

НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛЮ «ПЕДИАТРИЯ»

ПУБЛИЧНЫЙ
ОТЧЕТ

2025

федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования

**САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

Министерства здравоохранения РФ

<u>1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НМИЦ КАК «ГОЛОВНОЙ» ОРГАНИЗАЦИИ ПО ПРОФИЛЮ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ</u>	4
<u>организационная структура НМИЦ</u>	4
<u>образовательная деятельность НМИЦ</u>	5
<u>деятельность по основным клиническим направлениям работы НМИЦ</u>	9
<u>оценка уровня автоматизации</u>	12
<u>оснащенность НМИЦ</u>	13
<u>научная деятельность НМИЦ</u>	17
<u>внедрение инновационных медицинских технологий, их медико-социальный и экономический эффект</u>	19
<u>2. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НМИЦ ЗА 2025 ГОД В СРАВНЕНИИ С ПЛАНОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА 2025 Г</u>	20
<u>2.1. число случаев, в ходе которых национальными медицинскими исследовательскими центрами проведены консультации/консилиумы с применением телемедицинских технологий краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организаций субъектов Российской Федерации по профилю оказания медицинской помощи</u>	20
<u>2.2. доля пациентов, проживающих на территории других субъектов Российской Федерации, получивших медицинскую помощь в НМИЦ (%)</u>	22
<u>2.3. число выездов в субъекты Российской Федерации, осуществленных сотрудниками НМИЦ в целях осуществления организационно-методической поддержки краевым, республиканским, областным, окружным медицинским организациям по профилю оказания медицинской помощи</u>	22
<u>2.4. число проведенных научно-практических мероприятий с применением телемедицинских технологий с участием «якорных» краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организаций субъектов Российской Федерации (и/или их структурных подразделений), либо организаций, выполняющих их функции</u>	28
<u>2.5. количество и перечень интерактивных образовательных модулей, размещенных на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России</u>	29
<u>2.6. оценка текущей кадровой ситуации в субъектах РФ по профилю НМИЦ (только основные сотрудники организации)</u>	29
<u>2.7. перечень предложений по улучшению кадровой ситуации в субъектах Российской Федерации с анализом реализации этих предложений</u>	61
<u>2.8. перечень мероприятий, направленных на повышение качества подготовки специалистов по профилю, с анализом реализации этих мероприятий</u>	64

<u>3. МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</u>	70
<u>календарь международных мероприятий, в которых приняли участие сотрудники НМИЦ в 2025 году</u>	73
<u>4. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ</u>	75
<u>4.1. анализ системы контроля качества медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и критериев оценки качества медицинской помощи в НМИЦ и медицинских организациях субъектов Российской Федерации по профилю медицинской помощи</u>	75
<u> перечень актуализированных клинических рекомендаций по профилю НМИЦ за текущий год</u>	75
<u> текущий уровень внедрения системы контроля качества медицинской помощи в НМИЦ как медицинской организации</u>	85
<u> сведения о медицинских организациях третьего уровня субъектов РФ, в которых внедрена система контроля качества медицинской помощи по результатам выездных проверок сотрудниками НМИЦ</u>	86
<u>4.2. рейтинг субъектов Российской Федерации по результативности и качеству оказания медицинской помощи в соответствии с критериями, предлагаемыми НМИЦ</u>	89
<u>4.3. результаты мониторинга и предложения по повышению эффективности реализации федеральных проектов в субъектах Российской Федерации</u>	171
<u>5. АНАЛИТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ (РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НМИЦ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СИТУАЦИИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НМИЦ.</u>	172
<u>6. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НМИЦ.</u>	177

