodes, C.Kreatsoulas, J.E.Cox, E.W.Fleegler // *Academic Pediatrics*. - 2017. - Vol. 17, Issue 5. - P. 497-503

210. Byrne, E. The creative turn in evidence for public health: community and arts-based methodologies / E.Byrne, E.Elliott, R.Saltus, J.Angharad // *Journal of Public Health*. - 2018. - Vol. 40. - P. 124-130.

211. Chen, E. Neighborhood Social Conditions, Family Relationships, and Childhood Asthma / E.Chen, R.Hayen, V.Le, M.K.Austin, M.U.Shalowitz, R.E.Story, G.E.Miller // *Pediatrics*. - 2019. - Vol. 144, Issue 2. - Article Number: e20183300.

212. Cochran, D. Cross-Cultural Differences in Communication About a Dying Child / D.Cochran, S.Saleem, S.Khowaja-Punjwani, J.D.Lantos // *Pediatrics*. - 2017. - Vol. 140. - Article Number: e20170690.

213. Denburg, A. The Link between Social Inequality and Child Health Outcomes / A.Denburg, D.Daneman // *Health care Quarterly (Toronto, Ont.)*. - 2009. - Vol.14. - P. 21-31.

214. Derpmann, S. Union's inspiration: Universal health care and the essential partiality of solidarity // *Bioethics*. - 2018. - Vol. 32. - Issue. 9. - C. 569-576. Special Issue: SI. doi: 10.1111/bioe.12444/

215. Douthit, N., Kiv, S., Dwolatzky, T., Biswas, S. Exposing Some Important Barriers to Health Care Access in the Rural USA // *Public Health*. - 2015. - Vol. 129. - Iss. 6. - C.611-620.

216. Drieskens, S. Do sociodemographic characteristics associated with the use of CAM differ by chronic disease? / S.Drieskens, J.Tafforeau, S.Demarest // *European Journal of Public Health*. - 2019. - Vol. 29, Issue 4. - P. 655-660.

217. Edwards, A.C. Joint Influences of Genetic, Familial, and Social Factors on Alcohol Consumption and Problems in Adolescence and Young Adulthood / A.C.Edwards, E.C.Johnson, A.Agrawal, S.Sanchez-Roige, T.K.Clarke, J.Heron, M.Hickman,

K.S.Kendler // Alcoholism-Clinical and Experimental Research. - 2019. - Vol. 43. - P. 270A-270A.

218. Gottlieb, L. Integrating social and medical care: could it worsen health and increase inequity? / L. Gottlieb, H. Alderwick // The Annals of Family Medicine. - 2019. - Vol.17, Issue 1. - P.77-81.

219. Gottlieb, L.M. A Systematic review of interventions on patients' social and economic needs / L.M.Gottlieb, H.Wing, N.E.Adler // The American Journal of Preventive Medicine. - 2017. - Vol. 53. - № 5. - P. 719-729.

220. Goyal, N.K. Primary Care and Home Visiting Utilization Patterns among At-Risk Infants / N.K.Goyal, A.T.Folger, H.J.Sucharew, C.M.Brown, E.S.Hall, J.B.Van Ginkel, R.T.Ammerman // Journal of Pediatrics. - 2018. - Vol. 198. - P. 240.

221. Hart, C.L. Childhood, IQ, social class, deprivation, and their relationships with mortality and morbidity risk in later life: prospective observational study linking the Scottish Mental Survey 1932 and the Midspan studies / C.L.Hart, M.D.Taylor, Davey, G.Smith, L.J.Whalley, J.M.Starr, D.J.Hole, VюWilson, I.J.Deary // Psychosomatic Medicine. - 2003. - Vol. 65, № 5. - P. 877-883.

222. Henderson, S. Cultural competence in healthcare in the community: A concept analysis / S.Henderson, M.Horne, R.Hills, E. Kendall // Health & Social Care in the Community. - 2018. - Vol. 26, Issue 4. - P. 590-603.

223. Hu, H. Big Data and Population Health Focusing on the Health Impacts of the Social, Physical, and Economic Environment / H.Hu, S.Galea, L.Rosella, D.Henry // Epidemiology. - 2017. - Vol. 28, Issue 6. - P. 759-762.

224. Iguacel, I. Prospective associations between socioeconomically disadvantaged groups and metabolic syndrome risk in European children. Results from the IDEFICS study / I.Iguacel, N.Michels, W.Ahrens, K.Bammann, G.Eiben, J.M.Fernandez-Alvira, S.Marild, D.Molnar, L.Reisch, P.Russo, et. al. // International Journal of Cardiology. - 2018. - Vol. 272. - P. 333-340.

