

М.О. Ревнова, Д.Я. Волков, Л.В. Сахно, И.В. Колтунцева, С.В. Баирова, Т.В. Мишкина, В.И. Булычева, Т.В. Полищук, А.Я. Волков, И.М. Гайдук

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация

К вопросу усовершенствования системы массовых медицинских осмотров детского населения

Контактная информация:

Гайдук Ирина Михайловна, доктор медицинских наук, профессор кафедры поликлинической педиатрии им. акад. А.Ф. Тура СПбГПМУ

Адрес: 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, тел.: +7 (812) 416-52-48, e-mail: sheveluk@inbox.ru

Статья поступила: 20.02.2017 г., принята к печати: 26.06.2017 г.

Скрининговые медицинские осмотры детского населения представляют собой мощный инструмент мониторинга здоровья подрастающего поколения, другими словами — это активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья детей. Цель скрининга — раннее выявление отклонений от нормы с дальнейшей постановкой на учет, диспансерным наблюдением и комплексным лечением больных. На сегодняшний день в Российской Федерации действует регламентирующий документ по проведению профилактических периодических и предварительных осмотров (Приказ МЗ РФ № 1346). Проблема заключается в нехватке времени и ресурсов, что приводит к формальному подходу к этому необходимому разделу профилактической работы. В статье предлагаются выходы из сложившейся ситуации, которые бы удовлетворили и руководителей, и самих участковых педиатров.

Ключевые слова: дети, скрининг, диспансеризация, участковый педиатр, массовые медицинские осмотры.

(Для цитирования: Ревнова М.О., Волков Д.Я., Сахно Л.В., Колтунцева И.В., Баирова С.В., Мишкина Т.В., Булычева В.И., Полищук Т.В., Волков А.Я., Гайдук И.М. К вопросу усовершенствования системы массовых медицинских осмотров детского населения. *Вопросы современной педиатрии*. 2017; 16 (3): 249–253. doi: 10.15690/vsp.v16i3.1737)

ВВЕДЕНИЕ

Скрининговые медицинские осмотры детского населения — это мощный инструмент мониторинга здоровья подрастающего поколения, активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья детей. Цели скрининга — раннее выявление отклонений от нормы, постановка на учет, диспансерное наблюдение, комплексное лечение больных. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (МЗ РФ) № 1346 от 21.12.2012 г., «медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств,

направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития» [1].

Прежде чем перейти к обсуждению данной темы, приводим в качестве наглядного примера письмо участкового педиатра.

ПРОБЛЕМЫ МАССОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ. ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ

Из письма участкового педиатра со стажем работы более 25 лет одной из центральных поликлиник города

Maria O. Revnova, Dmitry Ya. Volkov, Larisa V. Sahno, Inna V. Koltunceva, Svetlana V. Bairova, Tatjana V. Mishkina, Valentina I. Bulicheva, Tatjana V. Policuk, Aleksandr Ya. Volkov, Irina M. Gaiduk

St. Petersburg State Pediatric Medical University, St. Petersburg, Russian Federation

Improving the System of Mass Health Examinations of Children

Screening health examinations of children are a powerful tool for monitoring the health of the younger generation, in other words, it is an active method of dynamic monitoring of children's health. The objective of screening is early detection of disorders with further linkage to care, follow-up care, and comprehensive treatment of patients. Currently, the Russian Federation has a regulatory document on the conduct of preventive periodic and preliminary examinations (Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No.1346). The problem is the lack of time and resources, which leads to a formal approach to this necessary part of preventive measures. The article suggests ways out of the current situation that would satisfy both the heads and the district pediatricians themselves.

Key words: children, screening, check-up, district pediatrician, mass health examinations.

(For citation: Revnova Maria O., Volkov Dmitry Ya., Sahno Larisa V., Koltunceva Inna V., Bairova Svetlana V., Mishkina Tatjana V., Bulicheva Valentina I., Policuk Tatjana V., Volkov Aleksandr Ya., Gaiduk Irina M. Improving the System of Mass Health Examinations of Children. *Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics*. 2017; 16 (3): 249–253. doi: 10.15690/vsp.v16i3.1737)

на кафедру поликлинической педиатрии имени академика А. Ф. Тура СПбГПМУ (текст сокращен, но стиль сохранен)

«Диспансеризация детей до года в объеме, указанном в Приказе, **не нужна**. Все ломается о лень современных родителей и **дефицит кадров**. У нас на три ставки невролога всего один человек. На три ставки окулиста также всего один. Хирург принимает по 70! человек за прием. Самое сложное — с анализами. Согласно диспансеризации, в течение первого года жизни надо 4 (четыре) анализа мочи и 4 (четыре) анализа крови, но у нас на 8 (восемь) кабинетов в лаборатории всего 1 (один) лаборант. Запись на анализ крови за 2 недели.

