

ДУДАРЕВА
Виктория Андреевна

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

14.02.03 –Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России)

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, доцент

**Ходакова
Ольга Владимировна**

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор, ученый секретарь кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

**Полунин
Валерий Сократович**

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, заведующая отделом охраны здоровья детей ФГБУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства имени В.Н. Городкова» Минздрава России

**Филькина
Ольга Михайловна**

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России)

Защита диссертации состоится «29» октября 2021 г. в 10 часов на заседании Диссертационного Совета Д.208.110.01 при федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.11, и на сайте института: https://mednet.ru/images/stories/files/replay/Dudareva_text.pdf

Автореферат разослан « ___ » _____ 2021 г.

Учёный секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Т.П. Сабгайда

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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

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

Снижение показателей здоровья несовершеннолетних, по мнению ведущих организаторов здравоохранения в этой области исследований (Ю.П. Лисицын, 2010; Н.В. Полунина, 2013), обусловлено управляемыми поведенческими факторами, социально-экономическими, генетическими, медицинскими предикторами. Широкое распространение поведенческих и социально-экономических детерминант, влияющих на здоровье, свидетельствует об отсутствии у населения здоровьесберегающего поведения, изменении ценностных установок в отношении формирования института семьи и воспитания детей, недостаточной правовой компетенции граждан, а также неблагоприятной социально-экономической ситуации, определяющей низкий уровень жизни населения (А.А. Баранов, Т.В. Яковлева, В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, Е.В. Антонова, 2008; Р.Я. Нагаев, С.Г. Ахмерова, Л.П. Чичерин, Д.Х.

Абилова, 2015; Л.А. Жданова, 2016; В.Р. Кучма, 2016; В.В. Васильева, М.В. Перекусихин, 2018).

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

Степень разработанности темы исследования. Изучению факторной обусловленности предотвратимых потерь здоровья детского населения посвящен ряд работ: С.Р. Jones, С.У. Jones, G.S. Perry. 2009; В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, Т.В. Яковлева, Б.Д. Менделевич, 2010; Ю.П. Лисицын, 2010; Н.В. Полунина, 2013; В.П. Косолапов, Г.В. Сыч, М.В. Фролов, 2014; А. Sepehri, Н. Guliani, 2015; Y. Lax, М. Martinez, N.M. Brown, 2017; О.Г. Богза, О.П. Голева, 2017; О.В. Калиниченко, Н.Г. Петрова, Е.В. Дембикова, С.А. Калинина, 2017; О.А. Манерова, А.Ю. Маркина, 2018), в которых была представлена характеристика основных показателей здоровья. Высокое медико-демографическое, социальное и экономическое значение показателей здоровья детского населения определяет необходимость: изучения факторной обусловленности здоровья; анализа эффективности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детям; совершенствования организационно-управленческих и нормативно-правовых технологий при оказании медицинской помощи, направленных на сохранение здоровья детского населения с учетом региональных особенностей.

Цель исследования: научно обосновать организационные технологии при оказании медицинской помощи детскому населению, направленные на сохранение здоровья несовершеннолетних.

Задачи исследования:

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

Научная новизна исследования:

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

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

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

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

Разработаны и апробированы организационные технологии в форме образовательного модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья», как механизма координации деятельности образовательных организаций высшего образования, позволяющего стандартизовать подходы к

формированию квалификации специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению.

Теоретическая и практическая значимость исследования:

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

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

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

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

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

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

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

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

Положения диссертации, выносимые на защиту:

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

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

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

Степень достоверности результатов диссертационного исследования.

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

Апробация результатов диссертационного исследования. Основные положения диссертационного исследования доложены на следующих научно-практических конференциях: международной научно-практической конференции «Новейшие концепции фундаментальных и прикладных научных исследований: опыт, традиции, инновации, эффективная стратегия развития» (г. Санкт-Петербург, 2015 г.); VIII Межрегиональной научно-методической конференции (г. Кемерово, 2016 г.); международной научной конференции студентов и молодых ученых на английском языке «Актуальные вопросы медицины» (г. Ставрополь, 2017 г.); 85-й Всероссийской Байкальской научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Актуальные вопросы современной медицины» (г. Иркутск, 2018 г.); юбилейной научно-практической конференции «Системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края 25 лет» (г. Чита, 2018 г.); II Конференции молодых ученых с международным участием «Здоровье и

здравоохранение в России» (г. Москва, 2018 г.), XV-XVIII межрегиональных межвузовских научно-практических конференциях молодых ученых «Медицина завтрашнего дня» (г. Чита, 2016 - 2019 гг.).

