

УДК 614.258-02+378+37.014+616-082-053.2+331.103.226
DOI: 10.56871/MHCO.2022.82.36.001

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

© Василий Иванович Орел¹, Андрей Вячеславович Ким¹, Ирина Сергеевна Катаева^{1, 2}, Любовь Викторовна Сочкова¹, Любовь Леонидовна Шарафутдинова¹, Наталья Алексеевна Гурьева¹, Виктория Игоревна Смирнова¹

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

² Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Санкт-Петербургу. 191025, Российская Федерация, г. Санкт-Петербург, ул. Стремянная, д. 19, лит. А

Контактная информация: Любовь Леонидовна Шарафутдинова — к.м.н., доцент кафедры социальной педиатрии и организации здравоохранения ФП и ДПО. E-mail: sharafutdinova_liubov@mail.ru

Для цитирования: Орел В.И., Ким А.В., Катаева И.С., Сочкова Л.В., Шарафутдинова Л.Л., Гурьева Н.А., Смирнова В.И. Актуальные проблемы нормативно-правового регулирования первичной медико-социальной помощи // Медицина и организация здравоохранения. 2022. Т. 7. № 4. С. 4–17. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2022.82.36.001>

Поступила: 02.09.2022

Одобрена: 30.11.2022

Принята к печати: 22.12.2022

РЕЗЮМЕ. Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основой системы оказания медицинской помощи. Организация оказания ПМСП гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы. От состояния ПМСП зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, а также решение многих медицинских и социальных проблем, стоящих перед здравоохранением. Целью исследования явилось изучение соответствия нормативно-правовой базы целям и задачам системы оказания ПМСП детям. Были проанализированы статистические данные по заболеваемости, профилактическим медицинским осмотрам детей, обеспеченности врачами амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения детского населения Санкт-Петербурга за 2016–2020 годы. Рассчитаны трудозатраты на выполнение функции врача-педиатра участкового по амбулаторному приему, квартирным вызовам, диспансерному наблюдению, проведению профилактических прививок, а также трудозатраты врачей-специалистов по выполнению основных функций. В результате установлено, что временные затраты врача-педиатра участкового на амбулаторные посещения составили: 279,7 ч (острая патология) + 345 ч (динамическое диспансерное наблюдение) + 422,4 ч (осмотры перед прививкой) = 1047 ч/год. Уже при выполнении только этих трех позиций в структуре амбулаторного приема превышено нормативное время (651 ч/год) в 1,6 раза (или на 61,18%). Затраты времени врача-невролога на участие в профилактических медицинских осмотрах детей составили 87,0% от фактической годовой нормы часов, у врача-офтальмолога — 59,0% соответственно. При проведении ультразвукового исследования детям в рамках профилактического медицинского осмотра необходимо выполнить 26 835 условных единиц труда (УЕТ), что требует дополнительно 1,5 ставки врача ультразвуковой диагностики. Имеющиеся проблемы в оказании ПМСП в регламентированном нормативными документами объеме препятствуют эффективной деятельности

детских поликлиник при оказании ПМСП, что негативно влияет на доступность и качество медицинской помощи и на удовлетворенность пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дети 0–17 лет; заболеваемость; первичная медико-санитарная помощь; детская поликлиника; врачи-педиатры участковые; врачи специалисты; трудозатраты.

ACTUAL PROBLEMS OF LAW REGULATED PRIMARY HEALTH CARE

© Vasily I. Orel¹, Andrey V. Kim¹, Irina S. Kataeva^{1, 2}, Lyubov V. Sochkova¹, Lyubov L. Sharafutdinova¹, Natalya A. Gureva¹, Viktoria I. Smirnova¹

¹ Saint Petersburg State Pediatric Medical University. Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100

² The Department of the Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Well-Being in the city of Saint Petersburg. Saint Petersburg, Russian Federation, 191025

Contact information: Lyubov L. Sharafutdinova — PhD (Medicine), Associate Professor of the Department of Social Pediatrics and Health Organization of FP and DPO. E-mail: sharafutdinova_lyubov@mail.ru

For citation: Orel VI, Kim AV, Kataeva IS, Sochkova LV, Sharafutdinova LL, Gureva NA, Smirnova VI. Actual problems of law regulated primary health care. Medicine and health care organization (St. Petersburg). 2022;7(4):4-17. DOI: <https://doi.org/10.56871/MHCO.2022.82.36.001>

Received: 02.09.2022

Revised: 30.11.2022

Accepted: 22.12.2022

ABSTRACT. Primary health care (PHC) is the basis of the system of medical care. The organization of the provision of PHC to citizens in order to get closer to their place of residence, place of work or study is carried out according to the territorial-precinct principle, which provides for the formation of groups of the serviced population at the place of residence, place of work or study. The efficiency and quality of the entire healthcare system, as well as the solution of many medical and social problems facing healthcare, depend on the state of primary health care. The purpose of the study was to study the compliance of the regulatory framework with the goals and objectives of the primary health care system for children. Statistical data on morbidity, preventive examinations of children, provision of outpatient polyclinic health care for the children's population of St. Petersburg for 2016–2020 were analyzed. The labor costs for performing the functions of a district pediatrician for outpatient admission, apartment calls, dispensary supervision, preventive vaccinations, as well as the labor costs of specialist doctors for performing basic functions were calculated. As a result time spent by a district pediatrician on outpatient visits was found to amount to: 279.7 hours (acute pathology)+345 hours (dynamic dispensary observation)+422.4 hours (examinations before vaccination)=1047 hours / year. Even when performing only these three positions in the structure of outpatient admission, the standard time (651 hours/year) exceeded by 1.6 times (or by 61.18%). The time spent by a neurologist to participate in preventive medical examinations of children amounted to 87.0% of the actual annual norm in hours, by an ophthalmologist — 59.0%, respectively. When conducting an ultrasound examination, children must perform 26,835 conventional units of labor (UET) as part of a preventive medical examination, which requires an additional 1.5 ultrasound doctor's rate. The existing problems in the provision of primary health care in the volume regulated by state documents hinder the effective operation of children's polyclinics in the provision of primary health care, which negatively affects the availability and quality of medical care and patient satisfaction.

KEY WORDS: children 0–17 years old; morbidity; primary health care; children's polyclinic; district pediatricians; specialist doctors; labor costs.

ВВЕДЕНИЕ

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) — важнейшее звено здравоохранения, являющееся основой системы оказания медицинской помощи и включающее в себя

мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения [21].

Профилактическая направленность ПМСП определяет общий уровень состояния здоровья населения, как взрослого, так и детского, а, следовательно, и объем необходимой помощи, в том числе и наиболее дорогостоящей, стационарной [21–23]. Именно поэтому развитию ПМСП придается первостепенное значение, и она определена одним из приоритетов Национального проекта «Здоровье».

В соответствии с Конституцией Российской Федерации всем гражданам страны гарантируется право на охрану здоровья [9].

Законодательством Российской Федерации обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства и подчеркивается, что «дети являются важнейшим приоритетом государственной политики России». В Федеральном законе Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сформулированы основные принципы охраны здоровья и права в сфере охраны здоровья: приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; приоритет охраны здоровья детей; доступность и качество медицинской помощи; приоритет профилактики (статьи 4, 7, 38, 67). В статье 54 сформулированы основные принципы охраны здоровья детей и права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья [23].