В таких условиях проводить диспансеризацию **очень трудно. Диспансеризация больных примерно 2 (два) года вообще не проводится**, так как у нас на каждого врача по 2 (два) участка. Глубина записи к врачу 1 (неделя). Врач принимает за 2 часа по 14–20 больных. Иногда под дверью врача бывают драки, чтобы попасть к врачу.

О какой диспансеризации в таких условиях может идти речь?

Чтобы вызвать больного на диспансеризацию, **нужны медсестры**. Они вызывают пациентов, но иногда бывает, что одна медсестра на несколько участков.

Нам осенью раздали списки детей, подлежащих диспансеризации. Мы их молча вернули, т.к. у нас **основная доминанта — дефицит кадров**. Я иногда до часу ночи на работе сижу, чтобы дописать вызовы и прием.

Становится все труднее работать.

Летом мы вынуждены были писать липу про диспансеризацию. Не стыдно. Ну, о чем думал чиновник, обязывая предоставить 6000 детей в месяц, если у нас летом на 1 (одного) врача 5! участков. Одна медсестра на 6 (шесть) участков.

И так всюду!

Для того чтобы ввести данные на одного ребенка, надо 42 минуты. Все вводилось на министерский сайт. На короткое время были наняты какие-то люди (не врачи), ну они и вводили.

Не стыдно.

О чем думают чиновники и те, кто эти идеи им подкидывает?!»

«ПОГОНЯ» ВО ИСПОЛНЕНИЕ ПРИКАЗА

Диспансеризация — понятие узкое, скорее, является синонимом «диспансерного наблюдения» за контингентом детей с уже выявленной патологией и не является синонимом массовых скрининговых осмотров, однако термин широко употребляется именно в этом значении. Далее мы будем использовать термины «массовые медицинские осмотры» и «диспансерное наблюдение».

Организатором диспансерного наблюдения больных своего участка является участковый педиатр. Он же несет ответственность за регулярное посещение больными диспансерной группы врачей-специалистов. К этой работе педиатр привлекает участковую медицинскую сестру, которая проводит патронажи и ежемесячно составляет списки детей для приглашения на диспансерный осмотр к врачу-педиатру или специалистам. Контроль эффективности диспансеризации совместно проводят заведующий отделением и участковые врачи. При постановке ребенка на учет и затем весь период диспансеризации педиатр решает ряд задач, направленных на всестороннюю реабилитацию больного ребенка. Постановка на диспансерный учет фиксируется в двух медицинских документах — истории развития ребенка (форма 112/у) и контрольной карте диспансерного больного (форма 30/у) в двух экзем-

плярах. Диспансеризация детей, требующих специальных методов профилактики и лечения (при туберкулезе, психических расстройствах, новообразованиях и т.д.), осуществляется соответствующими диспансерами. При их отсутствии этими больными занимаются врачи-специалисты детских поликлиник.

На сегодняшний день в РФ действует регламентирующий документ по проведению профилактических периодических и предварительных осмотров, который определяет условия проведения массового скрининга по выявлению патологии органов и систем у детей определенных возрастных групп, в т.ч. в критические периоды развития организма ребенка [1]. Введение этого документа в практику первичного звена здравоохранения в течение 2013–2016 гг. должно было обеспечить не только раннее выявление функциональных отклонений, но и своего рода совершенствование профилактического направления в педиатрии. Согласно этому Приказу проводятся:

- профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних в установленные возрастные периоды;
- предварительные медицинские осмотры несовершеннолетних при поступлении в образовательные учреждения;
- периодические медицинские осмотры несовершеннолетних в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся.

В приложении № 1 Приказа МЗ РФ № 1346 определен Перечень исследований при проведении профилактических медицинских осмотров в различных возрастных группах. Подсчет кратности обязательных осмотров выявляет следующие нормативы: ребенка до 11 месяцев жизни участковый врач-педиатр должен осмотреть 14 раз (из них 3 патронажа новорожденного на дому), от 1 года до 2,5 лет — 6 раз, от 3 лет до 17 лет — ежегодно (всего 14 раз). Таким образом, лишь профилактические осмотры за весь период наблюдения (от 0 до 17 лет) одного ребенка должны быть произведены участковым педиатром 34 раза! Несложно подсчитать и количество осмотров каждым специалистом — неврологом, хирургом, офтальмологом, травматологом-ортопедом, стоматологом, отоларингологом, психиатром, акушером-гинекологом, урологом-андрологом, эндокринологом, кардиологом, специалистом ультразвуковой (УЗ) диагностики, врачом функциональной диагностики (ЭКГ): итого 13 специалистов различного профиля должны присутствовать в поликлинике для обеспечения этих осмотров и диспансеризации детского населения в целом.