225. Jayasinghe, S. Social determinants of health inequalities: towards a theoretical perspective using systems science / S.Jayasinghe // International Journal for Equity in Health. - 2015. - Vol. 14. - P. 71.

- 226.** Krom, I.L. Occupational health risks for doctors in contemporary public healthcare systems (review) / I.L. Krom, M.V. Erugina, M.G. Eremina, E.P. Kovalev, E.M. Dolgova, G.N. Bochkareva, E.A. Grigor'eva, [et al.] // *Health Risk Analysis*. - 2020. - № 2. - P. 185–191.
- 227.** Lankila, T. Is Geographical Distance a Barrier in the Use of Public Primary Health Services among Rural and Urban Young Adults? Experience from Northern Finland / T. Lankila, S. Näyhä, A. Rautio. et al. // *Public Health*. - 2016. - Vol. 131. – P. 82–91.
- 228.** Larson, K. Influence of Multiple Social Risks on Children's Health / K. Larson [et al.] // *Pediatrics*. - 2008. - Vol. 121, Issue 2. - P. 337-44
- 229.** Mackenbach, J.P. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries / J.P. Mackenbach [et al.] // *New England Journal of Medicine*. - 2008. - T. 358. - № 23. - P. 2468 - 2481.
- 230.** Moor, I. Inequalities in adolescent self-rated health and smoking in Europe: comparing different indicators of socioeconomic status / I. Moor, M.A.G. Kuipers, V. Lorant, T.-K. Pfortner, J.M. Kinnunen, K. Rathmann, M. Richter // *Journal of Epidemiology and Community Health*. - 2019. - Vol. 37, № 10. - P. 963-970.
- 231.** Muscatell, K.A. Socioeconomic influences on brain function: implications for health / K.A. Muscatell // *Annals of the New York Academy of Sciences*. - 2018. Vol. 1428, Issue 1. - P. 14-32.
- 232.** Newman, L. Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review / L. Newman [et al.] // *Health Promotion International*. - 2015. – Vol. 30, № 2. - P. 126-143.
- 233.** Oosterhoff, M. Longitudinal analysis of health disparities in childhood / M. Oosterhoff, M.A. Joore, N.H.M. Bartelink, B. Winkens, O.C.P. Schayck, H. Bosma // *Archives of Disease in Childhood*. - 2019. - Vol. 104, Issue 8. - P. 781-316482.
- 234.** Palacio, A. Provider Perspectives on the Collection of Social Determinants of Health / A. Palacio, D. Seo, H. Medina, V. Singh, M. Suarez, L. Tamariz // *Population Health Management*. - 2018. - Vol. 21, Issue 6. - P. 501-508.
- 235.** Power, C. The contribution of childhood and adult socioeconomic position to adult obesity and smoking behaviour: an international comparison / C. Power, H. Graham,

- P.Due, J.Hallqvist, I.Joung, D.Kuh, et al. // *International Journal of Epidemiology*. - 2005. - Vol. 34, № 2. - P. 335-344.
- 236.** Renedo, A. Experience as Evidence: The Dialogic Construction of Health Professional Knowledge through Patient Involvement / A.Renedo, A.Komporozos-Athanasiou, C.Marston // *Sociology – The Journal of the British Sociological Association*. - 2018. - Vol. 52, Issue 4. - P. 778-795.
- 237.** Rippin, H.L. Child and adolescent nutrient intakes from current national dietary surveys of European populations / H.L.Rippin, J.Hutchinson, J.Jewell, J.J.Breda, J.E.Cade // *Nutrition Research Reviews*. - 2019. - Vol. 32, Issue 1. - P. 38-69.
- 238.** Rushworth, G.F. Access to Medicines in Remote and Rural Areas: A survey of residents in the Scottish Highlands & Western Isles / G.F.Rushworth, L.Diack, A.MacRobbie, et al. // *Public Health*. - 2015. - Vol. 129, Iss. 3. - P. 244-251.
- 239.** Schinasi, L.H. Using electronic health record data for environmental and place based population health research: a systematic review / L.H.Schinasi, A.H.Auchincloss, C.B.Forrest, A.V.D.Roux // *Annals of Epidemiology*. - 2018. - Vol. 28, Issue 7. - P.493-502.
- 240.** Suel, E. Measuring social, environmental and health inequalities using deep learning and street imagery / E.Suel, J.W.Polak, J.E.Bennett [et. al.] // *Scientific Reports*. - 2019. - № 9. – Article number: 6229.
- 241.** Till, F. Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany / F.Till [et al.] // *Patient education and Counseling*. - 2019. -Vol. 102, Issue 1. - P. 162-171.
- 242.** Tolkkinen, A. Impact of parental socioeconomic factors on childhood cancer mortality: a population-based registry study / A.Tolkkinen, L.Madanat-Harjuoja, M.Taskinen, M.Rantanen, N.Malila, J.Pitkaniemi // *ActaOncologica*. - 2018. - Vol. 57, Issue 11. - P. 1547-1555.
- 243.** Vallgarda, S. Tackling social inequalities in health in the Nordic countries: targeting a residuum or the whole population? / S.Vallgarda // *Journal of Epidemiology & Community Health*. - 2010. - Vol. 64. - P. 495-496.