В отличие от России, в большинстве зарубежных стран услуги врача предоставляются или на коммерческой, или на страховой основе. «Института» бесплатных квартирных вызовов участкового врача к остро заболевшему ребенку не существует. В случае острого заболевания в большинстве стран родители обращаются самостоятельно в отделения неотложной помощи при больнице, работающие круглосуточно. В зависимости от тяжести состояния ребенок после осмотра может быть госпитализирован или отправлен домой с рекомендациями по лечению и контролем состояния по телефону [2, 5].

В основе организации оказания ПМСП детям в России лежит территориально-участковый принцип, предусматривающий формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, учебы в образовательных организациях, расположенных на территории медицинской организации [3, 4, 8, 17, 24]. Каждый ребенок прикреплен для лечения и профилактики к медицинской организации, расположенной с учетом транспортной доступности и доезда до медицинского учреждения не более 60 минут [6, 7].

Каждый ребенок в возрасте 0–17 лет наблюдается врачом-педиатром участковым, что позволяет не только своевременно оказывать

медицинскую помощь, но и проводить вакцинацию, профилактические медицинские осмотры, осуществлять диспансерное наблюдение и т.д. Следует отметить, что при сохранении участкового принципа не исключается свободный выбор врача. По участковому принципу работает и система ежедневного выполнения квартирных вызовов к заболевшим детям [1, 5, 10, 11].

Вместе с тем имеющиеся проблемы в оказании ПМСП, вызванные несовершенным нормативно-правовым регулированием и несоответствием имеющихся ресурсов здравоохранения объему поставленных задач, препятствуют эффективной деятельности первичного звена здравоохранения, а это, в свою очередь, влияет на доступность и качество медицинской помощи, а также на уровень удовлетворенности пациентов деятельностью детских поликлиник.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ соответствия нормативно-правовой базы, регламентирующей оказание первичной медико-санитарной помощи детям, реальным возможностям медицинских организаций, поставленным задачам и ресурсному обеспечению.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ данных официальной статистики по заболеваемости, профилактическим осмотрам детей и подростков, укомплектованности штатов поликлиник Санкт-Петербурга. На основании отчетных данных детских поликлиник представлены результаты по оказанию медико-социальной помощи детям групп социального риска. Разработана математическая модель расчета трудозатрат на выполнение функций участкового врача-педиатра, врачей-специалистов поликлиники по выполнению основных функций, проанализирован порядок внутреннего и внешнего взаимодействия служб, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению 0–17 лет [12]. Нами проведено анкетирование выпускников педиатрического факультета одного из медицинских университетов Санкт-Петербурга (n=304). Цель анкетирования — выявление приоритетов в вопросах трудоустройства современных выпускников.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Оказание ПМСП в Российской Федерации регламентировано рядом нормативно-правовых

документов (более 20), непосредственно касающихся порядка оказания педиатрической помощи, организации оказания ПМСП детям, проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, оказания медицинской помощи в период обучения и воспитания в образовательных организациях [14, 16, 17, 19, 20].

В Санкт-Петербурге ПМСП детям оказывается в 79 детских амбулаторно-поликлинических учреждениях (из которых 16 являются детскими городскими поликлиниками и 63 — детскими поликлиническими отделениями), а также в 20 офисах общей врачебной практики. Первичная специализированная медицинская помощь — в консультативно-диагностических центрах, в том числе медицинских организациях федерального подчинения, диспансерах, амбулаторно-консультативных отделениях городских больниц, стоматологических поликлиниках [12, 25].

Численность детского населения 0–17 лет в Санкт-Петербурге за пятилетний период наблюдения увеличилась на 13,4% и в 2020 году составила 1 026 213 человек [12]. Динамика численности детского населения Санкт-Петербурга представлена в таблице 1.

Мощность детских поликлиник и детских поликлинических отделений медицинских организаций составляет 26 989 посещений в смену.

Ключевой фигурой в организации ПМСП детям в поликлинике является врач-педиатр участковый. Его основная задача — проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на обеспечение правильного гармоничного физического и нервно-психического развития детей, на предупреждение и снижение заболеваемости и смертности детей [3–5, 25].

В детской поликлинике можно выделить два направления оказания ПМСП: 1) оказа-

ние ПМСП прикрепленному детскому населению (территориальный принцип) и 2) оказание ПМСП несовершеннолетним, обучающимся в образовательных организациях, расположенных на территории обслуживания медицинской организации [2, 10, 12, 25].

Обеспеченность врачебными кадрами амбулаторно-поликлинического звена детского здравоохранения Санкт-Петербурга имеет отрицательную динамику по сравнению с 2019 г., и на 31.12.2020 г. она составила 37,9 на 10 000 детского населения (2019 г. — 41,1), показывая снижение на 8,0%. Показатель обеспеченности врачами-педиатрами увеличился с 2016 по 2019 г. на 16,7%, затем в 2020 г. произошло снижение на 5,0% — до 23,2 (2019 г. — 24,4; 2016 г. — 20,9) на 10 000 детей. За пятилетний период показатель обеспеченности врачами-специалистами в 2020 г. (14,7 на 10 000 детей) опустился до уровня 2016 г. (14,8 на 10 000 детей). Вместе с тем с 2016 по 2020 г. отмечалось снижение обеспеченности врачами-педиатрами участковыми на 21,9%, соответственно, с 11,1 до 9,1 на 10 000 детей (табл. 2). В целом по городу укомплектованность участковыми педиатрами составляла в 2020 г. 93,7% (2019 г. — 88,0%), врачами-педиатрами — 70,7% (2019 г. — 70,0%), специалистами — 61,6% (2019 г. — 60,0%) [12].

Восполнение дефицита кадрового состава, в том числе врачей-педиатров участковых, возможно было бы за счет выпускников педиатрических факультетов вузов. Однако современные выпускники не заинтересованы в работе участковыми педиатрами. По результатам проведенного нами анкетирования из 304 выпускников педиатрического факультета только 6% опрошенных планируют работать участковыми врачами в поликлинике, четверть опрошенных вообще не собираются заниматься врачебной деятельностью.

Таблица 1

Динамика численности детского населения Санкт-Петербурга (тыс. чел., %)

Table 1

Dynamics of the child population of St. Petersburg (thousand people, %)

Показатель / Indicator	Год				
	2016	2017	2018	2019	2020
Общее число жителей (на 1 января) (тыс. чел.) / Total number of residents (as of January 1) (thousand people)	5225,7	5356,8	5351,9	5383,9	5398,1
Дети 0–14 лет (тыс. чел.) / Children from 0–14 years old (thousand people)	765,0	809,9	784,7	805,2	864,4
Подростки 15–17 лет (тыс. чел.) / Teenagers 15–17 years old (thousand people)	139,9	139,4	114,3	118,8	161,6
% детей 0–14 лет к общему числу жителей / % of children aged 0–14 to the total number of residents	14,6	14,9	14,7	15,0	16,0
% подростков 15–17 лет к общему числу жителей / % of teenagers aged 15–17 to the total number of residents	2,7	2,8	2,1	2,2	3,0

Таблица 2

Динамика обеспеченности врачами амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения детского населения г. Санкт-Петербурга (абс., на 10 000 детей)

Table 2

Dynamics of provision of outpatient and polyclinic doctors for the children's population of St. Petersburg (abs., per 10,000 children)