При оценке эффективности работы участкового педиатра особая роль принадлежит качеству профилактической работы. Полнота охвата профилактическими осмотрами должна составлять не менее 95% общего числа детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам, в т.ч. на первом году жизни ребенка — 100% [2].

В Приказе № 1346 меняется кратность осмотра ребенка педиатрами, врачами-специалистами, добавляются новые современные методы исследования. Однако при этом не учитывается всевозрастающая нагрузка на участкового педиатра и врачей-специалистов поликлиники.

А вместе с тем нехватка времени, ресурсов и при этом необходимость строгого выполнения Приказа приводит подчас к формальному подходу к этому, безусловно, необходимому разделу профилактической работы.

Реальная картина на практике такова: педиатр наблюдает на участке 800 детей. План на год формируется

из прикрепленного контингента, в который входят все дети в возрасте от 0 до 17 лет 11 мес 29 дней. Формируется график прохождения осмотров, заполняется информированное согласие. Таким образом, за год участковый педиатр должен осмотреть на профилактических приемах как минимум 800 детей (физических лиц). Если предположить, что детей в возрасте до 1 года, от 1 до 3 лет и от 3 до 17 лет на участке по 33%, осмотров будет не 800 в год, а $265 \times 14 + 265 \times 6 + 265 \times 1 = 5565$ (265 — это 33% от 800), или 464 в месяц, или 23 в день при пятидневной рабочей неделе. С учетом времени (15 мин на ребенка) это почти 6 ч/сут. Соответственно, на прием острых больных остается 2 ч при норме 4–6 человек в час, итого в среднем 10 человек. Однако реалии таковы, что с сентября по май на прием в течение дня приходят более 30 детей и это при том, что на заполнение документации отведено 30% времени, т.е. еще 1 ч [3].

Как правило, проведением скрининговых осмотров и осмотров детей с острой патологией занимается один и то же врач. Два дня в неделю он осуществляет прием обратившихся с острой патологией, три дня в неделю — массовые медицинские осмотры (периодические, профилактические, предварительные). В итоге на одного врача формируется поток в 50–70 человек в день (в 4 раза больше норматива). Из-за такой нагрузки попасть на прием с острой патологией крайне затруднительно, а подчас и невозможно. В итоге участковый врач за 3 ч приема должен осмотреть и назначить лечение нескольким десяткам (!) пациентов, заполнить форму № 030 в двух экземплярах, каждому сделать запись в амбулаторной карте (ф. № 112), заполнить на всех «электронные диагнозы», т.е. обеспечить учет в компьютерной системе. В это же время входят безошибочное заполнение листов нетрудоспособности по уходу, эпилепсии в детские дошкольные учреждения и школу, работа с детьми-инвалидами; ведение паспорта участка и еще множество форм отчетности. Кроме того, есть еще вызовы на дом — в среднем 8 в день (норматив 30 мин на вызов), при эпидемии — до 50. На всех больных необходимо заполнить форму № 112, «электронный диагноз», итого как минимум 4 ч времени. Огромная нагрузка на врача приводит к снижению качества медицинских осмотров, профессиональному выгоранию, снижению престижности профессии и, как следствие, текучке и нехватке кадров в первичном звене здравоохранения.

Таким образом, инструмент, разработанный МЗ РФ, работает неэффективно, поскольку внимание врача уделяется не ребенку как таковому (здоровому или больному), а заполнению бумаг, что обуславливает запуск порочного круга: снижение выявления патологии на ранних сроках и формирование хронических заболеваний во взрослом возрасте требуют бюджетных затрат на лечение, в т.ч. с применением высокотехнологичных методов.