- 244.** Van Doorslaer, E. Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe / E.Van Doorslaer, X.Koolman, A.M.Jones // Health Economics. - 2004. - Vol. 13, Issue 7. - С. 629-647.
- 245.** Wang, L. Relationship between socioeconomic status and weight gain during infancy: The BeeBOFT study / L.Wang, A.vanGrieken, J.Yang-Huang, E.Vlasblom, M.P.L'Hoir, M.M.Boere-Boonekamp, H.Raat // PLOS ONE. - 2018. -Vol. 13, Issue 11. - Article Number: e0205734.
- 246.** World health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization, - 2000. [Электронные ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>.
- 247.** World Health Survey — вопросник. [Электронные ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/entity/healthinfo/survey/whslongversionguide.pdf>.

Анкета социологического опроса [141]

Уважаемые родители, просим Вас ответить на вопросы анкеты. Ваши ответы анонимные, будут использованы в научных целях для разработки направлений повышения качества и доступности медицинской помощи детскому населению в Саратовской области.

Пол

- мужской
- женский

Возраст**Образование**

- начальное
- незаконченное среднее
- среднее
- среднее специальное
- незаконченное высшее
- высшее

Род занятий

- представитель рабочих профессий
- инженерно-технический служащий
- государственный служащий
- временно безработный
- домохозяйка
- индивидуальный предприниматель
- инвалид

Где Вы проживаете (Саратов (Энгельс) / районы области)? нужное подчеркнуть

Как Вы оцениваете свое материальное положение:

- живете «за гранью бедности», денег не хватает даже на питание
- живете «на грани бедности», денег едва хватает на питание
- живете средне, денег хватает на питание и самое необходимое
- живете более-менее прилично, покупка большинства товаров не вызывает трудностей

- живете без материальных забот

Каковы жилищные условия Вашей семьи

- имеем собственную квартиру, дом
 снимаем квартиру, дом
 живём в общежитии
 живём у родственников
 другое

Уровень дохода на каждого члена семьи _____/тыс.руб.

Состав семьи _____/чел.

Количество несовершеннолетних детей _____/чел.

Страдает ли Ваш ребёнок хроническим заболеванием?

- да
 нет

Сколько лет?

Есть ли у Вашего ребёнка инвалидность?

- да
 нет

В какие медицинские организации Вы с ребёнком обращались в течение года?

- поликлиника по месту жительства
 стационар медицинской организации
 частные медицинские организации
 другое (указать что именно)

Где Вашему ребёнку оказывают медицинскую помощь в связи с заболеванием?

- поликлиника по месту жительства
 стационар
 на дому
 частные медицинские организации
 другое (указать что именно)

Сколько времени Вам приходится тратить на дорогу в медицинскую организацию?

- до 15 минут
- до 30 минут
- до 1 часа
- до 2 часов
- более 2 часов (укажите максимальное количество часов, потраченных на дорогу в медицинскую организацию)_____

Доступны ли Вашему ребёнку платные медицинские услуги?

- да
- нет, не доступны

Оцените, пожалуйста, удовлетворённость медицинской организацией, в которой Вашему ребёнку оказывают медицинскую помощь (1 – очень плохо, 2 – плохо, 3 – удовлетворительно, 4 – хорошо 5 – очень хорошо 6 – затрудняюсь ответить):

	1	2	3	4	5	6
поликлиника по месту жительства						
стационар						
на дому						
частные медицинские организации						
другое						

Удовлетворяет ли Вас качество медицинской помощи, которую оказывают Вашему ребёнку? (1 – очень плохо, 2 – плохо, 3 – удовлетворительно, 4 – хорошо 5 – очень хорошо 6 – затрудняюсь ответить):

	1	2	3	4	5	6
поликлиника по месту жительства						
стационар						
на дому						
частные медицинские организации						
другое						

Удовлетворены ли Вы отношением к Вашему ребёнку лечащего врача?