Личный вклад автора. Автором самостоятельно подготовлен обзор литературы по изучаемой теме, проведена социально-гигиеническая оценка отдельных групп показателей здоровья детского населения с учетом региональных особенностей субъекта Российской Федерации, представлен структурно-организационный анализ деятельности медицинских организаций Забайкальского края, оказывающих медицинскую помощь детям, сформированы электронные базы данных, осуществлена статистическая обработка результатов исследования. При активном участии автора определены цель и задачи (95%), разработаны дизайн, программа, методология и методы исследования (95%), организовано и проведено комплексное социально-гигиеническое исследование, направленное на изучение социальных детерминант, влияющих на состояние здоровья детского населения (80%), на основе полученных результатов сформулированы выводы и практические рекомендации (98%).

Публикации по результатам исследования. По теме диссертации опубликовано 18 печатных работ, в том числе 4 статьи в изданиях, включенных в Перечень российских рецензируемых научных журналов, рекомендуемых ВАК при Министерстве высшего образования и науки Российской Федерации, 2 статьи – в журналах, входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 210 страницах, состоит из введения, семи глав, заключения, выводов и предложений, списка литературы, сокращений, приложений. Работа иллюстрирована 28 таблицами, 27 рисунками. Указатель литературы содержит 208 источников, из которых 45 – представлены научными трудами зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** представлено обоснование актуальности темы диссертационного исследования, определены цель и задачи, обозначены научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, изложены методология и методы исследования, сформулированы основные положения, выносимые на защиту, описан личный вклад автора.

В **первой главе** проведен обзор отечественных и зарубежных литературных источников, посвященных изучению образования и развития системы охраны материнства и детства, организации медицинской помощи

детям, оценке показателей здоровья детского населения и его факторной обусловленности на территории Российской Федерации.

Вторая глава включает описание программы и этапов диссертационного исследования (таблица 1). **Объект** исследования – система организации оказания медицинской помощи детскому населению Забайкальского края. **Предмет** исследования – медицинские и социальные факторы, влияющие на здоровье детского населения (социально-экономические детерминанты, структурно-организационные проблемы в системе организации оказания медицинской помощи детям, социальный статус семьи, в которой проживает ребенок, уровень правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в сфере охраны здоровья), определяющие особенности организации медицинской помощи несовершеннолетним. **Единица наблюдения:** ребенок; первичная медицинская документация; руководитель медицинской организации; специалист, оказывающий медицинскую помощь детскому населению; лицо репродуктивного возраста, имеющее несовершеннолетнего ребенка, социально неблагополучная семья. **База исследования:** медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь детскому населению.

Изучение региональных социально-экономических особенностей, медико-демографических процессов, социально-гигиенической характеристики отдельных групп показателей здоровья детского населения осуществлено на основе анализа данных форм федерального статистического наблюдения Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Забайкальскому краю за период с 2012 по 2018 гг.

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

Социально-гигиеническое исследование по изучению доступности ПМСП детскому населению реализовано в соответствии с методикой оценки удовлетворенности граждан РФ качеством предоставления государственных и муниципальных услуг.

Таблица 1.