Резюмируя вышесказанное, а также с учетом мнения амбулаторно-поликлинических врачей, родителей маленьких пациентов, нами выявлено, что к **основным проблемам** «диспансеризации», а точнее массовых медицинских осмотров детского населения, можно отнести:

- недостаточное количество времени у участкового педиатра на проведение профилактических осмотров;
- трудоемкие отчетные сводные формы по диспансерному наблюдению, заполняемые участковым врачом после осмотра специалистами;
- жесткие временные рамки: врачам поликлиники сложно уложиться в обозначенную в приказе мак-

симальную продолжительность I этапа профилактического осмотра (10 сут), что может быть связано не столько с недостатком ресурсов поликлиники, сколько с несознательностью и отсутствием резерва времени у родителей.

Кроме того, следует отметить несогласованность приказов МЗ РФ № 371 от 16.10.2001 и № 1346 от 21.12.2012. В частности, не хватает ставок детских отоларингологов, неврологов, окулистов, кардиологов. У обозначенных специалистов также катастрофически не хватает времени на прием детей с острыми заболеваниями и диспансерных пациентов. **Отмечается острая нехватка УЗ-аппаратов и специалистов** (по Приказу, обязательное обследование по 4 разным зонам в возрасте 1 мес жизни, 7 и 14 лет). Определены временные нормативы для каждого вида исследования, которые сокращаются на 5 мин при одновременном исследовании нескольких зон. Согласно этим нормативам, если проводится диспансеризация ребенка в возрасте 1 мес жизни, а именно УЗИ брюшной полости, тазобедренных суставов, сердца, нейросонография, то на это требуется 100 мин (при условии, что все 4 исследования выполняет один специалист). За одну смену один врач может провести диспансерные исследования только у 3 пациентов в возрасте 1 мес при условии, что он владеет всеми методами. У детей в возрасте 7 и 14 лет также проводится УЗИ четырех зон, а именно органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, органов малого таза, на что требуется 90 мин, или 3,6 человек за одну смену. На деле же нейросонографию, эхографию, УЗ-диагностику брюшной полости, щитовидной железы, органов малого таза, тазобедренных суставов делают от 3 до 5 разных специалистов, что увеличивает время исследования и, как следствие, еще больше снижает пропускную способность. А наличие всего 1–2 УЗ-аппаратов в поликлинике затрудняет работу одновременно 3–5 специалистов. Создаются очереди [4].

Следует также отметить, что к осмотру психиатром детей в возрасте 1 года, гинекологом — в 7 лет большинство родителей относится предвзято и, воспользовавшись своим правом, часто отказываются от осмотра своего ребенка этими специалистами.

И, наконец, профилактическое исследование общих анализов крови и мочи (21 анализ с 0 до 17 лет), исследование уровня глюкозы крови (11 анализов) существенно загружает лабораторную службу и ограничивает возможности острых пациентов и больных с хронической патологией сдавать эти анализы в условиях поликлиники.

Итак, нехватка времени и ресурсов и при этом необходимость строгого выполнения Приказа приводят подчас к формальному подходу к данному, безусловно, необходимому разделу профилактической работы. «Погоня» во исполнение Приказа по раннему выявлению патологии ставит на карту недостаточное наблюдение и лечение собственно выявленной патологии!

Модели решения проблемы

Можно ли найти приемлемые выходы из сложившейся ситуации, которые бы устраивали и функционирующие, и проверяющие органы, и непосредственно исполнителей — врачей первичного звена? Предлагаем несколько путей решения этой проблемы. Один из выходов — это **создание подразделения**, которое будет заниматься только диспансерным наблюдением, и **формирование отдельных бригад специалистов** на основании анализа потребностей кадров в рамках своего объединения главным врачом и ротацией кадров в зависимости от нагрузки.

Преимущества предлагаемой модели в рамках диспансерного наблюдения

- Врач специалист занимается только выявлением патологии и не ведет консультативный прием в поликлинике.
- Врач работает на диспансерных осмотрах 5 дней в неделю (а не 3).
- При выявлении патологии пациент направляется в лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) для лечения или проведения дополнительных методов исследования.
- При проведении следующего осмотра оценивается динамика проведенного лечения/реабилитации.
- Ответственность за проведение мониторинга лежит на заведующем диспансерным отделением и заведующем поликлиникой.

Преимущества модели для врачей ЛПУ

- Врачи ЛПУ работают 5 дней в неделю, не отвлекаясь на диспансерное наблюдение.
- Нагрузка снижается в несколько раз, что дает возможность более тщательно отслеживать и выявлять патологию.
- Из-за отсутствия диспансерных осмотров врачи поликлиники (для выполнения плана) будут приглашать на осмотры пациентов, состоящих на диспансерном учете.
- Поликлиника будет получать больше средств (в рамках плана) за диспансерные осмотры и лечебно-реабилитационные мероприятия.
- Появится финансовый инструмент стимуляции медицинского персонала и, как следствие, осуществится подбор более квалифицированных кадров.