	да	нет	не в полной мере
поликлиника по месту жительства			
Стационар			
на дому			
частные медицинские организации			
Другое			

Какие, по Вашему мнению, имеются в настоящее время проблемы при оказании медицинской помощи пациентам? (возможно выбрать несколько вариантов ответа)

- высокая стоимость лекарств при амбулаторном лечении
- плохое качество медицинского обслуживания
- плохие условия пребывания в стационаре
- недостаточное оснащение медицинских организаций
- невнимательное отношение медицинского персонала
- недостаточная квалификация медицинского персонала
- большие очереди на приём к врачу
- отсутствие психологической поддержки пациента и семьи
- отсутствие социальной поддержки
- другое (укажите) _____

Как бы Вы оценили качество и доступность медицинской помощи больным детям в Саратове (Саратовской области)?

- хорошее
- удовлетворительное
- плохое
- затрудняюсь ответить

Оцените, пожалуйста, отзывчивость системы здравоохранения

	высокая оценка	средняя оценка	низкая оценка

Уважительное отношение сотрудников медицинской организации			
Понимание объяснений врача. Достаточное время общения с врачом			
Надлежащие условия. Достаточность пространства помещений. Чистота помещения			
Желание сменить медицинскую организацию.			
Наличие объяснений результатов обследования			
Доверие к лечащему врачу			
Близость медицинской организации от места проживания			

Нам важно знать Ваше мнение о том, что необходимо предпринять, чтобы повысить доступность и качество (удовлетворённость) медицинской помощи

Благодарим Вас!

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Анкета «Удовлетворенность родственника больного ребенка качеством медицинской помощи»

Уважаемый родственник ребенка!

Просим Вас ответить на вопросы, связанные с лечением Вашего ребенка. Ваши анонимные ответы помогут улучшить медицинское обслуживание в больнице. Вам достаточно подчеркнуть правильный, с Вашей точки зрения, вариант ответа.

1. Ваш ребенок поступил в больницу а) экстренно; б) планово.
2. Ваш ребенок поступил в больницу а) через приемное отделение; б) прямо в отделение.
3. Как долго Ваш ребенок находился в приемном отделении больницы:
а) менее 30 минут; б) от 30 минут до 1 часа; в) от 1 часа до 2 часов; г) свыше 2 часов.
4. Если Ваш ребенок долго находился в приемном отделении, то по какой причине?

5. Сколько времени Вы ожидали предоставления места в стационаре? ____ дней
6. Сколько времени болеет Ваш ребенок? а) менее суток; б) 1-2 дня; в) 3-7 дней; г) от 1 недели до 1 месяца; д) от 1 месяца до 1 года; е) от 1 года до 2 лет; ж) свыше 2 лет.
7. Проводилось ли лечение непосредственно перед данной госпитализацией по данному заболеванию? а) Да б) Нет
8. Если лечение непосредственно перед данной госпитализацией по данному заболеванию проводилось, то в течение какого времени? а) менее суток; б) 1-2 дня; в) 3-7 дней г) от 1 недели до 1 месяца; д) от 1 месяца до 1 года; е) от 1 года до 2 лет; ж) свыше 2 лет.
9. Где проводилось лечение перед данной госпитализацией?
а) в круглосуточном стационаре; б) в дневном стационаре; в) амбулаторно; г) стационар на дому; д) дома (самолечение); е) дома (с вызовом скорой помощи).
10. Проводилось ли обследование перед данной госпитализацией?
а) в консультативной поликлинике ОДКБ; б) по месту жительства, в) другое (напишите)

11. Как часто поступает Ваш ребенок с данным заболеванием в данный стационар ОДКБ?
а) в дневной стационар ____ раз; б) в круглосуточный стационар ____ раз.
12. Поступал ли Ваш ребенок с другим заболеванием в данное отделение больницы ранее?

а) Да б) Нет.

13. Является ли Ваш ребенок инвалидом? а) Да б) Нет.

14. Получает ли Ваш ребенок постоянное лечение по какому-либо заболеванию? а) Да б) Нет.