Показатель	Год				
	2016	2017	2018	2019	2020
Всего врачей, (абс.) / Total doctors (abs.)	3886	3774	3540	3416	3228
Обеспеченность медицинскими кадрами на 10 000 детей 0–17 лет / Provision of medical personnel on 10 000 children 0–17 years old	37,9	41,1	39,4	39,5	35,7
Всего врачей-специалистов (абс.) / Total specialists (abs.)	1506	1517	1407	1378	1336
Обеспеченность врачами-специалистами на 10 000 детей 0–17 лет / Provision of specialist doctors for 10 000 children 0–17 years old	14,7	16,7	15,7	16,0	14,8
Всего врачей-педиатров (абс.) / Total pediatricians (abs.)	2380	2257	2133	2038	1892
Обеспеченность врачами-педиатрами на 10 000 детей 0–17 лет / Provision of pediatricians for 10 000 children 0–17 years old	23,2	24,4	23,7	23,6	20,9
На одного врача-педиатра детей 0–17 лет (абс.) / For one Pediatrician 0–17 years old	431	409	421	424	478
Всего врачей-педиатров участковых (абс.) / Total district pediatricians (abs.)	1144	1042	982	909	829
На 10 000 детей 0–17 лет / Per 10 000 children 0–17 years old	11,1	11,3	10,9	10,5	9,1
На одного врача-педиатра участкового детей 0–17 лет (абс.) / For one pediatrician of the district children 0–17 years old (abs.)	897	887	915	950	1096

Среди основных причин нежелания работать врачом-педиатром участковым называют большую нагрузку (36%), высокую ответственность (33%), неудовлетворительный уровень ожидаемой заработной платы (16%).

При изучении возрастного состава врачей-педиатров участковых в Санкт-Петербурге выяснилось, что 55% составляют лица предпенсионного и пенсионного возрастов; так, доля врачей в возрасте 50–60 лет — 29,0%, 60 лет и старше — 26,0%. Высокий удельный вес участковых педиатров старших возрастных групп и нежелание молодых врачей работать на педиатрических участках в будущем могут усугубить ситуацию с обеспеченностью детского населения врачами-педиатрами участковыми [12].

Штатные нормативы детских поликлиник и поликлинических отделений рассчитываются исходя из требований Приказа Минздрава России от 07.03.2018 г. № 92н «Об утверждении положения об организации первичной медико-санитарной помощи детям» (далее — приказ 92н). Расчет производится на прикрепленное детское население (участковый принцип) [17].

Нормативы рабочего времени, утвержденные Приказом Минздрава России от 02.06.2015 г. № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики

(семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача акушера-гинеколога» (далее — приказ 290н), показали свое несовершенство [19].

Нами была создана математическая модель, основанная на сравнительном анализе нормативных трудозатрат отдельных категорий работников детских поликлиник при исполнении ими различных обязательных направлений деятельности, что подтвердило выводы о несовершенстве существующих нормативных документов.

Для построения математической модели, демонстрирующей затраты времени врача-педиатра участкового, нами представлены временные затраты на выполнение функции по амбулаторному приему, квартирным вызовам, диспансерному наблюдению, проведению профилактических прививок. При этом затраты времени на выполнение иных функций, таких как профилактические медицинские осмотры детей; профилактические осмотры и оздоровление детей перед поступлением их в образовательные организации; организация выполнения индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов; проведение работы по охране репродуктивного здоровья детей; проведение врачебного консультирования и профессиональной ориентации детей; проведение санитарно-просветительной работы с детьми и родителями (законными представителями) по

вопросам профилактики болезней и формированию здорового образа жизни; организация санитарно-гигиенического воспитания и обучения детей и их родителей (законных представителей) и другое, нами не учитывались. В расчет также не принимались периоды учебы врача и возможное пребывание его на листке нетрудоспособности, особенности организации профилактических медицинских осмотров детей в организованных коллективах (летнее каникулярное время, неудовлетворительная организация профилактических осмотров со стороны образовательной организации), так как они могли влиять на идеальные условия выполнения функций, принятые в модели.

Норматив рабочего времени 7,7 часа, из которых 3–4 часа выделены на прием пациентов (15 минут первичный прием, 10 минут — повторный), позволяет принять 15–20 детей в смену [14]. Оставшееся время, выделяемое на выполнение квартирных вызовов, ограничивает их выполнение 8–10 посещениями пациентов на дому.

При построении модели были заданы следующие условия: численность прикрепленного детского населения составила 10 000 человек, кадровая укомплектованность детской поликлиники врачами-педиатрами участковыми и врачами-специалистами — 100% (идеальные условия), соблюдение норматива по числу детей на 1 участке (800 детей), равное количество детей 0–17 лет по всем возрастным периодам (18 периодов), показатели общей и первичной заболеваемости детей 0–17 лет и показатели заболеваемости болезнями органов дыхания в 2019 г. как наиболее распространенной патологии среди детей в Санкт-Петербурге (рис. 1, 2).

Согласно нормативным документам, регламентирующим норматив рабочего времени, в 2019 г. годовая норма рабочих дней у врача-педиатра участкового (с учетом отпускного периода) составила 217 дней, рабочих часов — 1664,9 [20]. Традиционно работа врача-педиатра участкового осуществляется по схеме: 3 часа/день на амбулаторном приеме и 4 часа/день квартирные вызовы, 0,7 часа/день выделяется на работу с документацией и иные виды деятельности. Соответственно, годовой баланс рабочего времени распределяется как 651 час на амбулаторном приеме, 868 часов — квартирные вызовы, 151,9 часов на работу с документацией.

Ниже приведен расчет временных затрат врача-педиатра участкового по отдельным видам деятельности.

1. Первичная заболеваемость детей 0–17 лет болезнями органов дыхания в Санкт-Петербурге со-

ставляет 1509,8 на 1000 человек. Из них на ОРЗ (ОРВИ) на одном участке, как правило, приходится 90%. Таким образом, в условиях одного педиатрического участка в среднем регистрировалось $1509,8 \times 0,9$ (коэф. ОРЗ) $\times 800/1000 = 1087$ случаев таких заболеваний. На каждый случай ОРЗ (ОРВИ) в среднем приходится 2,3 квартирных посещения. Следовательно, в год необходимо выполнить $1087 \times 2,3 = 2500$ квартирных посещений. При усредненном нормативе 10 квартирных посещений в день (при работе на вызовах 4 часа)

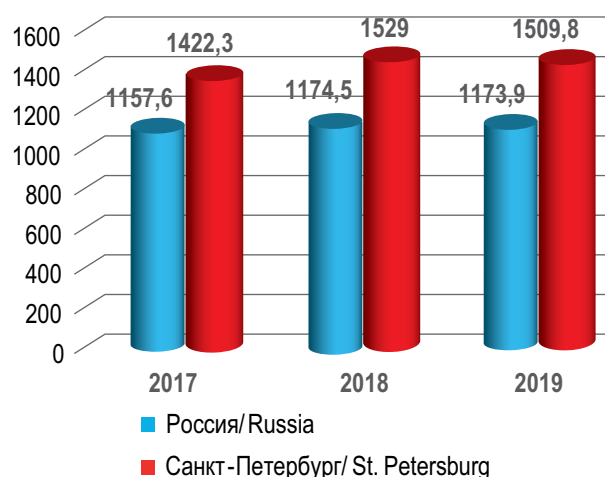


Рис. 1. Показатели первичной заболеваемости детей 0–17 лет болезнями органов дыхания в России и Санкт-Петербурге (на 1000 человек)