Модель, в центре которой стоит пациент, а не статистический отчет, позволит снизить экономическое бремя детских болезней. Раннее выявление патологии снизит затраты на лечение и реабилитацию взрослого населения. Профессиональное выгорание специалистов по причине сверхнагрузок будет стремиться к нулю. Появится возможность привлекать более квалифицированных специалистов.

Экономические перспективы внедрения модели

- Врач-специалист при проведении профилактических (периодических, предварительных) осмотров обследует пациента и выставляет статистический талон, либо формирует услугу по законченному случаю (выставляется счет страховой компании после полного выполнения стандарта осмотра), в свою очередь страховая компания переводит средства на счет ЛПУ.
- Выявленная патология направляется в ЛПУ для проведения лечебно-диагностических или реабилитационных мероприятий, за которые ЛПУ выставляет статистические талоны и получает средства от страховой компании.
- Пропущенная патология при старой модели профилактического осмотра приводит к снижению заработанных ЛПУ средств и увеличению затрат государства при лечении сформировавшейся хронической патологии в последующем. Ранняя диагностика и своевременные лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия при новой модели существенно снизят затраты государства в будущем.
- Заработная плата врачей формируется из средств ЛПУ, выставленных за проведение осмотров.

Перспективы работы на практике

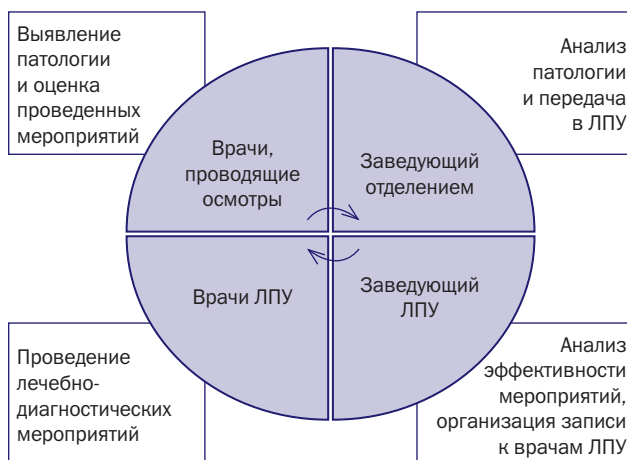
1. Врач-специалист получает план на год с адекватной загрузкой на осмотры в день.
2. Проводится осмотр, и при выявлении патологии медицинская документация через руководителя подразделения передается заведующему поликлиническим отделением с последующей записью на лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия.
3. После проведения данных мероприятий производится оценка эффективности при следующих медицинских осмотрах (рис.).

Данное подразделение можно создать в каждой поликлинике, возможно также создание единого центра массовых медицинских осмотров детского населения в каждом районе на базе одной детской поликлиники, либо создание такой бригады на базе уже имеющихся в каждом районе центров здоровья [5]. Функциями центров здоровья являются:

- информирование населения о вредных и опасных для здоровья человека факторах;
- групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни, профилактика возникновения и развития факторов риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия и др.) и формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих детей и близких;
- формирование у населения принципов «ответственного родительства»;
- обучение граждан, в т. ч. детей, гигиеническим навыкам и мотивирование их к отказу от вредных привычек, включающих помощь в отказе от потребления алкоголя и табака;
- обучение граждан эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей;
- динамическое наблюдение за пациентами группы риска развития неинфекционных заболеваний;
- оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья;
- консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой

Рис. Схема подразделения поликлиники, осуществляющего массовые медицинские осмотры детского населения

Fig. Chart of the outpatient clinic subdivision carrying out mass health examinations of children



Примечание. ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение.
Note. LPU — health care facility.

и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха;

- разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, в т. ч. с учетом физиологических особенностей детского возраста;
- осуществление мониторинга реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, факторов риска развития заболеваний.

Также возможно использование резервов спортивных диспансеров для создания диспансерных комиссий на их базе: последнее поможет в привлечении здоровых детей к занятиям различными видами спорта — важному разделу молодежной политики РФ, оздоровлению нации. Таким образом, расширение полномочий центров здоровья или спортивных диспансеров может явиться хорошим решением рассматриваемой проблемы.