15. Состоит ли Ваш ребенок на диспансерном учете? а) Да б) Нет.

16. Если Ваш ребенок состоит на диспансерном учете, то сколько лет?

а) 1 год; б) 2 года; в) 3 года, г) 4 года; д) 5 лет; е) более 5 лет.

17. Оцените работу Вашего лечащего врача по 5-балльной системе ____.

18. Оцените работу Вашего заведующего отделением по 5-балльной системе ____.

19. Оцените работу Вашей медицинской сестры по 5-балльной системе ____.

20. Оцените работу младшего медперсонала по 5-балльной системе ____.

21. Оцените качество больничного питания по 5-балльной системе ____.

22. Оцените качество проводимого лечения Вашего ребенка по 5-балльной системе ____.

23. Оцените проводимое обследование по 5-балльной системе ____.

24. Как по Вашему, достаточно ли количество консультаций специалистов?

а) достаточно; б) недостаточно.

25. Имеются ли необходимые лекарства для лечения? а) Да б) Нет.

26. Имеются ли бесплатные лекарства для лечения? а) Да б) Нет.

27. Сколько времени в сутки проводит лечащий врач с Вашим ребенком?

а) менее 5 минут; б) от 5 минут до 15 минут; в) от 15 минут до 30 минут; г) от 30 минут до 1 часа; д) свыше 1 часа.

28. Проводится ли осмотр заведующим отделением минимум 1 раз в сутки? а) Да б) Нет.

29. Осматривал ли Вашего ребенка заведующий отделением в день поступления? а) Да б) Нет.

30. Оцените доброжелательность медперсонала по 5-балльной системе ____.

31. Оцените бытовые условия пребывания в стационаре по 5-балльной системе ____.

32. Каково самочувствие Вашего ребенка в стационаре?

а) хорошее; б) удовлетворительное; в) плохое.

33. Оцените чистоту и порядок в отделении по 5-балльной системе ____.

34. Оцените качество проводимых медицинскими сестрами процедур по 5-балльной системе ____.

35. Оцените точность выполнения назначений лечащего врача медперсоналом по 5-балльной системе ____.

36. Если Ваш ребенок лечится в дневном стационаре, то устраивает ли Вас такая форма лечения?

а) Да б) Нет.

37. Какие достоинства, на Ваш взгляд, имеет дневной стационар?

а) больничные листы выдаются на общих основаниях; б) решается вопрос о питании больного;

в) удобный режим работы; г) другое
(напишите) _____

38. Что Вас не устраивает в дневном стационаре?

39. Есть ли преимущества у дневного стационара перед круглосуточным?

а) Да б) Нет.

40. Оцените работу администрации больницы по 5-балльной системе ____.

41. Обращались ли Вы за время госпитализации к работникам администрации больницы с жалобами? а) Да б) Нет.

42. Если Вы обращались с жалобами, удовлетворены ли Вы реакцией администрации больницы?

а) Да б) Нет.

43. Немного о Вас и Вашем ребенке:

а) кем Вы ему являетесь (впишите) _____

б) семья полная (отец и мать ребенка живут вместе) а) Да б) Нет.

в) многодетная семья (3 и более детей) а) Да б) Нет.

г) семья временно приехала в Саратовскую область а) Да б) Нет.

д) семья не имеет постоянного места жительства а) Да б) Нет.

е) Ваш ребенок от многоплодной беременности а) Да б) Нет.

ж) находился на искусственном вскармливании (отсутствие грудного молока, нежелание кормить грудным молоком) а) Да б) Нет.

з) ребенок родился недоношенным а) Да б) Нет.

и) дата рождения ребенка (впишите) ____ число _____ месяц _____ год

к) название отделения, в котором находится ребенок (впишите)

л) отец и мать работают а) Да б) Нет.

м) отец работает, мать домохозяйка а) Да б) Нет.

н) отец и мать не работают а) Да б) Нет.

о) мать злоупотребляет алкоголем а) Да б) Нет.

п) отец злоупотребляет алкоголем а) Да б) Нет.

44. По Вашему мнению, Вы обратились за медицинской помощью своевременно при данном заболевании ребенка? а) Да б) Нет.

45. По Вашему мнению, Вы имеете достаточную санитарную культуру? а) Да б) Нет.

46. Каково образование отца ребенка?

а) начальное; б) среднее; в) среднее специальное; г) высшее.

47. Каково образование матери ребенка?