Fig. 1. Indicators of primary morbidity of children 0–17 years of age with respiratory diseases in Russia and Saint Petersburg (per 1000 people)

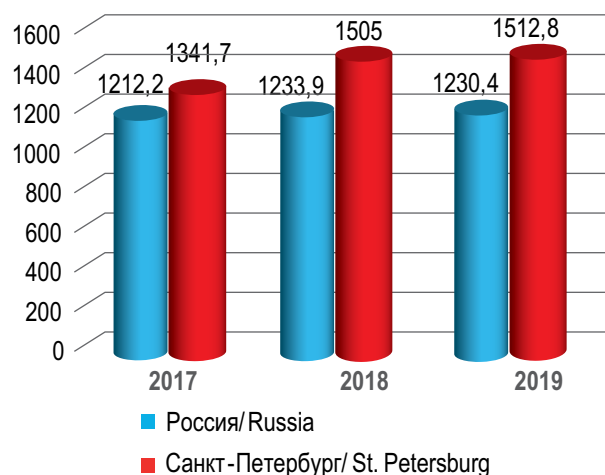


Рис. 2. Показатели общей заболеваемости детей 0–17 лет болезнями органов дыхания в России и Санкт-Петербурге (на 1000 человек)

Fig. 2. Indicators of the general morbidity of children aged 0–17 with respiratory diseases in Russia and Saint Petersburg (per 1000 people)

в течение года (217 рабочих дней) врач-педиатр участковый должен исполнить 2170 квартирных посещений. Следовательно, выполняя квартирные посещения только по поводу ОРЗ, не учитывая другую патологию, плановая нормативная нагрузка врача-педиатра участкового уже превышена на 13,2%.

Рассмотрим временные затраты врача-педиатра участкового на приеме только детей с острой патологией органов дыхания. В 2019 г. заболеваемость детей 0–17 лет болезнями органов дыхания составляла 1509,8 на 1000 человек (рис. 2), из них на ОРЗ (ОРВИ) на одном участке, как правило, приходилось 90%. Таким образом, $1509,8 \times 0,9$ (коэф. ОРЗ) $\times 800/1000 = 1087$ случаев заболеваний ОРВИ. Средний коэффициент посещаемости врача-педиатра участкового на амбулаторном приеме по поводу ОРЗ (ОРВИ) составляет 1,7. Отсюда число посещений по поводу ОРЗ (ОРВИ) составит $1087 \times 1,7 = 1848$. Как правило, все эти посещения носят повторный характер, так как первичное посещение детей с данными заболеваниями осуществляется на дому. Следовательно, общие временные затраты на обеспечение данных посещений нормативно составляют $1848 \times 0,16$ ч (10 мин) = 279,7 ч, что соответствует 43,0% от годовой нагрузки на приеме.

2. Динамическое диспансерное наблюдение, осуществляемое участковым врачом-педиатром, требует значительных временных затрат.

В 2019 г. общая заболеваемость среди детского населения в Санкт-Петербурге составила 2827,8 на 1000 детей 0–17 лет, за вычетом первичной заболеваемости болезнями органов дыхания (1509,8 на 1000), которая составила 1318 на 1000 детей. В структуре острой патологии болезней органов дыхания 8,0% (121 заболевание) пришлось на пневмонию, бронхит, бронхиальную астму, что потребовало динамического диспансерного наблюдения. Всего в динамическом диспансерном наблюдении нуждались в пересчете на 1000 детей: $1318 + 121 = 1439$ заболеваний у детей 0–17 лет. Средняя диспансерная группа на одном педиатрическом участке (800 детей) составит $1439 \times 0,8 = 1151$ заболевание, или $1151 \times 0,6 = 690$ детей, где 0,6 — усредненный коэффициент соотношения числа заболеваний у одного ребенка. Следовательно, для обеспечения в полном объеме динамического диспансерного наблюдения с частотой 2 посещения в год необходимо выполнить $690 \times 2 = 1380$ посещений, на которые потребуется $1380 \times 0,25$ ч (15 мин) = 345 ч, что составляет 53,0% от годовой нагрузки на приеме.

3. Вакцинопрофилактика.

Для проведения плановой иммунизации детей 0–3 лет (неорганизованные дети) каждому ребенку необходимо выполнить 20 прививок. В условиях одного педиатрического участка всего 132 ребенка в возрасте до 3 лет (число детей 0–3 лет из 800 детей на участке, при равном количестве детей в 18 возрастных категориях, на 1 категорию придется 44 ребенка, на 3 возрастных категории — 132 ребенка). Следовательно, в течение календарного года детям до 3 лет необходимо выполнить $132 \times 20 = 2640$ прививок с предварительным врачебным осмотром для допуска. Временные затраты при этом составят $2640 \times 0,16$ ч (10 мин) = 422,4 часа в год, что составляет 65,0% от годовой нагрузки на приеме.

Итоговые данные по временным затратам на амбулаторные посещения составят: 279,7 ч (острая патология) + 345 ч (динамическое диспансерное наблюдение) + 422,4 ч (осмотры перед прививкой) = 1047 час/год. Уже при выполнении только этих трех позиций в структуре амбулаторного приема превышено нормативное время (651 час/год) в 1,6 раза (или на 61,0%). Как следствие, дефицит времени приводит к затруднениям в выполнении других основных функций врача-педиатра участкового: динамическое наблюдение за детьми; проведение патронажей новорожденных; проведение работы по охране репродуктивного здоровья; обеспечение передачи информации о детях и семьях, отнесенных к группам социального риска, в отделение медико-социальной помощи детской поликлиники, органы опеки и попечительства; проведение врачебного консультирования и профессиональной ориентации; проведение санитарно-просветительной работы; организация санитарно-гигиенического воспитания и обучения и др. Таким образом, нормативное обеспечение организации ПМСП нуждается в коррекции в части штатного расписания, числа наблюдаемых детей на одном участке.

В проведении профилактических медицинских осмотров детского населения задействованы врачи-специалисты детской поликлиники — врач-невролог, офтальмолог, хирург, врач ультразвуковой диагностики (УЗД) и другие.

Проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, кратность осмотров и объемы проводимых исследований регламентируются Приказом Минздрава России от 10.08.2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» [16].

В Санкт-Петербурге в 2020 г. обеспеченность врачами-неврологами и врачами-офтальмологами первичного звена детского здравоохранения составила соответственно 2,4 и 1,6 на 10 000 детей 0–17 лет.

Рассмотрим затраты времени врача-невролога на участие в профилактических медицинских осмотрах. Условия: фактическая годовая норма часов (без учета отпускного периода) — 1439,4 часа; рабочих дней — 219.

На лечебно-диагностическом приеме на пациента выделяется 22 минуты (0,37 часа), в режиме профилактического осмотра одному пациенту уделяется 15 минут: $(22 \text{ мин} \times 0,7 \text{ (п. 4 приказа 290н)}) = 15 \text{ мин}$, или 0,25 часа), в час будет осмотрено 4 человека, в год — $4 \times 1439,4 \text{ часа} \times 1,5 \text{ (количество ставок врача-невролога по штатному нормативу приказа 92н)} = 8636,4 \text{ осмотров}$ в режиме профилактического приема в год. В соответствии с требованиями приказа 514н предусмотрен осмотр невролога в 9 декретированных возрастных периодах от 0 до 18 лет, таким образом, $9 \div 18 \text{ (равных по численности возрастных периодов)} \times 10\,000 = 5000 \text{ посещений (осмотров)}$, что по затратам рабочего времени составит: $5000 \times 0,25 \text{ часа} = 1250 \text{ часов}$ в год.