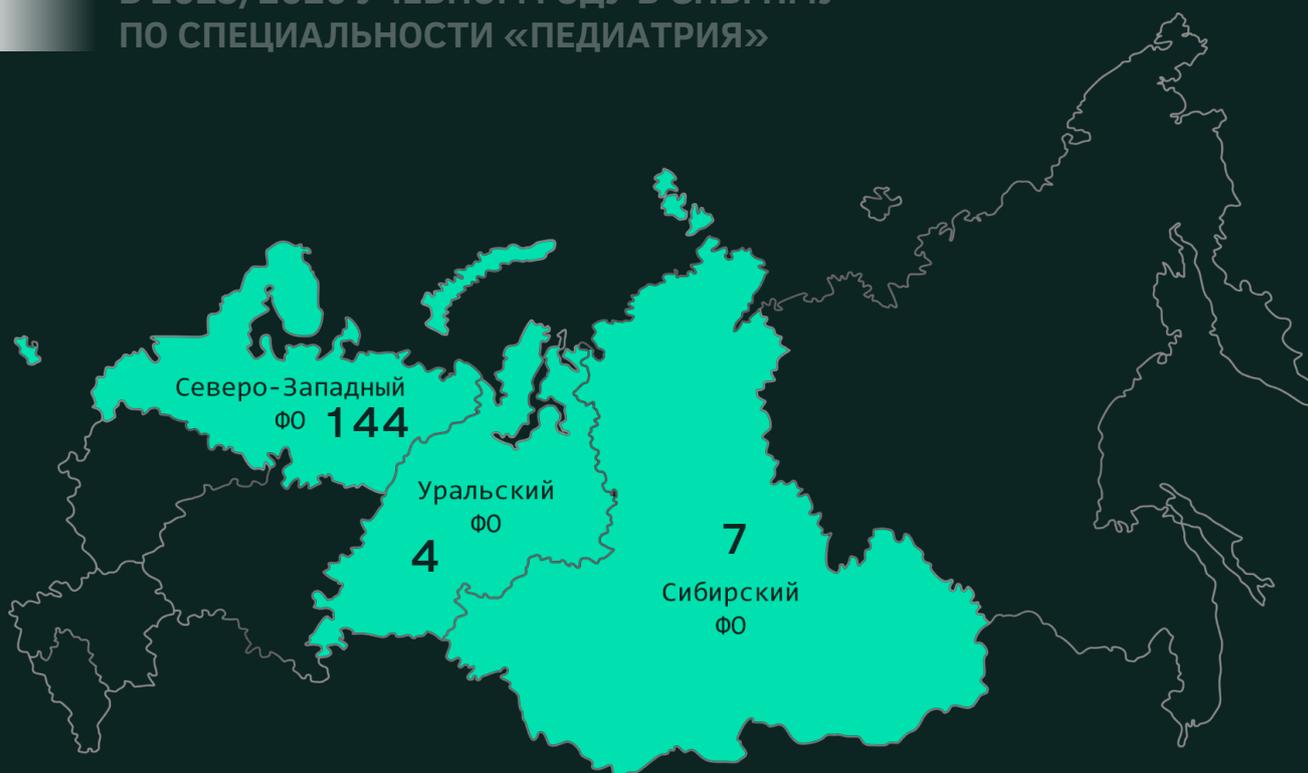
Организационная структура НМИЦ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации - одно из крупнейших многопрофильных научных, клинических и образовательных учреждений России.

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России научно-исследовательское, образовательное и медицинское учреждение, в котором оказывается специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, разрабатываются и внедряются новейшие методы лечения в области педиатрии, сердечно-сосудистой, детской хирургии, перинатологии, а также сочетанных патологий.



КОЛИЧЕСТВО ОРДИНАТОРОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В 2025/2026 УЧЕБНОМ ГОДУ В СПБГПМУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ»



образовательная
деятельность НМИЦ

КОЛИЧЕСТВО ДПП ПК ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ПО ПРОФИЛЮ «ПЕДИАТРИЯ» В РАМКАХ РАБОТЫ НМИЦ В 2025 ГОДУ

- 1 Цикл повышения квалификации: «Современные методы лечения заболеваний дыхательной системы у детей. Вопросы методики преподавания» 36 часов
- 2 Цикл повышения квалификации: «Избранные вопросы педиатрии для преподавателей» 36 часов
- 3 Цикл повышения квалификации: «Методические аспекты преподавания детской эндокринологии при подготовке врача-педиатра» 36 часов
- 4 Цикл повышения квалификации: «Трудные вопросы патологии детей раннего возраста. Современный подход к преподаванию» 36 часов
- 5 Цикл повышения квалификации: «Особенности подготовки педиатров первичного звена» 36 часов
- 6 Цикл повышения квалификации: «Особенности преподавания детской анестезиологии-реаниматологии в медицинском вузе» 36 часов
- 7 Цикл повышения квалификации: «Современные модели диагностики и лечения в педиатрии. Методика преподавания» 36 часов
- 8 Цикл повышения квалификации: «Вопросы преподавания современной концепции диагностики и терапии аутоиммунных заболеваний у детей» 36 часов
- 9 Цикл повышения квалификации: «Совершенствование преподавания педиатрии в медицинском вузе. Вопросы неотложной педиатрии» 36 часов



Цикл повышения квалификации: «Особенности преподавания инфекционных болезней у детей в вузе» 36 часов (2025)