а) начальное; б) среднее; в) среднее специальное; г) высшее.

48. Где постоянно живет ребенок?

а) в городской местности; б) в сельской местности.

49. Требовал ли у Вас медперсонал вознаграждение за осуществление своих обязанностей?

а) Да б) Нет.

50. В случае необходимости обратитесь ли Вы за медицинской помощью своему ребенку

а) в то же отделение больницы? а) Да б) Нет.

б) к тому же лечащему врачу? а) Да б) Нет.

в) к тому же заведующему отделением а) Да б) Нет.

Спасибо за участие в опросе! Ваше мнение будет учтено при выработке рекомендаций для руководства областной детской клинической больницы.

Анкета «Оценка качества медицинской помощи в стационаре»

1. Ваш пол: женщина мужчина
2. Ваш возраст: до 30 лет 31-40 лет 41-50 лет 51-60 лет старше 60 лет
3. Ваш стаж работы в данном отделении: до 3 лет 3-5 лет 6-10 лет свыше 10 лет
4. Ваша аттестационная категория: нет 2 категория 1 категория высшая категория
5. Работаете ли Вы в дневном стационаре? да, нет
6. Сколько времени (в процентах) отнимает у Вас работа в дневном стационаре? _____ %
7. Удовлетворены ли Вы своей работой

	Совсем неудов- летворен	Скорее неудовлет- ворен	Не могу оценить	Скорее удовлет- ворен	Вполне удовлет- ворен
а) в круглосуточном стационаре					
б) в дневном стационаре					

8. Назовите, пожалуйста, не более трех основных причин, по которым больной ребенок направляется в дневной, а не круглосуточный стационар ГУЗ «СОДКБ»?

- а) _____
- б) _____
- в) _____

9. Оцените, пожалуйста, качество медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах по 5-балльной шкале

	Круглосут. Стационар	Дневной Стационар
1. Доступность		
2. Диагностика		
3. Консультирование		
4. Наличие лекарственных препаратов		
5. Бытовые условия для пациентов		

6. Лечение		
7. Эффективность (результаты) лечения		
8. Качество работы среднего медперсонала		
9. Качество работы младшего медперсонала		

10. Что, по Вашему мнению, может улучшить качество медицинской помощи в круглосуточном и дневном стационарах? (Поставьте + в пустой клетке соответственно Вашему ответу)

	Круглосут. стационар	Дневной стационар
1. Повышение зарплаты у врачей		
2. Повышение зарплаты у среднего медперсонала		
3. Повышение зарплаты у младшего медперсонала		
4. Повышение зарплаты у администрации ГУЗ «СОДКБ»		
5. Повышение квалификации по специальности		
6. Пересмотр нормативов и критериев оценки труда медперсонала		
7. Улучшение контроля со стороны администрации		
8. Приобретение дополнительного медицинского оборудования и инструментария		
9. Улучшение бытовых условий для медперсонала		
10. Улучшение бытовых условий для пациентов и их представителей		
11. Улучшение условий для проведения научной работы		
12. Улучшение социально-психологического климата в коллективе		
13. Другое – напишите		

11. Насколько часто обращаются к Вам с замечаниями и жалобами пациенты и их представители?

	Часто	Не могу оценить	Редко
А) круглосуточный стационар			
Б) дневной стационар			

12. Какие предложения по улучшению оказания медицинской помощи в дневном стационаре представляются Вам первоочередными?

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
Саратовской области

Е.А. Степченкова

« 12 » апреля 2024 г.

**АКТ ВНЕДРЕНИЯ
РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

Организационно-экономическое обоснование создания и функционирования Межрайонного педиатрического центра, представленное в научном исследовании Шигаева Николая Николаевича, аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсами правоведения и истории медицины ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, по теме **«Обоснование направлений совершенствования организации педиатрической помощи на региональном уровне»**, опубликованные в статьях:

1. Шигаев, Н. Н. Доступность и организация медицинской помощи детям (региональный аспект) / Н. Н. Шигаев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2022. – Т. 67, № 4. – С. 166. –
2. Шигаев, Н. Н. Медико-социальный мониторинг и удовлетворенность качеством медицинской помощи (региональный аспект) / Н. Н. Шигаев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – Т. 66, № 4. – С. 181.