Программа и этапы диссертационного исследования

| ЭТАПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Изучить современные аспекты организации медицинской помощи детскому населению с учетом факторной обусловленности здоровья | Провести социально-гигиеническую оценку отдельных групп показателей здоровья детского населения с учетом региональных особенностей субъекта РФ | Представить структурно-организационный анализ деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению региона | Оценить социальные детерминанты здоровья детского населения, определяющие особенности организации медицинской помощи в регионе | Провести экспертную оценку результативности оказания медико-социальной помощи детскому населению региона | Разработать и апробировать организационные технологии, направленные на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне |
| МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ | | | | | |
| Контент-анализ | Санитарно-статистический метод Аналитический метод | Санитарно-статистический метод Структурно-организационный анализ Аналитический метод Экспертный метод | Социологический метод Санитарно-статистический метод Аналитический метод | Социологический метод Экспертный метод Санитарно-статистический метод Аналитический метод | Организационно-правовой анализ Аналитический метод |
| ИСТОЧНИКИ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ И ОБЪЕМ ИССЛЕДОВАНИЯ | | | | | |
| 208 литературных источников, в том числе 18 нормативно-правовых актов Минздрава России и Минздравсоцразвития России, справочная правовая система «Консультант-плюс», онлайн сервисы | Информационная база форм федерального статистического наблюдения по РФ и Забайкальскому краю за период с 2012 по 2018 гг.: ФСН № 12, ФСН № 14 | Информационная база форм федерального статистического наблюдения по РФ и Забайкальскому краю за период с 2012 по 2018 гг.: ФСН № 30; ФСН 32; карта экспертной оценки по изучению проблем в системе охраны материнства и детства в части организации оказания медицинской помощи детскому населению (n=30); анкета по изучению уровня удовлетворенности населения доступностью ПМСП детям (n=852) | Анкета по изучению стратификационных характеристик репродуктивного потенциала населения Забайкальского края (n=402); формы первичной медицинской документации: форма 112/у «История развития ребенка» и «Социальный паспорт семьи», выкопировочная карта учета сведений по выявлению факторов социального статуса семьи (n=70); анкета по изучению уровня правовой функциональной грамотности населения в вопросах прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья (n=410); анкета, направленная на оценку уровня правовой информированности специалистов, оказывающих ПМСП детскому населению, в части реализации прав детей в области охраны здоровья (n=90) | Карта экспертной оценки, направленная на выявление проблем организации и оказания медико-социальной помощи детскому населению (n=20); данные социологического исследования, направленного на оценку организации медико-социальной помощи на региональном уровне (n=90) | Анкета по оценке результативности внедрения образовательного модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья», позволившая оценить уровень правовой информированности специалистов, оказывающих ПМСП детскому населению (n=103); анкета по оценке удовлетворенности населения ПМСП детскому населению (n=435) |
| Методы сбора информации: выкопировка данных из форм федерального статистического наблюдения, сборников данных официальной статистики Забайкальского края, РФ, первичной медицинской документации; анкетирование населения, медицинских работников; заполнение карт экспертной оценки | | | | | |

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

Экспертная оценка состояния системы охраны материнства и детства в регионе позволила выявить проблемы в организации медицинской помощи детскому населению. Достоверность полученных результатов подтверждена расчетом непараметрического критерия Кокрена (Q).

Изучение социальных детерминант здоровья детского населения проведено с применением методик кластерного и однофакторного дисперсионного анализа, и включало оценку стратификационных характеристик репродуктивного потенциала населения, исследование медико-социальных особенностей социально неблагополучных семей, правовой информированности производителей и потребителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм, регламентирующих права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья. Оценка результативности медико-социальной помощи детскому населению реализована с использованием экспертного метода (коллективный экспертный метод «Дельфи»).

В **третьей главе** представлена социально-гигиеническая оценка отдельных групп показателей здоровья детского населения с учетом региональных особенностей субъекта Российской Федерации.

Забайкальский край, являясь трансграничным субъектом Российской Федерации, обладает геостратегическим потенциалом, который обусловлен природно-ресурсными, этнокультурными, географическими, политико-экономическими особенностями. В настоящее время в регионе наблюдается социально-экономическая напряженность, которая нарастает на фоне имеющихся внутренних проблем (стагнации отраслевой структуры промышленности, недостаточного развития рыночной инфраструктуры, низкого уровня жизни) и негативно влияет на здоровье населения. Показатели, характеризующие демографическую ситуацию за период 2012-2018 гг., отражают отрицательную динамику изменения механического и естественного движения. В крае регистрируется убыль населения, преимущественно за счет миграционного оттока экономически активных трудоспособных граждан (темпы убыли -2,4%), отмечается стабильно высокий уровень безработицы (10,2%), низкий показатель среднедушевого дохода населения (до 20% населения имеют доход ниже величины прожиточного уровня), низкий уровень образования населения (рисунок 1).

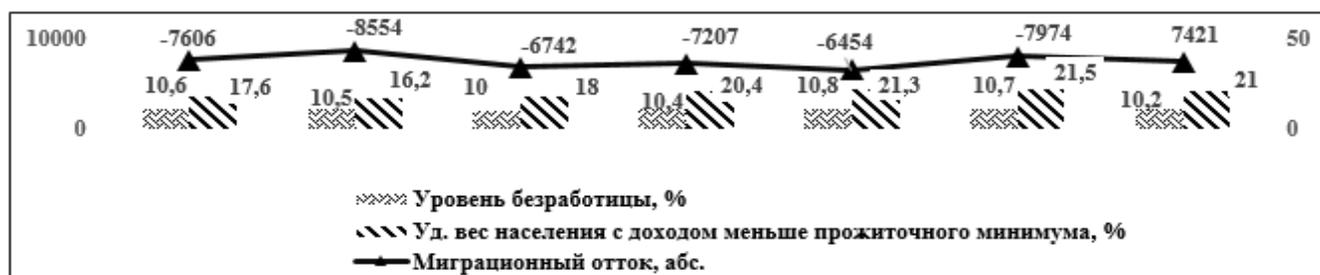


Рисунок 1. Динамика изменения социально-экономических детерминант за период с 2012 по 2018 гг. (% , абс.)