В течение года рабочее время штатных врачей-неврологов поликлиники составит $1,5 \times 1439,4 \text{ часа} = 2159,1 \text{ часа}$. Таким образом, время на остальные виды деятельности, такие как лечебно-диагностическая работа, диспансерное наблюдение составит $2159,1 - 1250 = 909,1 \text{ часа}$ в год (42,1%). По данным заболеваемости детей 0–14 лет в 2019 г. каждый шестой ребенок имел неврологическую патологию, а среди детей 15–17 лет — каждый пятый. На 10 000 детей 1500 детей имеют установленный диагноз болезней нервной системы. Только на выполнение функции по диспансерному наблюдению с двумя явками на осмотр потребуется 1620 часов, а имеющийся лимит времени составляет 909,1 часа.

Затраты времени врача-офтальмолога на участие в профилактических медицинских осмотрах: на лечебно-диагностическом приеме на пациента выделяется 14 минут, в режиме профилактического осмотра $(14 \times 0,7) = 10 \text{ минут}$, в час будет осмотрено 6 человек, в год — $6 \times 1439,4 \times 1,0 \text{ (штатный норматив)} = 9525,6 \text{ осмотров}$. По приказу 514н предусмотрен осмотр врача-офтальмолога в 9 декретированных возрастных периодах от 0 до 18 лет, таким образом: $9 \div 18 \times 10\,000 = 5000 \text{ человек}$, что по затратам рабочего времени составит: $5000 \times 0,17 \text{ часа} = 850 \text{ часов}$ в год. Таким обра-

зом, время на остальные виды деятельности, такие как лечебно-диагностическая работа, диспансерное наблюдение составит $1439,4 - 850 = 589,4 \text{ часа}$ в год. По данным заболеваемости детей 0–14 лет, в 2019 г. каждый четвертый ребенок имеет патологию глаза и его придаточного аппарата, а среди детей 15–17 лет — каждый третий. На 10 000 детей 2800 имели установленный диагноз болезней глаза и его придаточного аппарата. При нормативе на приеме 0,23 часа потребуется 644 часа, а имеющийся лимит — 589,4 часа.

В рамках проведения профилактических медицинских осмотров детей выполняются диагностические исследования, в частности ультразвуковое исследование. Временные затраты врача ультразвуковой диагностики: 1570,8 рабочих часов в год, 219 рабочих дней, продолжительность рабочей смены 7,2 часа.

На участие в профилактических медицинских осмотрах в соответствии с требованиями приказа 514н штатный норматив врача УЗД — 2 должности на 10 000 человек [14]. Один врач УЗД за смену должен выполнить 37 УЕТ (условных единиц труда), равных 11 минутам при проведении исследования детям (6,6 часа), в год — 37 УЕТ в смену $\times 219 \text{ рабочих дней} = 8103 \text{ УЕТ}$, 2 врача — 16 206 УЕТ. Приказ 514н регламентирует проведение УЗД-исследований в 3 возрастных периодах — до 1 года, в 6 и 15 лет: 3 исследований брюшной полости ($3 \times 7 \text{ УЕТ} = 21 \text{ УЕТ}$), 3 исследований органов мочеполовой системы ($3 \times 4 \text{ УЕТ} = 12 \text{ УЕТ}$), 1 исследование тазобедренных суставов (12,3 УЕТ), 2 эхокардиографии ($2 \times 1 \text{ УЕТ} = 2 \text{ УЕТ}$), 1 нейросонография ($1 \times 1 \text{ УЕТ} = 1 \text{ УЕТ}$). На 10 000 прикрепленного населения 0–17 лет при равном числе детей в каждом возрастном периоде число детей в одной возрастной группе составит 555,6. Всего необходимо выполнить детям до 1 года 24,3 УЕТ, детям 6 лет — 12 УЕТ, детям 15 лет — 12 УЕТ. Нагрузка на врачей УЗД в год составит: исследования детей до 1 года — $24,3 \times 555,6 = 13501 \text{ УЕТ}$, детей 6 лет — $12,0 \times 555,6 = 6667,2 \text{ УЕТ}$, детей 15 лет — $12 \text{ УЕТ} \times 555,6 = 6667,2 \text{ УЕТ}$. Суммарно в год, следуя требованиям приказа 514н, необходимо выполнить 26 835 УЕТ. Дефицит составляет 10 629,4 УЕТ. Таким образом, по данным расчетам для обеспечения доступности только профилактических мероприятий в полном объеме необходимо дополнительно 1,5 ставки врача УЗД (дефицит врачей УЗД равен 65%).

Полученные данные свидетельствуют о том, что требования нормативно-правовых актов за-

частую противоречат друг другу. Сумма часов по отдельным трудовым функциям намного превышает установленную предельную норму часов. Следовательно, нагрузка на врачей-педиатров участковых, врачей-педиатров и специалистов высокая, что способствует профессиональному выгоранию, увольнению врачей и дефициту кадров. Таким образом, детская поликлиника испытывает острый дефицит ресурсов, и фактически может обеспечить только лечебно-диагностическую деятельность. В обязательные функции детской поликлиники входит осуществление медико-социальной помощи (МСП) детям из групп социального риска и оказание ПМСП несовершеннолетним, обучающимся в образовательных организациях, находящихся на территории обслуживания медицинской организации (отделение ОМПНОО).

Приказом Минздрава России от 05.05.1999 г. № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» регламентировано наблюдение детей до 18 лет врачом-педиатром в детских поликлиниках; впервые регламентировано введение и организация отделений медико-социальной помощи, где выявляются факторы индивидуального и семейного медико-социального риска, осуществляется медико-психологическая помощь, гигиеническое воспитание, правовая помощь, введена Инструкция об организации работы отделения (кабинета) медико-социальной помощи детского амбулаторно-поликлинического учреждения, утверждена Инструкция по оказанию медицинской помощи подросткам [18].

Число детей, отнесенных к группам социального риска, возрастает. Общий темп прироста составляет 57,7% (рис. 3).

Организация медико-социальной помощи в первую очередь направлена на защиту детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. К данной категории относятся дети, оставшиеся без попечения родителей; инвалиды, имеющие недостатки в психическом и (или) физическом развитии; жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети, оказавшиеся в экстремальных условиях; жертвы насилия; отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; находящиеся в специальных учебно-воспитательных учреждениях; проживающие в малоимущих семьях; с отклонениями в поведении; дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств самостоятельно или с помощью семьи.

Структура групп социального риска выглядит следующим образом: самой многочисленной является группа детей из многодетных семей — 49,9%, затем следует группа детей из неблагополучных семей — 16,7%, подростки, склонные к правонарушениям, — 11,8%, дети-инвалиды — 11,5%, опекаемые дети — 9,8%, юные матери — 0,3%. В период пандемии появилась новая группа — дети из неполных семей из контакта по новой коронавирусной инфекции (НКВИ).

Влияние на качество семьи как ячейки гражданского общества оказывает ряд факторов демографического (многодетность, неполная семья), экономического (неблагополучные жилищные условия, низкий уровень доходов), медицинского (качество и доступность медицинской помощи), педагогического, психологического характера и т.д. [11, 21].