№	Наименование цикла	СЗФО	УФО	СФО	Запорожская обл.	Херсонская обл.	Всего с другими регионами
1	Детская кардиология	3					4
2	Детская онкология	1					1
3	Детская онкология-гематология	16					16
4	Детская урология-андрология	1					1
5	Детская хирургия	2					2
6	Детская эндокринология	1	1				4
7	Неонатология	2					3
8	Педиатрия	2					3
9	Актуальные вопросы детской и взрослой офтальмологии	17					17
10	Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии	2					2
11	Актуальные вопросы детской офтальмологии	1					1
12	Актуальные вопросы инфекционных заболеваний у детей с курсом иммунопрофилактики	24					24
13	Актуальные вопросы нейроинфекции у детей	1					1
14	Актуальные вопросы педиатрии	31					31
15	Актуальные вопросы педиатрии в амбулаторной практике педиатра	17					18
16	Актуальные вопросы педиатрии, инфекционных заболеваний у детей с курсом иммунопрофилактики	32					32
17	Актуальные вопросы рентгенологии в педиатрии	10					10
18	Актуальные вопросы ультразвукового исследования внутренних органов у детей	3					3
19	Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики в неонатологии	4					5
20	Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики суставов и мягких тканей у детей и взрослых	1					1
21	Актуальные проблемы гематологии в педиатрии	15					15
22	Актуальные проблемы детской аллергологии	6					6
23	Аллергические заболевания у детей	6					6
24	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия у детей	5					5
25	Артриты у детей	3	2				6
26	Болезни печени у детей						2
27	Вакцинопрофилактика детей и взрослых	18		1			19
28	Внутриутроб. инфекции и неонатальный сепсис, актуальные вопросы диагностики и лечения						1
29	Воспалительные и невоспалительные заболевания сердца у детей	1					2
30	Гастроэнтерология в педиатрии	3					3
31	Гастроэнтерология детского и подросткового возраста	14		2			17
32	Гематологические и геморрагические заболевания новорожденных	1					2
33	Гемодинамическая поддержка при критических состояниях у детей	7					7
34	Гепатология детского возраста	6					9
35	Гидрокинезотерапия детей до 1 года	6					6
36	Гипербилирубинемии новорожд: диагностика и тактика ведения	3		1			4
37	Демиелинизирующие заболевания нервной системы у детей	5					5
38	Детская гематология. Анемические состояния у детей разл. возраста	7					7
39	Детская кардиология	18	1				20
40	Детская онкология	2					2

№	Наименование цикла	СЗФО	УФО	СФО	Запорож-ская обл.	Хер-сонская обл.	Всего с другими регионами
41	Детская урология-андрология	5					5
42	Детская хирургия	17					17
43	Детская эндокринология: заболевания надпочечников	1					1
44	Диагностика и лечение респираторной аллергии у детей	4					4
45	Диагностика, наблюдение и лечение врожденных аномалий сердца у плода	1		1			
46	Заболевания кишечника у детей	8					8
47	Заболевания щитовидной и паращитовидных желез у детей	5					5
48	Интенсивная терапия критических состояний у новорожденных	2	1				6
49	Инфекции, специфичные для перинатального периода новорожденных	2					2
50	Инфекционные заболевания у детей первого года жизни	22					22
51	Капельные и острые кишечные инфекции, вирусные гепатиты у детей	1					1
52	Капельные инфекции у детей	11					11
53	Катамнез и качество жизни недоношенных детей	2					3
54	Критические состояния у детей. Диагностика и интенсивная терапия	9					10
55	Лечебная физкультура при патологии дыхательной системы у детей	4					4
56	Лечебная физкультура при патологии опорно-двигат. аппарата у детей	9					9
57	Логопатология детского возраста	22		4			52
58	Методические аспекты преподавания детской эндокринологии при подготовке врача-педиатра			1			1
59	Нарушение роста и полового развития у детей	7					8
60	Нарушение роста у детей	5					5
61	Нарушения полового развития у детей и подростков	2					2
62	Неврология раннего детского возраста	3		1			6
63	Неврология, неврология раннего детского возраста	34	1				41
64	Неврология, неонатальная неврология	5					5
65	Неврология. Пограничные нервно-психические расстройства детского и подросткового возраста	2					3
66	Неонатальная анестезиология-реаниматология	25					27
67	Неонатальная неврология	2					2
68	Неонатология. Физиология и патология новорожденных и недоношенных детей	17	2				23
69	Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях в практике врача-педиатра						35
70	Нефрология детского возраста	2		1			3
71	Оказание неотлож. помощи детям. Работа в команде (сим. курс) для педиатров						14
72	Основы интенсивной терапии в педиатр. кардиологии и кардиохирургии	3					3
73	Особенности преподавания детской анестезиологии-реаниматологии в медицинском вузе	5	1	8			48
74	Особенности преподавания инф. болезней у детей в вузе	4					12
75	Острое почечное повреждение у детей и подростков. ХБП у детей	2		1			3
76	Острые киш. инфекции и вир. гепатиты у детей	4					4