Медико-демографические показатели, характеризующие процессы естественного движения населения за исследуемый период, также имеют неудовлетворительную оценку. Отмечены низкий уровень рождаемости (темп убыли -21,6%), средний уровень смертности (темп убыли -6,1%), убыль населения (темп убыли -87,1%) (рисунок 2).

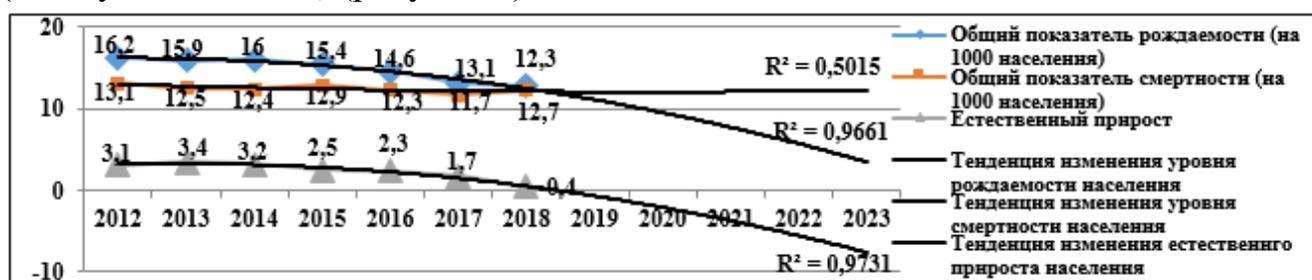


Рисунок 2. Динамика изменения показателей естественного движения населения (%)

Социально-экономическая напряженность в регионе обуславливает снижение показателей здоровья населения за счет сложноуправляемых социально-экономических факторов (прямая сильная корреляционная связь между уровнем общей безработицы и коэффициентом смертности $r=0,84$, $p=0,0258$, обратная сильная корреляционная связь между уровнем общей безработицы и коэффициентом рождаемости $r=-0,76$, $p=0,0126$).

Нестабильная динамика изменения показателей репродуктивных потерь за исследуемый период: рост фетоинфантильных потерь на 16,5% преимущественно за счет показателя мертворожденности; значительный удельный вес постнеонатального компонента младенческой смертности (48%); высокий уровень аборт, в структуре которых преобладают искусственные (64,8%), - свидетельствует не только о влиянии социально-экономических особенностей региона (прямая сильная корреляционная связь между уровнем общей безработицы и удельным весом искусственных абортов $r=0,82$, $p=0,0451$), но и о проблемах в системе организации оказания медицинской помощи детскому населению (рисунок 3).



Рисунок 3. Динамика изменения показателей фетоинфантильных потерь в Забайкальском крае за период 2012-2018 гг. (%)

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

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

В четвертой главе представлены результаты структурно-организационного анализа и экспертной оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, в регионе за период с

2012 по 2018 гг., на основе которых выявлены организационные проблемы ($Q=1800$, $p \leq 0,01$):

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

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

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

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

5) доступность медицинской помощи детскому населению (52,2% [95% ДИ 57,0%-47,4%]) - более половины экспертов выделяют проблемы при обращении в медицинские организации, оказывающие ПМСП детям, что подтверждено проведенным социологическим исследованием среди населения. Так, длительное ожидание в очереди отметили 35,9% [95% ДИ 31,6%-40,1%] опрошенных ($M=32 \pm 2,8$ мин.), отсутствие информационного сопровождения и недоступность сервиса единого электронного портала пациента – 18,0% [95% ДИ 14,6%-21,4%]. При оценке соблюдения сроков оказания ПМСП в соответствии с ТПГГ установлено: время ожидания приема врача - педиатра участкового в течение 24 часов отметили 76,0% [95% ДИ 72,5%-79,6%] респондентов, время ожидания приема врача-специалиста при плановой форме в течение 14 календарных дней –