Другой моделью может быть **перераспределение обязанностей участкового педиатра внутри поликлиники**: например, массовые медицинские осмотры в возрастной группе до 1 года жизни можно проводить специалистами-неонатологами, 13–17 лет — подростковыми врачами, 1–12 лет — врачами дошкольно-школьного отделения, что значительно освободит время для приема острых и хронических больных участковым педиатром, но, к сожалению, не решит проблемы нехватки узких специалистов.

Третья модель — **проведение всех массовых медицинских осмотров в летний период**, когда мало острых больных и менее загружены специалисты; ответственность за профилактические и периодические осмотры в большей степени возложить на родителей с обязательным предоставлением ими справки прохождения осмотра всеми специалистами в школу и детский сад к первому сентября (подобная модель успешно работает в Белоруссии). Неорганизованные дети проходят осмотр в течение года.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них». [Decree of the Ministry of Health Policy of the Russian Federation № 1346n «O poryadke prokhozheniya nesovershennoletnimi meditsinskikh osmotrov, v tom chisle pri postuplenii v obrazovatel'nye uchrezhdeniya i v period obucheniya v nikh» dated December 21, 2012. (In Russ).] Доступно по: <http://base.garant.ru/70355102/>. Ссылка активна на 15.04.2017.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.04.2007 № 283 «Критерии эффективности работы врача-педиатра участкового». [Decree of the Ministry of Health Policy of the Russian Federation №283 «Kriterii effektivnosti raboty vracha-pediatra uchastkovogo» dated April 19, 2007. (In Russ).] Доступно по: <http://www.webapteka.ru/phdocs/doc13455.html>. Ссылка активна на 15.04.2017.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 16.10.2001 г. № 371 «О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала детских городских поликлиник (поликлинических отделений) в городах с населением свыше 25 тысяч человек». [Decree of the Ministry of Health Policy of the Russian Federation № 371 «O shtatnykh normativakh meditsinskogo i pedagogicheskogo personala detskikh gorodskikh poliklinik (poliklinicheskikh otdelenii) v gorodakh s naseleniem svyshe 25 tysyach chelovek» dated October 16, 2001. (In Russ).] Доступно по: <http://docs.cntd.ru/document/901801456>. Ссылка активна на 15.04.2017.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резюмируя вышесказанное, коллектив авторов предлагает улучшить качество оценки состояния здоровья детского населения любым из предложенных путей модернизации процесса прохождения диспансеризации детьми всех возрастных групп. Основным решением проблемы диспансерного наблюдения авторы считают создание специального подразделения и формирование отдельных бригад специалистов в рамках объединения, используя ротацию кадров. Данная модель позволит врачу-специалисту заниматься выявлением патологии с последующим направлением в ЛПУ для дальнейшего дообследования и лечения. Контроль диагностики и лечения оцениваются при следующем осмотре. Одним из вариантов модернизации может быть перераспределение обязанностей участкового педиатра с привлечением таких специалистов, как неонатологи, подростковые врачи и врачи школьно-дошкольного отделения. К решению данной проблемы могут быть привлечены уже имеющиеся районные центры здоровья и спортивные диспансеры.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

FINANCING SOURCE

Not specified.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS

Not declared.

ORCID

И. М. Гайдук <http://orcid.org/0000-0003-3633-4662>

4. Приказ Министерства здравоохранения РФ 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-отоларинголога, врача-офтальмолога и врача акушера-гинеколога». [Decree of the Ministry of Health Policy of the Russian Federation № 290n «Ob utverzhdenii tipovykh otraslevykh norm vremeni na vypolnenie rabot, svyazannykh s poseshcheniem odnim patsientom vracha-pediatra uchastkovogo, vracha-terapevta uchastkovogo, vracha obshchei praktiki (semeinogo vracha), vracha-nevrologa, vracha-otolaringologa, vracha-ofthalmologa i vracha akushera-ginekologa» dated June 02, 2015. (In Russ).] Доступно по: http://minzdrav.gov-murman.ru/documents/poryadki-okazaniya-meditsinskoy-pomoshchi/pr_MZ_RF_290.pdf. Ссылка активна на 15.04.2017.
5. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19.08.2009 г. № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». [Decree of the Ministry of Health Policy of the Russian Federation № 597n «Ob organizatsii deyatel'nosti tsentrov zdorov'ya po formirovaniyu zdorovogo obraza zhizni u grazhdan Rossiiskoi Federatsii, vkluchaya sokrashchenie potrebleniya alkogolya i tabaka» dated August 19, 2009. (In Russ).] Доступно по: <http://base.garant.ru/12169847/>. Ссылка активна на 15.04.2017.