№	Наименование цикла	СЗФО	УФО	СФО	Запорож- ская обл.	Хер- сонская обл.	Всего с другими регионами
77	Паразитозы в практике педиатра и инфекциониста	4					25
78	Парентеральное и энтеральное питание донош. и недоношенных детей от «А» до «Я»	2					5
79	Пароксизм. расстройства сознания у детей	6					6
80	Патология легких в периоде новорожденности	4					4
81	Педиатр.ревматология: диагностика и лечение системных заболеваний соед. ткани у детей	1					3
82	Педиатрия	100					108
83	Педиатрия, актуальные проблемы гематологии	7					7
84	Педиатрия, актуальные проблемы пульмонологии	11					12
85	Первая врачебная помощь при неотложных состояниях у детей	22					22
86	Первая врач. помощь при сочет. травм у детей. Работа в команде	7					7
87	Первичная реанимация новорожд. и недонош. в родильном зале	2	1				5
88	Перинат. поражение нервной системы у новорожденных и недонош.детей	4		2			12
89	Питание здорового и больного ребенка	3					4
90	Пороки сердца у детей	2					4
91	Профилактика и ранняя диагностика гинекологической патологии у детей	12					17
92	Ревматология детского возраста	4		1			9
93	Рефлексотерапия в педиатрии	4					4
94	Сах. диабет 1 типа и др. виды нарушений углев. и жир.обмена у детей и подростков	89	1				90
95	Сахарный диабет у детей и подростков	4	1				6
96	Совершенствование преподавания педиатрии в мед. вузе. Вопросы неотложной педиатрии						2
97	Современная педиатрическая нефрология	1		2			5
98	Современные вопросы ухода за ребенком	31					31
99	Соврем. медико-соц. проблемы службы охраны материнства и детства	15					15
100	Соврем. модели диагностики и лечения в педиатрии. Методика преподавания	1					3
101	Соврем. представления о диагностике и тактике ведения гипербилирубинемий донош.и недонош. детей	2					4
102	Современные стратегии акушерской и неонатальной интенсивной терапии	5					22
103	Тренинг по проведению реанимации новорожд. в род.зале (сим. курс)	2					5
104	Трудные вопросы патологии детей раннего возраста. Соврем.подход к преподаванию	10		4			25
105	Тубулопатии с вед. синдромом рахита, почечн. каналец, ацидоза и алкалоза у детей и подростков						2
106	Ультразвуковая диагностика заболеваний почек у детей	5		1			10
107	Ультразвуковая навигация в интенсивной терапии критических состояний у детей	7					11
108	Управление сердечным выбросом при критических состояниях у детей	1					1
109	Физиология и патология новорожденных детей	25					30
110	Функциональные методы диагностики в детской кардиологии	10					10
111	Хронические неспецифические заболевания легких у детей	2					2
112	Экстракорпоральная гемокоррекция в интенсивной терапии септического шока у детей	1		1			8
113	Эндокринология детского и подросткового возраста	13					17
114	Эндокринология. Актуальные вопросы эндокринной патологии у детей и взрослых	4					4

Деятельность по основным клиническим направлениям работы НМИЦ

Широкие диагностические возможности и применение передовых медицинских технологий, оперативная и консультативная работа сотрудников Клиники и профессорско-преподавательского состава
Госпитализация пациентов из всех регионов Российской Федерации по ОМС и ВМП согласно 3 уровню оказания медицинской помощи

Оказание специализированной, в т.ч. высокотехнологичной медицинской помощи, клинические апробации, клинические исследования, внебюджетная деятельность.

Кочный фонд клиники университета по профилю «педиатрия» представлен 419 койками круглосуточного стационара, в том числе 27 койками дневного стационара.

Структура медицинской помощи в клинике по профилю «педиатрия»