Целью МСП детскому населению является достижение максимально возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации детей с физической и психической патологией, а также неблагополучных в социальном плане. МСП представляет комплексный подход, который включает в себя медицинскую составляющую и помощь в решении социальных проблем ребенка.

Таким образом, в ходе своей повседневной работы врачи-педиатры сталкиваются с решением тех или иных социальных проблем, связанных со здоровьем ребенка, как на индивидуальном, так и на групповом уровнях.

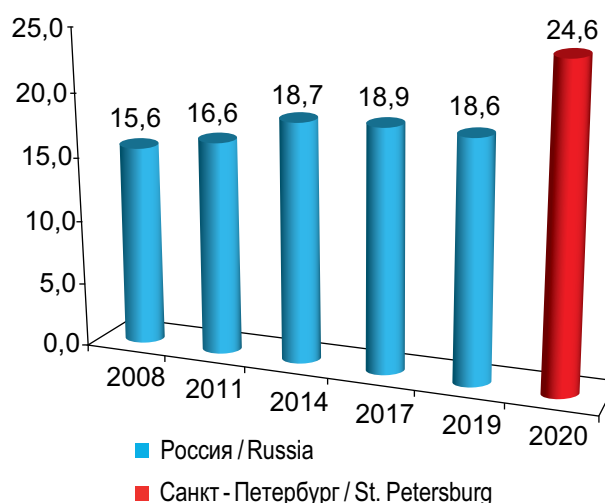


Рис. 3. Динамика численности детей, отнесенных к группам социального риска в 2008–2020 гг. (% от всей численности детского населения)

Fig. 3. Dynamics of the number of children classified as social risk groups in 2008–2020 (% of the total child population)

Функция организации и проведения медико-социальной помощи возложена на сотрудников детских поликлиник, преимущественно на врачей-педиатров участковых. Незначительная эффективность деятельности участковой педиатрической службы в этом направлении обусловлена рядом причин, одна из которых — значительное увеличение за последние годы нормативных требований к объемам деятельности врача-педиатра участкового по лечебно-диагностическим и медико-профилактическим направлениям, в том числе за счет реализации федеральных национальных программ.

Среди задач, стоящих перед отделениями (кабинетами) МСП, наиболее значимыми являются:

- 1) координация межведомственного взаимодействия;
- 2) координация внутриспециализационных структур;
- 3) ранняя диагностика неблагоприятного социального статуса семьи;
- 4) медико-социальное сопровождение семьи;
- 5) социальная адаптация ребенка группы социального риска.

Отделения (кабинеты) МСП организованы в детских поликлиниках только за счет с трудом найденных внутренних резервов.

Лишь 14% медицинских организаций Северо-Западного федерального округа смогли обеспечить проведение этой работы. Основная причина — не определен источник финансирования этой важной службы, что также можно отнести к дефектам нормативно-правового регулирования. В результате работа по этому важнейшему разделу ПМСП организуется и проводится не исходя из потребностей, а исходя из возможностей.

Одной из задач ПМСП является расширение объемов профилактической помощи детям, обучающимся в прикрепленных образовательных организациях, включая вопросы динамического наблюдения за ростом и развитием ребенка 3–17 лет включительно. Порядок оказания медицинской помощи обучающимся несовершеннолетним в период обучения регламентирован приказом Минздрава России от 05.11.2013 г. № 822н [15].

Штатные нормативы детских поликлиник и поликлинических отделений рассчитываются без учета детей, обучающихся в образовательных организациях, расположенных на территории медицинской организации, оказывающей первичную МСП. Если в начальной школе число обучающихся почти полностью совпадает с числом прикрепленного к поликлинике детско-

го населения (почти 80%), то чем старше класс, тем меньше детей проживают на территории обслуживания этой поликлиники (около 12%).

Оказание ПМСП несовершеннолетним в период обучения и воспитания, прохождение ими медицинских осмотров и диспансеризации возложено на отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных организациях (далее — отделение ОМПНОО).

Укомплектованность врачами-педиатрами отделений ОМПНОО Санкт-Петербурга в 2020 г. составила 87,0% (физическими лицами — 67,5%); врачами-специалистами — 44,8% и 26,0% соответственно. Укомплектованность врачами подростковыми (в учреждениях среднего профессионального образования) физическими лицами составляет 84,2% (занято ставок 79,0%).

Основной формой профилактической работы врачей-педиатров и медицинских сестер отделения ОМПНОО являются профилактические осмотры детей. Этот вид медицинских услуг направлен на выявление факторов риска, отклонений от нормы в состоянии здоровья детей и подростков, а также заболеваний, с целью проведения последующих оздоровительных действий [5, 10].

Отмечается ухудшение состояния здоровья школьников за период обучения. Осмотр первоклассников показывает, что к 1-й группе здоровья в динамике за 3 года (2018–2020 гг.) относится от 11,9 до 12,5% детей; в 11-м классе число детей, относящихся к 1-й группе здоровья, снижается в 1,7–1,9 раза. Количество детей, отнесенных ко 2-й группе здоровья, также уменьшается за период обучения с 1-го по 11-й класс: в 2018 и 2020 гг. в 1,2 раза, а в 2019 г. — в 1,4 раза. Число детей, имеющих 3-ю группу здоровья, за весь период обучения увеличивается в 2 раза (табл. 3). Кроме того, регистрируется нарастание хронических заболеваний за период обучения по всем классам болезней в среднем в 3,2 раза. Однако по некоторым нозологиям регистрируется значительный рост: так, число детей с заболеваниями системы кровообращения выросло в 4,2 раза, с бронхиальной астмой — в 4,7 раза, с близорукостью — в 6,4 раза, с заболеваниями щитовидной железы — в 7,3 раза, с язвенной болезнью — в 16,3 раза, со сколиозом — в 22,6 раза.

Образовательная среда часто выступает как мощный фактор риска развития негативных отклонений в состоянии здоровья детей, поскольку воздействие факторов риска школьно-обусловленных болезней усугубляется постоянством влияния в течение всего периода обучения. Повсеместное применение технических средств обучения, уровни освещенности, не соответствующие санитарно-гигиеническим

Таблица 3

Распределение детей по группам здоровья в 1-м и 11-м классах в динамике за 2018–2020 гг., %

Table 3

Distribution of children by health groups in grades 1 and 11 in dynamics for 2018–2020, %

Год / Year	Класс / Class	1-я группа / group	2-я группа / group	3-я группа / group	4-я группа / group	5-я группа / group	Итого / Total
2018	1-й класс / class	12,5	70,4	15,0	0,5	1,6	100,0
	11-й класс / class	6,5	60,8	30,3	0,9	1,5	100,0
2019	1-й класс / class	11,9	71,4	14,5	0,5	1,7	100,0
	11-й класс / class	6,3	60,4	30,9	0,7	1,7	100,0
2020	1-й класс / class	12,1	71,7	14,0	0,4	1,8	100,0
	11-й класс / class	7,0	60,3	30,4	0,6	1,7	100,0

нормативам, высокая учебная нагрузка способствуют снижению остроты зрения среди обучающихся. Нарушения осанки, сколиозы во многом связаны с неправильной посадкой ребенка в течение продолжительного времени, возникающей вследствие несоответствия мебели роста-возрастным особенностям учащегося [13].