76,9% [95% ДИ 73,4%-80,4%], неотложная помощь оказана пациентам в течение 2 часов в 79,5% [95% ДИ 76,1%-82,8%] случаев. Необходимо отметить, что в четверти случаев обращений населения за ПМСП нарушены сроки оказания медицинской помощи, что ограничивает реализацию конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья. Оценка объемов оказания ПМСП населению за анализируемый период позволила установить, что число посещений на 1 жителя в год сократилось с 8,7 до 7,6 (темп убыли -12,6%), из них посещения с профилактической целью - с 7,2 до 3,2 посещения на 1 застрахованное лицо (темп убыли -50,0%), число обращений по заболеванию снизилось с 2,8 до 2,1 на 1 жителя в год (темп убыли -25%), что в сравнении с нормативными показателями, утвержденными ТППГ, выше на 6,6% (3,0 посещения с профилактической целью на 1 жителя в год) и ниже на 4,5% (2,2 обращения по заболеванию на 1 жителя в год) соответственно. Данная динамика свидетельствует о снижении медицинской активности населения, что отражается на уровне заболеваемости детского населения по обращаемости (корреляционная зависимость между числом обращений по заболеванию и общей заболеваемостью детей в возрасте от 0 до 14 лет ($r=+0,892$, $p=0,0112$)) и характеризует доступность ПМСП;

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

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

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

в части выбора лечащего врача – $RR=3,7$ ($\chi^2=84,8$). Установленные предикторы могут выступать причинами несоблюдения прав несовершеннолетних пациентов в сфере охраны здоровья, а также снижения доступности медицинской помощи.

В пятой главе проанализированы социальные детерминанты здоровья детского населения, определяющие особенности организации медицинской помощи в регионе.

Социологическое исследование, проведенное среди населения Забайкальского края, позволило установить социальные детерминанты, влияющие на репродуктивные установки лиц фертильного возраста. В качестве ведущих выступили: семейное ($F=240,858$, $p<0,001$) и социальное положения ($F=54,050$, $p<0,001$), уровень материального благосостояния ($F=11,914$, $p<0,001$), ценностные ориентиры семьи ($F=181,439$, $p<0,001$) (таблица 2).

Таблица 2 - Результаты дисперсионного анализа

| | ANOVA | | | | F | Знач. P |
|----------------------|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Кластеризовать | | Ошибка | | | |
| | Ср. кв. | ст. св. | Ср. кв. | ст. св. | | |
| Уровень образования | 1,675 | 1 | 0,844 | 193 | 1,984 | 0,161 |
| Социальное положение | 138,400 | 1 | 2,561 | 193 | 54,050 | 0,000 |
| Семейное положение | 292,666 | 1 | 1,215 | 193 | 240,858 | 0,000 |
| Уровень дохода | 2,763 | 1 | 0,232 | 193 | 11,914 | 0,001 |
| Состояние здоровья | 2,942 | 1 | 1,010 | 193 | 2,912 | 0,090 |
| Ценностные установки | 67,053 | 1 | 0,370 | 193 | 181,439 | 0,000 |

По результатам кластерного анализа сформирована целевая группа респондентов, характеризующаяся низким уровнем репродуктивных установок, нуждающаяся в адресной работе со стороны организаций медицинского и социального профилей (таблица 3).

Таблица 3 - Распределение признаков внутри кластеров (групп) населения

| | Конечные центры кластеров | |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|
| | Кластеры | |
| | 1 | 2 |
| Возраст | 21-25 лет | 31-35 лет |
| Образование | Среднее специальное | Среднее специальное |
| Социальное положение | Учится | Работает |
| Семейное положение | Не замужем | Замужем |
| Уровень дохода | Выше прожиточного минимума | Ниже прожиточного минимума |
| Ценностные установки | Не изменились | Изменились |

На основе анализа данных оценки социальных детерминант дезадаптированных (неблагополучных) семей, имеющих детей раннего возраста, сформирован социальный портрет, который представлен: молодым возрастом семейной пары ($M=29\pm 1,5$), наличием у них среднего образования (75% [95% ДИ 67,4%-82,6%]), отсутствием трудоустройства (90,6% [95% ДИ 85,4%-95,8%]). Уровень материального благосостояния в 100% случаев ниже прожиточного

минимума, что свидетельствует о малообеспеченности и низком социальном статусе данных семей. При оценке семейного положения установлено: 82,4% [95% ДИ 74,2%-90,6%] респондентов проживают в фактическом (незарегистрированном) браке, что отражает современную тенденцию изменения модели брачных отношений среди населения. В представленных условиях отсутствует возможность для полноценного психо-физического развития ребенка. Высокая распространенность социальных предикторов обуславливает необходимость развития медико-социальной помощи, оказываемой детям из семей высокого социального риска.