мультидисциплинарный подход

АЛЛЕРГОЛОГИЯ

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

НЕФРОЛОГИЯ

КАРДИОЛОГИЯ

РЕВМАТОЛОГИЯ

ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

ОНКОГЕМАТОЛОГИЯ

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

ИНФЕКЦ. БОЛЕЗНИ

ДЕРМАТОЛОГИЯ

ВЕНЕРОЛОГИЯ

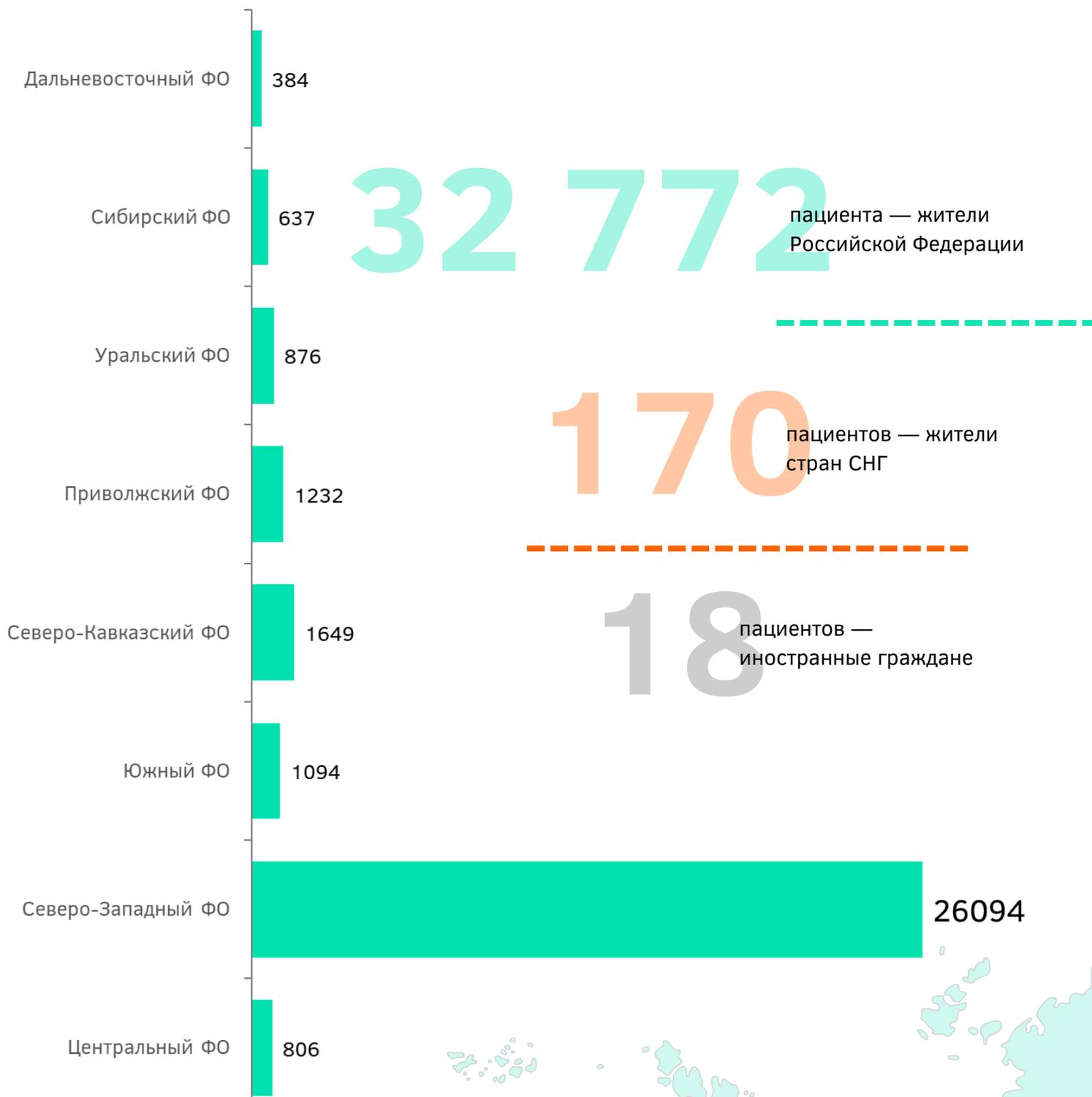
НЕВРОЛОГИЯ

НЕОНАТОЛОГИЯ

АКУШЕРСТВО И
ГИНЕКОЛОГИЯ

ПАТ.АНАТОМИЯ

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И
РЕАНИМАТОЛОГИЯ



100-5 000

Ленинградская обл.
Новгородская обл.
Псковская обл.
Республика Дагестан
Вологодская обл.
Республика Карелия
Мурманская обл.
Краснодарский край
Калининградская обл.
Чеченская республика
Республика Коми
Ямало-Ненецкий АО
Ставропольский край
Архангельская обл.
Респ. Башкортостан
Респ. Татарстан

Тверская обл.
Оренбургская обл.
Кабард.-Балкарс.Респ
Ханты-Мансийский АО
Удмуртская Респ.
Астраханская обл.
Самарская обл.
Ростовская обл.
Тюменская обл.
Республика Крым
Красноярский край
Респ. Саха (Якутия)
Пермский край
Нижегородская обл.
г. Москва

50-99

Волгоградская обл.
Республика Ингушетия
Карачаево-Черкесск.Респ.
Кемеровская обл.
Челябинская обл.
Луганская Народная Респ.
Кировская обл.
Саратовская обл.
Московская обл.
Иркутская обл.
Алтайский край
Курганская обл.

Белгородская обл.
Респ.Северная Осетия
Свердловская обл.
Омская обл.
Камчатский край
Новосибирская обл.
Орловская обл.
Донецкая Народная Респ.
Сахалинская обл.
Воронежская обл.
Ярославская обл.
Приморский край

1-49

г.Севастополь
Республика Бурятия
Хабаровский край
Запорожская область
Амурская область
Республика Адыгея
Пензенская обл.
Владимирская обл.
Брянская обл.
Костромская обл.
Республика Тыва
Чувашская Респ.
Забайкальский край
Ненецкий АО
Ивановская обл.
Респ. Мордовия
Смоленская обл.