Таким образом, система медицинской помощи в образовательных организациях сталкивается с нерешенными проблемами, связанными не только с несовершенством нормативной базы, несогласованностью в действиях ведомств и организаций образования и здравоохранения, с недостатком средств в образовательных организациях, но и с отсутствием достаточного количества медицинских работников, отсутствием системы и нормативно-правовых документов межведомственного взаимодействия между учреждениями здравоохранения и образования. Имеются также проблемы взаимодействия между образовательной и медицинской организациями, такие как отсутствие типового договора об оказании обучающимся медицинской помощи; не узаконены имущественные отношения между данными субъектами; не отрегулированы вопросы организации профилактических осмотров обучающихся по месту учебы и воспитания. (трудности взаимодействия медицинских и педагогических работников); отсутствие финансовой заинтересованности в проведении осмотров; высокий уровень расхождения в данных основных отчетных статистических форм (ф. № 12 и ф. № 30); несовершенный документооборот [13].

ВЫВОДЫ

1. Малоэффективное нормативно-правовое регулирование создает диссонанс на уровне первичной медико-санитарной помощи.

2. Необходима ревизия отраслевых нормативно-правовых актов по нормированию деятельности с учетом реальных запросов и потребностей.

3. Необходимо нормативное, методическое и методологическое обеспечение деятельности детской поликлиники при условии перераспределения функций между всеми подразделениями, включая медико-социальную службу, службу раннего вмешательства, подростковую службу, службу профилактики и т.д.

4. С учетом кадровой ситуации необходимо формирование программ развития по интенсивному пути, в том числе посредством сокращения неэффективных трудозатрат (внедрение электронного документооборота, цифровых технологий).

5. Проведение профилактических осмотров несовершеннолетних целесообразно и эффективно в организованных коллективах силами выездных врачебно-сестринских бригад.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аничкова И.В., Архипов В.В., Гембицкая Т.Е. и др. Подростковая медицина. СПб.: Специальная литература; 1999.
2. Баирова С.В., Колтунцева И.В., Ревнова М.О., ред. Организация педиатрической помощи на амбулаторном этапе. Учебно-методическое пособие. СПб.: СПбГПМУ; 2017.
3. Гайдук И.М., Колтунцева И.В., Баирова С.В. и др. Организация диспансерного наблюдения детей на педиатрическом участке. Учебное пособие. СПб.: СПбГПМУ; 2018.
4. Жданова Л.А., Нуждина Г.Н., Молькова Л.К. и др. Профилактическая работа с детьми раннего возраста в поликлинике. Учебное пособие. Иваново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России; 2019.
5. Игнатова Л.Ф., Стан В.В., Иванова Н.В. и др. Первичная медико-санитарная помощь детям. Дошкольный и школьный возраст. Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020.
6. Калмыкова А.С. Поликлиническая и неотложная педиатрия. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013.
7. Кильдиярова Р.Р., Макарова В.И. Поликлиническая и неотложная педиатрия. Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019.
8. Комаров Ю.М. Мониторинг и первичная медико-санитарная помощь. М.: Литтерра; 2017.
9. Конституция Российской Федерации (принята на Всероссийском референдуме 12.12.1993 г.). Доступен по: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения 12.08.2022).
10. Ляхович А.В. Взаимодействие детской поликлиники и общеобразовательной школы по формированию здоровья и профилактике заболеваний детей. Заместитель главного врача. 2014; 8: 33–7.
11. Орел В.И., ред., Бурцева Т.Е., Гурьева Н.А. и др. Новые организационные подходы к оказанию медико-санитарной помощи детскому населению. СПб.: СПбГПМУ; 2020.
12. Орел В.И., Иванов Д.О., Ким А.В. и др. Служба охраны матери и ребенка Санкт-Петербурга в 2020 году. Учебно-методическое пособие. СПб.: СПбГПМУ; 2021.
13. Орел В.И., Ким А.В., Меньшакова И.В. и др. Актуальные проблемы школьной медицины. Медицина и организация здравоохранения. 2022; 7(1): 15–27. Доступен по: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48448029&ysclid=latghnhlmb403696115>. (дата обращения 12.08.2022).
14. Постановление Правительства РФ от 14 февраля 2003 г. № 101. О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности. Доступен по: <https://base.garant.ru/12129879/> (дата обращения 12.08.2022).
15. Приказ Минздрава России от 5 ноября 2013 г. № 822н. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях. Доступен по: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=262029&ysclid=latgqjs0p4568400266> (дата обращения 12.08.2022).
16. Приказ Минздрава России от 10 августа 2017 г. № 514н. О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних. Доступен по: <https://base.garant.ru/71748018/> (дата обращения 12.08.2022).
17. Приказ Минздрава России от 7 марта 2018 г. № 92н. Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям. Доступен по: <https://base.garant.ru/71925984/> (дата обращения 12.08.2022).
18. Приказ Минздрава России от 5 мая 1999 г. № 154. О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста. Доступен по: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rf-ot-05051999-n-154/> (дата обращения 12.08.2022).
19. Приказ Минздрава России от 2 июня 2015 г. № 290н. Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача акушера-гинеколога. Доступен по: <https://base.garant.ru/71169514/> (дата обращения 15.08.2022).
20. Приказ Минздравсоцразвития России от 13.08.2009 г. № 588-н. Об утверждении порядка исчисления нормы рабочего времени на определенные календарные периоды времени в зависимости от установленной продолжительности рабочего времени в неделю. Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_92167/ (дата обращения 15.08.2022).
21. Профилактическая педиатрия. Руководство для врачей. М.: ПедиатрЪ; 2015.
22. Сабанов В.И., Дьяченко Т.С., Попова Е.Г. Организационные основы первичной медико-санитарной помощи взрослому и детскому населению. Учебное пособие. Волгоград: ВолгГМУ; 2014.
23. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Доступен по: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения 11.08.2022).
24. Юрьев В.К., Афонина Е.В., Лихтшангоф А.З. Здоровье населения и методы его изучения. СПб.: Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; 1993.
25. Юрьев В.К., Моисеева К.Е. Основы организации медицинской помощи детскому населению. СПб.: СПбГПМУ; 2021.