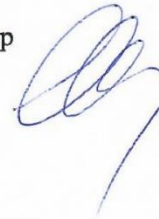
нашли отражение при подготовке:

- Постановления Правительства Саратовской области от 30 июня

2021г. № 502-П « Об утверждении регионально программы «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям (Саратовская область)» - <http://publication.pravo.gov.ru/document/6400202107060009>

- **Постановления Правительства Саратовской области от 20 декабря 2021г. № 1121-П «Об утверждении региональной программы модернизации первичного звена здравоохранения Саратовской области»** ([http://minzdrav.saratov.gov.ru/arkhivy-doc/1121-П%20\(1-100\).pdf](http://minzdrav.saratov.gov.ru/arkhivy-doc/1121-П%20(1-100).pdf))
- **приказа Минздрава Саратовской области от 27 марта 2023года №36-п «О реализации государственных программ Саратовской области» (с изменениями на 20 сентября 2023 года) -** <http://www.minzdrav.saratov.gov.ru/doc/detail.php?ID=34562>

Главный внештатный специалист-педиатр
Д.м.н.



М.Ю. Сви́нарев

Согласовано

Заместитель министра Саратовской области -
начальник Управления
по охране материнства и детства



Д.А. Грайфер



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
FEDERAL RESEARCH INSTITUTE FOR HEALTH ORGANIZATION AND INFORMATICS
OF MINISTRY OF HEALTH OF THE RUSSIAN FEDERATION

Добролюбова ул., д.11, Москва, 127254

Тел. (495) 619-00-70 Факс (495) 618-22-01 доб.333 E-mail: mail@mednet.ru http://www.mednet.ru
ОКПО 18987596, ОГРН 1027739277235, ИНН/КПП 7715217798/771501001

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения»

Минздрава России, д.м.н., профессор

Кобякова О.С.

2024 г.

АКТ

внедрения результатов диссертационной работы в учебный процесс ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

Шигаева Николая Николаевича на тему: «Обоснование направлений совершенствования организации педиатрической помощи на региональном уровне»

Комиссия в составе: председатель - начальник управления по организации научно-практических и образовательных мероприятий, к.м.н. Ковширина Юлия Викторовна
члены комиссии:

главный научный сотрудник, д.м.н., доцент Люцко Василий Васильевич

главный научный сотрудник, д.м.н. Шляфер София Исааковна

подтверждает, что предложения, разработанные в рамках диссертационного исследования Шигаевым Николаем Николаевичем на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему: «Обоснование направлений совершенствования организации педиатрической помощи на региональном уровне» используются при чтении лекций и проведении семинарских занятий по вопросам организации оказания медицинской помощи городскому и сельскому детскому населению по профилю «педиатрия» при обучении врачей-ординаторов и аспирантов по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

Председатель комиссии:

Члены комиссии:

Ковширина Юлия Викторовна

Люцко Василий Васильевич

Шляфер София Исааковна

У Т В Е Р Ж Д А Ю

Проректор по учебной работе-
директор института подготовки кадров высшей
квалификации и дополнительного
профессионального образования ФГБОУ ВО
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского
Минздрава России

проф. И.О. Бугаева

« 17 » апреля 2024 г.

**АКТ
О ВНЕДРЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИКУ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ**

№ 1162

1. **Наименование кафедры, дисциплины:** кафедра общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), дисциплина «общественное здоровье и здравоохранение».
2. **Курс, факультет:**
 - Обучающиеся по программам подготовки кадров высшего образования в магистратуре по специальности «общественное здравоохранение»
3. **Место и время использования:** лекции и практические занятия по темам: «Организация медицинской помощи городскому и сельскому населению», «Экспертиза качества медицинской помощи», «Заболеваемость и инвалидность как медико-социальная проблема», «Современные проблемы экономики», «Здоровье как экономическая категория», «Планирование деятельности медицинских организаций», «Риск-менеджмент в медицинских организациях».
4. **Краткая аннотация:** *Внедрены результаты работы по изучению состояния здоровья детского населения Саратовской области, организации медицинской помощи пациентам педиатрического профиля. Представлено научное обоснование приоритетных направлений совершенствования медицинской помощи пациентам детского возраста на региональном уровне*
5. **Форма внедрения:**
 - В материалах 7 лекций
 - При проведении научно-практического тренинга «Стратегия принятия управленческих решений»

Автор: Шигаев Н.Н., аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины)

Заведующая кафедрой: Еругина М.В., д.м.н., профессор

Директор Департамента организации образовательной деятельности:

Клюктунова Н.А., канд.социолог.наук, доцент

Дата: « 17 » апреля 2024 г.