Респ. Калмыкия
Магаданская обл.
Курская обл.
Тульская обл.
Тамбовская обл.
Ульяновская обл.
Томская обл.
Липецкая обл.
Рязанская обл.
Калужская обл.
Респ. Марий Эл
Республика Алтай
Чукотский АО
Херсонская область
Республика Хакасия
Еврейская АО

1 Внедрение клинических рекомендаций в медицинскую информационную систему. Этап технического тестирования, с последующим обновлением информационной системы в МО и начала работы с клиническими рекомендациями в выделенных отделениях.

2 Разработка основных возможностей личного кабинета пациента: самозаписи пациентом и оплаты услуг. Для создания безопасного входа в личный кабинет внедряется возможность регистрации в нем через ЕСИА.

3 Создание и реализация внутреннего расписания клиники для учета и планирования госпитализации.

4 Лаборатория «Молекулярной диагностики с расширенной группой по экогенетике» научно-исследовательского центра подключена к информационной системе клиники, что обеспечивает доступ к результатам генетических тестов прямо в электронной карте пациента и передачу данных в интеграционные сервисы.

5 Организация автоматизированного контроля за передаваемыми сведениями в системы ФРМО, ФРМР, Портал врача, РЭМД.

6 Регулярный контроль за обновлениями справочных систем, влияющих на передачу структурированных электронных медицинских документов.

7 Продолжение работ по реализации электронного медицинского документооборота: внедрение новых структурированных ЭМД, корректировка и доработка существующих в соответствии с требованиями Минздрава России и оптимизации работы медицинского персонала.

8 Доработка отчетности для самоконтроля своей деятельности на отделениях для заведующих и старших медсестер.

9 Безопасность, регламентирование деятельности МО по безопасному доступу, охраны персональных данных пациентов и поведения в различных ситуациях.



ОСНАЩЕННОСТЬ НМИЦ

За период 2020-2025 гг. приобретено оборудование, которое позволит за счет применения современных технологий повысить качество и эффективность диагностики, лечения и реабилитации пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи

ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ: МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ СОВЕРШЕНСТВУЮТСЯ, АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОСТАЕТСЯ. Сулова, Г. А., Кирьянова, В. В., Булина, О. В., Сулов, В. М., Адулас, Е. И., Либерман, Л. Н., Безушко, М. Л., Петрова, Е. В., Графова, А. И., Ростачева, Е. А., Мизонова, И. Б., Бобко, Я. Н., & Бобко, А. Я. (2025).
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ. Сулова Г.А., Кирьянова В.В., Булина О.В., Сулов В.М., Носачева С.Р., Адулас Е.И., Либерман Л.Н., Безушко М.Л., Петрова Е.В., Графова А.И., Ростачева Е.А., Мизонова И.Б., Бобко Я.Н., Бобко А.Я., Цоллер К.А., Альтавил М.А.
ОСНОВНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И ОГРАНИЧЕНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ. Петрова Е.В., Садыков А. И., Цыганова О.Д., Камышанова Е.А., Быхалов В.И., Кирьянова В.В., Сулова Г.А., Булина О.В., Сулов В.М., Либерман Л.Н., Безушко М.Л., Адулас Е.И., Мороз А.В.
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ДОРСАЛГИИ: СОВРЕМЕННЫЙ УРОВЕНЬ И ПЕРСПЕКТИВЫ КАРБОКСИТЕРАПИИ. А. М. Белова, Г. А. Сулова, О. В. Булина, В. М. Сулов, В. В. Кирьянова, Е. И. Адулас, Л. Н. Либерман, М. Л. Безушко, Е. В. Петрова, А. И. Графова, Е. А. Ростачева, И. Б. Мизонова, Я. Н. Бобко, А. Я. Бобко, А. В. Мороз.
ФИЗИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. Сулова Г.А., Кирьянова В.В., Булина О.В., Сулов В.М.
КЛИНИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ: ОПИСАНИЕ СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ. Лаптиев С.А., Стрекалов Д.Л., Розенфельд С.В., Ефет Е.А., Ефимова Е.Л., Баранов А.Ю., Кошелева М.Л., Кузнецова О.А., Джанклич Э.М., Волкова С.С., Кривдина М.Ю., Абрамова Н.Н., Рыпакова К.В., Абузова А.С., Фокин Н.А., Суспицын Е.Н., Янус Г.А., Назаров В.Д., Имянитов Е.Н. Педиатрия.
DIFFICULTIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND THERAPY OF KOMEL-NETHERTON SYNDROME. CLINICAL CASE DESCRIPTION AND LITERATURE REVIEW. Brazhnikova A., Bolshakova E., Gorlanov I., Manylova E., Mineeva O., Solomatina N., Suspitsin E.
СЛУЧАЙ СИНДРОМА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ ВСЛЕДСТВИЕ РАННЕЕ НЕ ОПИСАННОЙ МУТАЦИИ В ГЕНЕ THRA. Скороходок Ю.Л., Грабчак Т.С., Плотникова Е.В., Суспицын Е.Н., Иоффе И.Ю., Кожевникова А.В., Забинский В.Д., Иванов Д.О.
TIURIN VI, BIZIN IV, IMYANITOV EN. NOVEL KINASE-ACTIVATING GENETIC EVENTS IN NON-SMALL CELL LUNG CARCINOMAS. Preobrazhenskaya EV, Mulkidjan RS, Zagrebin FA, Romanko AA, Saitova ES, Korzun PR, Binnatova JO.
ДВА «ЛИЦА» DNMT3A - АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ. Шаронова О. С. и др.
MONOGENIC DEFECTS IN RUSSIAN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS. Evgeny N Suspitsin, Kristina S Malysheva, Sergey A Laptiev, Olga S Sharonova, Anastasiya S Abuzova, Anastasiya A Kuznitsyna, Tatyana V Melashenko, Oksana V Efremova, Polina R Korzun, Jeyla O Binnatova, Yuliy AGorgul, Maria V Syomina, Evgeny N Imyanitov.
ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ МУТАЦИЙ ПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХ И РАСПРОСТРАНЁННЫХ ФОРМАХ PIK3CA-АССОЦИИРОВАННЫХ СИНДРОМОВ ИЗБЫТОЧНОГО РОСТА. Абузова А.С., Жарнакова Ю.С., Биннатова Д.О., Имянитов Е.Н.