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

Установлен низкий уровень правовой функциональной грамотности населения в вопросах, регламентирующих права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья, что подтверждено: недостаточной осведомленностью граждан о ювенальном законодательстве как международного уровня, так и национального (48% [95% ДИ 45,5%-50,5%]), низким уровнем информированности населения об основных нормах ФЗ от 29.12.1995 г. № 223-ФЗ (ред. от 01.05.2017г.) «Семейный кодекс Российской Федерации» (49,1 [95% ДИ 46,6%-51,6%]), ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (19,6% [95% ДИ 17,7%-21,5%]). Проведенный дисперсионный анализ позволил верифицировать социальные предикторы правовой информированности граждан: семейное положение ($F=13621$, $p<0,001$), социальный статус респондентов ($F=380,57$, $p<0,001$), уровень материального благосостояния ($F=17,108$, $p<0,001$). На основе кластерного анализа выделена целевая группа респондентов, состоящая преимущественно из молодых людей в возрасте от 21 до 30 лет, не состоящих в браке, не трудоустроенных, имеющих низкий уровень материального благосостояния, которая выступает «несостоятельной» в вопросах реализации прав несовершеннолетних и требует повышенного внимания со стороны органов социальной защиты и практического здравоохранения.

Недостаточный уровень правовой информированности специалистов, оказывающих ПМСП детскому населению (14,3% [95% ДИ 11,5%-16,6%]), отражает нормативную модель правового поведения медицинских работников. При изучении влияния отдельных профессиональных характеристик на уровень правовой информированности установлено, что более высокий стаж работы

специалиста ($RR=2,5$, $\chi^2=6,125$) относительно минимального стажа работы ($RR=1,8$, $\chi^2=0,856$), выступает фактором риска правовой компетентности врачей.

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

В **шестой главе** дана экспертная оценка результативности организации и оказания медико-социальной помощи несовершеннолетним, при реализации ПМСП, на основе которой установлены организационные проблемы (таблица 4).

Таблица 4 - Экспертная оценка медико-социальной помощи

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

Наиболее значимые из них: недостаточная правовая компетентность специалистов, оказывающих медико-социальную помощь детскому населению; низкий уровень преемственности между медицинскими организациями, оказывающими медико-социальную помощь; несовершенство межведомственного и междисциплинарного взаимодействия организаций медицинского и социального профилей при оказании медицинской помощи детям.

В **седьмой главе** представлены организационные технологии, направленные на совершенствование организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне. Организационные технологии включают информационный, организационный и образовательный модули (таблица 5). Организационный модуль представлен мероприятиями, направленными на внедрение в систему организации оказания медицинской помощи детскому населению трехуровневой модели медико-социальной помощи несовершеннолетним, на формирование единого регистра учета и ведения социально неблагополучных семей, имеющих несовершеннолетних детей, проживающих на территории региона.

Таблица 5 - Организационные технологии по совершенствованию организации оказания медицинской помощи детскому населению на региональном уровне

| МОДУЛЬ | НАПРАВЛЕНИЕ | МЕХАНИЗМ РЕАЛИЗАЦИИ | ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ |
|----------------------|---|---|---|
| Организа- ционный | Совершенствование подходов к оказанию медико-социальной помощи детскому населению на региональном уровне | Организация трехуровневой модели медико-социальной помощи на региональном уровне | 1. Повышение уровня обращаемости детского населения за медицинской помощью (повышение уровня доступности медико-социальной помощи) 2. Снижение уровня детской смертности от внешних причин 3. Сохранение репродуктивного здоровья |
| | | Введение единого регистра учета социально неблагополучных семей, имеющих несовершеннолетних детей, проживающих на территории региона | |
| Информа- ционный | Формирование единого информационного пространства организаций медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним | Формирование единой информационной системы организаций медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним | 1. Повышение результативности взаимодействия организаций медицинского и социального профилей 2. Повышение удовлетворенности населения первичной медико-санитарной помощью детскому населению 3. Повышение удовлетворенности населения информационным сопровождением пациентов 4. Правовое информирование семьи |
| | | Формирование электронного кабинета «Личный кабинет несовершеннолетнего пациента» | |
| Образова- тельный | Повышение правовой информированности производителей медицинских услуг детскому населению в рамках установленных правовых норм в вопросах реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья | Введение учебного модуля «Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья» в структуру ОПОП по специальностям «Педиатрия», «Лечебное дело» (уровень специалитета), в структуру ОПОП подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) по специальности «Педиатрия», в программы ДПО по специальности «Педиатрия» на базах высших образовательных учреждений | 1. Повышение уровня правовой информированности специалистов, оказывающих медицинскую помощь детскому населению |

Предложенные мероприятия позволяют своевременно выявлять, оперативно осуществлять междисциплинарную, межведомственную деятельность в вопросах обеспечения маршрутизации детей, успешно реализовывать индивидуальные программы медико-социальной реабилитации и сохранять здоровье детского населения.