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе-
директор института подготовки кадров высшей
квалификации и дополнительного
профессионального образования ФГБОУ ВО
Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского
Минздрава России

_____ проф. И.О. Бугаева

« 17 » апреля 2024 г.

АКТ
О ВНЕДРЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИКУ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ
№ 1163

1. **Наименование кафедры, дисциплины:** кафедра общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины), дисциплина «общественное здоровье и здравоохранение».

2. **Курс, факультет:**

- Обучающиеся по дополнительным образовательным программам (срок освоения 144 часа, 576 часов) по специальности «общественное здоровье и здравоохранение»

3. **Место и время использования:** лекции и семинары по темам: «Организация медицинской помощи городскому и сельскому населению», «Экспертиза качества медицинской помощи», «Заболеваемость и инвалидность как медико-социальная проблема», «Современные проблемы экономики», «Здоровье как экономическая категория», «Планирование деятельности медицинских организаций», «Риск-менеджмент в медицинской организации».

4. **Краткая аннотация:** Внедрены результаты работы по изучению состояния здоровья детского населения Саратовской области, организации медицинской помощи пациентам педиатрического профиля. Представлено научное обоснование приоритетных направлений совершенствования медицинской помощи пациентам детского возраста на региональном уровне

5. **Форма внедрения:**

- В материалах 7 лекций
- При проведении научно-практического тренинга «Стратегия принятия управленческих решений»

Автор: Шигаев Н.Н., аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины)

Заведующая кафедрой: Еругина М.В., д.м.н., профессор _____

Директор Департамента организации образовательной деятельности:

Клоктунова Н.А., канд.социолог.наук, доцент _____

Дата: « 17 » апреля 2024 г.



УТВЕРЖДАЮ

Главный врач ГУЗ Саратовской области
«Балашовская районная больница»

Гадяцкий А.Ю.

**АКТ О ВНЕДРЕНИИ
РЕЗУЛЬТАТОВ НИР В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**

1. Наименование предложения: организационно-экономическое обоснование создания и функционирования Межрайонного педиатрического центра на базе Балашовской районной больницы.

Краткая аннотация: предложено и внедрено в работу организационно-экономическое обоснование создания и функционирования Межрайонного педиатрического центра на базе Балашовской районной больницы, включающее 4 этапа его формирования:

- создание нормативной базы для организации межрайонного центра;
- сосредоточение врачей, оказывающих специализированную ПМСП, медицинского оборудования в межрайонном центре;
- развитие телемедицинских технологий между структурными подразделениями межрайонного центра;
- изменение маршрутизации пациентов с акцентом на оказание ПМСП детскому населению врачами общей практики (семейными врачами) или педиатрами (в переходный период).

Эффект от внедрения: Организация межрайонного педиатрического центра на базе ГУЗ Саратовской области «Балашовская районная больница» с присоединением Аркадакского, Романовского, Самойловского и Турковского районов в 2021 г. и его функционирование в 2022 году способствовало увеличению доступности медицинской помощи детскому населению сельских районов, снижению экономического ущерба при оказании консультаций, снижению финансового бремени на семью ребенка с хронической соматической патологией, снижению экономического ущерба для муниципальных районов области, повышению экономической и социальной эффективности медицинской помощи детскому населению.

2. Место и время использования предложения:

2021-2022 г - ГУЗ СО «Балашовская районная больница»

5. Форма внедрения:

- Постановление Правительства Саратовской области от 30 июня 2021г. № 502-П « Об утверждении регионально программы «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям (Саратовская область)» - <http://publication.pravo.gov.ru/document/6400202107060009>
- Постановление Правительства Саратовской области от 20 декабря 2021г. № 1121-П «Об утверждении региональной программы модернизации первичного звена здравоохранения Саратовской области» ([http://minzdrav.saratov.gov.ru/arkhivy-doc/1121-П%20\(1-100\).pdf](http://minzdrav.saratov.gov.ru/arkhivy-doc/1121-П%20(1-100).pdf))
- приказ Минздрава Саратовской области от 27 марта 2023 года №36-п «О реализации государственных программ Саратовской области» (с изменениями на 20 сентября 2023 года) - <http://www.minzdrav.saratov.gov.ru/doc/detail.php?ID=34562>

Автор:

аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

 Шигаев Н.Н.

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения (с курсами истории медицины и правоведения) ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Д.м.н., профессор

 М.В. Еругина

Дата: « 20 » декабря 2023 г.