REFERENCES

1. Anichkova I.V., Arkhipov V.V., Gembitskaya T.E. i dr. Podrostkovaya meditsina [Adolescent medicine]. Sankt-Peterburg: Spetsial'naya Literatura Publ.; 1999. (in Russian).
2. Bairova S.V., Koltuncheva I.V., Revnova M.O., red. Organizatsiya pediatricheskoj pomoshchi na ambulatornom etape [Organization of pediatric care at the outpatient stage]. Uchebno-metodicheskoe posobie. Ed by professora Revnovoj M.O. Sankt-Peterburg: SPbGPMU Publ.; 2017. (in Russian).
3. Gajduk I.M., Koltuncheva I.V., Bairova S.V. i dr. Organizatsiya dispansernogo nablyudeniya detej na pediatricheskom uchastke [Organization of dispensary supervision of children at the pediatric site]. Uchebnoe posobie. Ed. by professora M.O. Revnovoj. Sankt-Peterburg: SPbGPMU Publ.; 2018. (in Russian).
4. Zhdanova L.A., Nuzhdina G.N., Mol'kova L.K. i dr. Profilakticheskaya rabota s det'mi rannego vozrasta v poliklinike [Preventive work with young children in the polyclinic]. Uchebnoe posobie. Ivanovo: FGBOU VO IvGMA Minzdrava Rossii; 2019. (in Russian).
5. Ignatova L.F., Stan V.V., Ivanova N.V. i dr. Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshch' detyam. Doshkol'nyj i shkol'nyj vozrast [Primary health care for children. Preschool and school age]. Uchebnoe posobie. Moskva: GEOTAR-Media Publ.; 2020. (in Russian).
6. Kalmykova A.S. Poliklinicheskaya i neotlozhnaya pediatriya [Polyclinic and emergency pediatrics]. Moskva: GEOTAR-Media Publ.; 2013. (in Russian).
7. Kil'diyarova R.R., Makarova V.I. Poliklinicheskaya i neotlozhnaya pediatriya [Polyclinic and emergency pediatrics]. Uchebnik. Moskva: GEOTAR-Media Publ.; 2019. (in Russian).
8. Komarov Yu.M. Monitoring i pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshch' [Monitoring and primary health care]. Moskva: Litterra Publ.; 2017. (in Russian).
9. Konstituciya Rossijskoj Federacii (prinjata na Vserossijskom referendume 12.12.1993 g.) [The Constitution of the Russian Federation]. Available at: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (accessed: 12.08.2022) (in Russian).
10. Lyakhovich A.V. Vzaimodejstvie detskoj polikliniki i obshcheobrazovatel'noj shkoly po formirovaniyu zdorov'ya i profilaktike zabojevanij detej [Interaction of a children's polyclinic and a comprehensive school for the formation of health and prevention of diseases of children]. Zamestitel' glavnogo vracha. 2014; 8: 33–7. (in Russian).
11. Orel V.I., red., Burceva T.E., Gur'eva N.A. i dr. Noveye organizacionnye podhody k okazaniyu mediko-sanitarnoj pomoshchi detskomu naseleniyu [New organizational approaches to providing health care to the children's population]. Ed by V.I. Orel. Sankt-Peterburg: SPbGPMU Publ.; 2020. (in Russian).
12. Orel V.I., Ivanov D.O., Kim A.V. i dr. Sluzhba ohrany materi i rebenka Sankt-Peterburga v 2020 godu [Mother and Child Protection Service of St. Petersburg in 2020]. Uchebno-metodicheskoe posobie. Sankt-Peterburg: SPbGPMU Publ.; 2021. (in Russian).
13. Orel V.I., Kim A.V., Menshakova I.V. i dr. Aktual'nye problemy shkol'noj mediciny [Actual problems of school medicine]. Medicina i organizatsiya zdravoohraneniya. 2022; 7(1): 15–27. Available by <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48448029&ysclid=latghnhlmb403696115>. (accessed 12.08.2022). (in Russian).
14. Postanovlenie Pravitel'stva RF ot 14 fevralya 2003 g. № 101. O prodolzhitel'nosti rabocheho vremeni medicinskih rabotnikov v zavisimosti ot zanimajemyh imi dolzhnostej i (ili) special'nosti. [About the working hours of medical workers, depending on their position and (or) specialty]. Available at: <https://base.garant.ru/12129879/> (accessed: 12.08.2022). (in Russian).
15. Prikaz Minzdrava Rossii ot 5 noyabrya 2013 g. № 822n. Ob utverzhdenii poryadka okazaniya medicinskoj pomoshchi nesovershennoletnim, v tom chisle v period obucheniya i vospitaniya v obrazovatel'nyh organizatsiyah [On approval of the procedure for providing medical care to minors, including during the period of education and upbringing in educational organizations]. Available by <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=262029&ysclid=latgqjs0p4568400266> (accessed 12.08.2022). (in Russian).
16. Prikaz Minzdrava Rossii ot 10 avgusta 2017 g. № 514n. O poryadke provedeniya profilakticheskikh medicinskih osmotrov nesovershennoletnih [About the procedure for preventive medical examinations of minors]. Available at: <https://base.garant.ru/71748018/> (accessed: 12.08.2022). (in Russian).
17. Prikaz Minzdrava Rossii ot 7 marta 2018 g. № 92n. Ob utverzhdenii polozheniya ob organizacii okazaniya pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi detyam [On approval of the regulations on the organization of primary health care for children]. Available at: <https://base.garant.ru/71925984/> (accessed: 12.08.2022). (in Russian).
18. Prikaz Minzdrava Rossii ot 5 maya 1999 g. № 154. O sovershenstvovanii medicinskoj pomoshchi detyam podrostkovogo vozrasta [On improving medical care for adolescent children]. Available at: <https://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdrava-rf-ot-05051999-n-154/> (accessed: 12.08.2022). (in Russian).
19. Prikaz Minzdrava Rossii ot 2 iyunya 2015 g. № 290n. Ob utverzhdenii tipovyh otraslevykh norm vremeni na vypolnenie rabot, svyazannykh s poseshcheniem odnim pacientom vracha pediatra uchastkovogo, vracha-terapevta uchastkovogo, vracha obshchej praktiki (semejnogo vracha), vracha-nevrologa, vracha-otorinolaringologa, vracha-oftalmologa i vracha akushera-ginekologa [About the approval of standard industry standards of time for the performance of work related to the visit by one patient of a district pediatrician, a district internist, a general practitioner (family doctor), a neurologist, an otorhinolaryngologist, an ophthalmologist and an obstetrician]. Available at: <https://base.garant.ru/71925984/> (accessed: 12.08.2022). (in Russian).

- trician-gynecologist]. Available at: <https://base.garant.ru/71169514/> (accessed: 15.08.2022). (in Russian).
20. Prikaz Minzdravsocrazvitiya Rossii ot 13.08.2009 g. № 588-n. Ob utverzhdenii poryadka ischisleniya normy rabocheho vremeni na opredelennye kalendarnye periody vremeni v zavisimosti ot ustanovlennoj prodolzhitel'nosti rabocheho vremeni v nedelyu [About the approval of the procedure for calculating the norm of working time for certain calendar periods of time, depending on the established length of working time per week]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_92167/ (accessed: 15.08.2022). (in Russian).
21. Profilakticheskaya pediatriya [Preventive pediatrics]. Rukovodstvo dlya vrachej. Moskva: Pediatr; 2015. (in Russian).
22. Sabanov V.I., D'yachenko T.S., Popova E.G. Organizatsionnye osnovy pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshchi vzrosloму i detskomu naseleniyu [Organizational bases of primary health care for adults and children]. Uchebnoe posobie. Volgograd: VolgGMU Publ.; 2014. (in Russian).
23. Federal'nyj zakon Rossijskoj Federacii ot 21.11.2011 g. № 323-FZ. Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii [About the basics of public health protection in the Russian Federation]. Available at: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (accessed: 11.08.2022). (in Russian).
24. Yur'ev V.K., Afonina E.V., Likhtshangof A.Z. Zdorov'e naseleniya i metody ego izucheniya [Population health and methods of its study]. Sankt-Peterburg: Sankt-Peterburgskiy gosudarstvennyy pediatricheskiy meditsinskiy universitet; 1993. (in Russian).
25. Yur'ev V.K., Moiseeva K.E. Osnovy organizatsii medicinskoj pomoshchi detskomu naseleniyu [Fundamentals of the organization of medical care for children]. Sankt-Peterburg: SPbGPMU Publ.; 2021. (in Russian).