Информационный модуль включает мероприятия по формированию единого информационного пространства в организациях медицинского и социального профилей, оказывающих помощь несовершеннолетним, и содержит положение о внедрении электронного кабинета «Личный кабинет несовершеннолетнего пациента». Положение составлено в соответствии с федеральным законодательством по обеспечению прав граждан на защиту

персональных данных. Апробирование информационного модуля проведено на базах медицинских организаций Забайкальского края и позволило повысить удовлетворенность населения ПМСП, оказываемой несовершеннолетним (59% [95% ДИ 57,6%-62,3%], $p < 0,001$), удовлетворенность информационным сопровождением пациентов (63% [95% ДИ 60,8%-65,7%], $p < 0,001$).

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

ВЫВОДЫ

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

2. Результаты структурно-организационного анализа и экспертной оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению в регионе, свидетельствуют об организационных проблемах: низкой кадровой обеспеченности (снижение уровня обеспеченности населения врачами-педиатрами на 29,7%, врачами-терапевтами подростковыми – на 35%); ограниченной доступности первичной медико-санитарной помощи детскому населению (снижение объемов первичной медико-санитарной помощи: число посещений на 1 жителя в год сократилось на 12,6%, в том числе посещений с

профилактической целью - на 50,0%, числа обращений по заболеванию – на 25%); недостаточной удовлетворенности населения медицинской помощью несовершеннолетним (47,9%); несовершенстве материально-технического обеспечения медицинских организаций; низкой результативности межведомственного взаимодействия между организациями медицинского и социального профилей.

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

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

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

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

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

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

На локальном уровне - уровне медицинских организаций:

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

На уровне образовательных организаций:

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

Публикации в изданиях, рекомендуемых ВАК

1. Дударева, В.А. Становление системы охраны детства как социального института государства в России: медико-демографические аспекты (обзор литературы) [Электронный ресурс] /В.А. Дударева //Забайкальский медицинский вестник. – 2017. – № 4. – С. 174-187. - Режим доступа URL: <http://zabmedvestnik.ru/journal/2017/4/26.pdf>. (1,62 п.л., авт. – 1,28 п.л.).
2. Ходакова, О.В. О правовой функциональной грамотности населения в сфере реализации прав несовершеннолетних в области охраны здоровья /О.В. Ходакова, В.А. Дударева //Здравоохранение Российской Федерации. – 2017. – №6 (61). – С. 30-36. (0,8 п.л., авт. – 0,73 п.л.).
3. Ходакова, О.В. Организация медико-социальной помощи детскому населению на уровне субъекта РФ /О.В. Ходакова, В.А. Дударева //Менеджер здравоохранения. – 2019. – №4. – С. 54–59 (0,69 п.л., авт. – 0,61 п.л.).
4. Ходакова, О.В. Оценка эффективности деятельности службы охраны материнства и детства на уровне субъекта Российской Федерации /О.В. Ходакова,

В.А. Дударева // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – №1. – С. 353-370. (1,9 п.л., авт. – 1,04 п.л.).

Публикации в изданиях, входящих в зарубежные реферативные базы

5. Ходакова, О.В. К оценке репродуктивного потенциала населения на региональном уровне /О.В. Ходакова, В.А. Дударева //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – №2. – С. 79–83. (0,57 п.л., авт. – 0,57 п.л.).
6. Ходакова, О.В. Социально-гигиеническая оценка состояния системы охраны материнства и детства на региональном уровне /О.В. Ходакова, В.А. Дударева //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – №3. – С. 423-427. (0,65 п.л., авт. – 0,58 п.л.).