научные работы, созданные

на основе использования оборудования НМИЦ

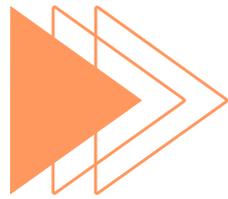
<p>ПРОЯВИТЕ НАСТОРОЖЕННОСТЬ! ТИРОЗИНЕМИЯ ТИПА I КАК ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ РАННЕМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ А. С. Абузова, С. А. Лаптиева, Е. В. Шилова, М. Ю. Типикина, Н. Б. Уланова, Н. Л. Волкова, М. О. Ревнова, Т. В. Харченко, Д. О. Биннатова, П. Р. Корзун, Д. Л. Стрекалов, Е. Н. Имянитов, Е. Н. Суспицын.</p>
<p>СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЕ НЕВУСЫ У ДЕТЕЙ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ. Горланов И.А., Минеева О.К., Леина Л.М., Имянитов Е.Н., Суспицын Е.Н., Лаптиева С.А., Федотова Е.П., Милявская И.Р., Большакова Е.С., Савалей Е.А.</p>
<p>CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF ER-POSITIVE HER2-NEGATIVE BREAST TUMORS WITH PIK3CA MUTATIONS IN RUSSIAN PATIENTS. Sokolova TN, Yanus GA, Aleksakhina SN, Belysheva YV, Chernyakova AP, Zharnakova YS, Nikitina AS, Stebneva TM, Martianov AS, Goryainova AY, Gluzman MI etc.</p>
<p>ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ОРГ. ЧАСТЬ 1. ВЫБОР СПОСОБА ПИТАНИЯ/ Лисица И.А., Завьялова А.Н., Александрович Ю.С., Новикова В.П., Лисовский О.В., Гавщук М.В., Бассанец А.А., Яковлева М.Н., Колебошина М.А., Мешков А.В., Аль-Харес М.М.</p>
<p>ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ОРГ. ЧАСТЬ 2. ТЕКСТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ УХОДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ/Лисица И.А., Завьялова А.Н., Александрович Ю.С., Новикова В.П., Лисовский О.В., Гавщук М.В., Бассанец А.А., Яковлева М.Н., Колебошина М.А., Мешков А.В., Аль-Харес М.М.</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ГАСТРОСТОМИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ. Богачев В.К., Мошарская М.А</p>
<p>АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА: ТАКТИКА И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ Рахимбердиева Д.Д., Пронина А.А.</p>
<p>ХИМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ. Кузнецова Ю.В., Мешков А.В., Захарова М.Л.</p>
<p>ОСОБЕННОСТИ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМЕ, ОСЛОЖНИВШЕМСЯ БРОНХОПУЛЬМОНАЛЬНЫМ СВИЩОМ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)/ Пшениснов К.В., Александрович Ю.С., Фелькер Е.Ю., Дмитриева Е.М., Мешков А.В., Разгон М.В., Соломатина Н.М., Сторожук О.Д., Потапов В.С.</p>
<p>ОПТИМИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ЭТАПА ПОДГОТОВКИ ЖЕЛУДКА К ФИБРОЗООФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ. Фокин А.А., Мешков А.В., Прудникова М.Д., Ускова С.Ю., Господарец М.А., Колебошина М.А.</p>
<p>РЕДКОЕ ВНУТРИБРЮШНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕНЕТРИРУЮЩЕЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ КРОНА У РЕБЕНКА. Тихомиров А.И., Подкаменев А.В., Передереев С.С., Волкова Н.Л., Глушкова В.А., Мешков А.В.</p>
<p>ДИСФАГИЯ У ДЕТЕЙ. Завьялова А.Н., Иванов Д.О., Новикова В.П., Гавщук М.В. и др.</p>
<p>СПОСОБ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ САРКОПИИ У МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА. Новикова В.П., Завьялова А.Н., Яковлева М.Н., Лисица И.А., Новикова И.С., Панкратова П.А., Кукес И.В., Лунегов Т.Д., Птицын М.С., Глаговский П.Б., Качалова М.Н., Пак А.А., Балашов А.Л.</p>
<p>ОЦЕНКА НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ЭНТЕРОПАТИЕЙ. Григорьева К.М., Синюгина А.И.</p>