Основные работы, опубликованные в других изданиях

7. Ходакова, О.В. Комплексная оценка социально-экономической и медико-демографической ситуации в Забайкальском крае за период с 2011 по 2014 гг. /О.В. Ходакова, В.А. Дударева //Новейшие концепции фундаментальных и прикладных научных исследований: опыт, традиции, инновации, эффективная стратегия развития. Сборник научных статей по итогам международной научно-практической конференции. Санкт-Петербург. – 2015. – С. 29–32. (0,35 п.л., авт. – 0,26 п.л.).
8. Ходакова, О.В. Медико-социальная характеристика репродуктивного потенциала Забайкальского края / О.В. Ходакова, В.А. Дударева //Проблемы охраны здоровья населения и управления в здравоохранении. Сборник научных трудов. Выпуск 2, Красноярск. – 2016. – С. 152–157. (0,69 п.л., авт. – 0,21 п.л.).
9. Ходакова, О.В. Интегрированная оценка заболеваемости по обращаемости в Забайкальском крае /О.В. Ходакова, В.А. Дударева, Ю.В. Евстафьева //Забайкальский медицинский журнал. – 2016. – № 4. – С. 26–29. (0,20 п.л., авт. – 0,20 п.л.).
10. Дударева, В.А. Правовая грамотность населения как инструмент реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья /В.А. Дударева, Б.Б. Бортоева, О.А. Герасичкина, Е.М. Павлова //Медицина завтрашнего дня. Материалы XVI межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых. – Чита. – 2017. – С. 312–313. (0,11 п.л., авт. – 0,11 п.л.).
11. Дударева, В.А. Медико-социальная оценка социально неблагополучных семей в системе охраны материнства и детства /В.А. Дударева, Н.Ю. Вертопрахова, Ю.С. Ульянова //Медицина завтрашнего дня. Материалы XVI межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых. – Чита. – 2017. – С. 316–317. (0,11 п.л., авт. – 0,11 п.л.).
12. Ходакова, О.В. Some aspects of structural and organizational analysis of mother and child health care in the regional level /О.В. Ходакова, Ю.Г. Соловьева, В.А. Дударева //Актуальные вопросы медицины. Материалы международной научной конференции студентов и молодых ученых на английском языке. Ставрополь. –2017. – С. 63. (0,11 п.л., авт. – 0,11 п.л.).

13. Ходакова, О.В. Структурно-организационный анализ системы охраны материнства и детства на уровне субъекта Российской Федерации /О.В. Ходакова, В.А. Дударева //Проблемы охраны здоровья населения и управления в здравоохранении. Сборник научных трудов. Выпуск 3. Красноярск. – 2017. – С. 103–107. (0,46 п.л., авт. – 0,23 п.л.).
14. Дударева, В.А. Социальная удовлетворенность населения доступностью первичной медико-санитарной помощи детям на региональном уровне /В.А. Дударева, Т.С. Горностаева, Д.В. Лесков //Материалы XVII межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых. – Чита. – 2018. – С. 283–284. (0,11 п.л., авт. – 0,11 п.л.).
15. Дударева В.А. Оценка ресурсного обеспечения системы охраны материнства и детства на уровне субъекта РФ /В.А. Дударева, Г.С. Архинчеева, Е.С. Гниломедова //Материалы XVII межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых. – Чита. – 2018. – С. 278–279. (0,11 п.л., авт. – 0,11 п.л.).
16. Дударева, В.А. Уровень правовой грамотности специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детям, при реализации прав несовершеннолетних в сфере охраны здоровья /В.А. Дударева, М.Б. Жамцаранжапова //Материалы XVII межрегиональной межвузовской научно-практической конференции молодых ученых. – Чита. – 2018. – С. 285–286. (0,11 п.л., авт. – 0,11 п.л.).
17. Ходакова, О.В. Социально-гигиеническая оценка доступности первичной медико-санитарной помощи детскому населению на уровне субъекта Российской Федерации /О.В. Ходакова, В.А. Дударева, Ю.В. Евстафьева //Материалы юбилейной научно-практической конференции «Системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края 25 лет». Сборник статей. – Чита. – 2018. – С. 106–111. (0,58 п.л., авт. – 0,38 п.л.).
18. Ходакова, О.В. Медико-социальная оценка стратификационных факторов социально неблагополучных семей на региональном уровне /О.В. Ходакова, В.А. Дударева //Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 65-летию образования ЧГМА. – Чита. – 2018. – С. 116–119. (0,17 п.л., авт. – 0,35 п.л.).

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ДПО – дополнительное профессиональное образование

ОПОП – основная профессиональная образовательная программа

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

РФ – Российская Федерация

ТПГГ – территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

ФИП – фетоинфантильные потери