<p>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОФИЗАРНОГО ГИГАНТИЗМА. Тыртова Л.В., Оленев А.С., Завьялова А.Н., Паршина Н.В., Скобелева К.В., Яковлева В.А.</p>
<p>ПСОРИАЗ И ОЖИРЕНИЕ: КОМОРБИДНОСТЬ ИЛИ ЕДИНЫЙ ГЕНЕТИЧЕСКИЙ КОД? Новикова В.П., Аль-Навайсех Х.З.Х., Завьялова А.Н., Карелов Д.А., Заславский Д.В., Марковская И.Н., Бунтовская А.С., Трандина А.Е., Глушаков Р.И.</p>
<p>ДИАГНОСТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ У ДЕТЕЙ И МЕТОДЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ. Бойцова Е.В., Гоголев А.В., Коновалова Л.Е., Турганова Е.А.</p>
<p>ГАСТРОСТОМИЯ КАК СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. Новикова И.С.</p>
<p>Доклад: ОПЫТ ГАСТРОСТОМИИ У ДЕТЕЙ. Мешков А.В. Межрегиональная научно-практическая конференция «Альянс гастроэнтеролога, хирурга, колопроктолога и эндоскописта в диагностике и лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта и органов дыхания», 26-27.09.2025</p>
<p>Доклад: ПОЭМ У ДЕТЕЙ. Мешков А.В., Дробязгин Е.А.</p>
<p>Доклад: ДЕТИ С ГАСТРОСТОМОЙ. МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ. Завьялова А.Н., Кузнецова Ю.В., Новикова И.С., Мешков А.В. II Научно-практическая конференция «Педиатрия двух столиц», 5-6.06.2025</p>
<p>Доклад: ПЕРКУТАННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОСТОМИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ. Мешков А.В., Завьялова А.Н., Лисица И.А. Совместный проект с педиатрическим факультетом РМАПО: профессорский обход «Школа клинического мышления педиатра», 05.10.2025</p>
<p>Доклад: ЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ ДИСФАГИЯ У ДЕТЕЙ. ВЗГЛЯД ХИРУРГА. Мешков А.В., Завьялова А.Н., Лисица И.А. Совместный проект с педиатрическим факультетом РМАПО: профессорский обход «Школа клинического мышления педиатра», 05.10.2025</p>
<p>Доклад: МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЕ НЕЙРОННЫЕ СЕТИ В ДЕРМАТООНКОЛОГИИ. НОВШЕСТВА В ПРАКТИКУ. Кулева С.А. Хабарова Р.И. Международный онкологический форум «Белые ночи» 04.07.2025</p>

39

научных работ всего

4 научные лаборатории
 ФГБОУ ВО СПбГПМУ
 Минздрава России



Лаборатория
 молекулярной
 диагностики с
 расширенной
 группой по
 экогенетике

Лаборатория
 медико-
 социальных
 проблем
 в педиатрии

Лаборатория
 нейрокогнитивных
 технологий

Лаборатория
 экспериментальной
 медицины

3 научных института

- Институт детской хирургии, травматологии и ортопедии
- Институт инфекционных болезней, клинической фармакологии и медицинской паразитологии
- Институт патологической анатомии, гистологии и анатомии

Научно-исследовательская деятельность ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России по трем направлениям в рамках приоритетных задач, стоящих перед медицинской наукой и здравоохранением России:

- Перинатальные проблемы болезней у детей, подростков и взрослых.
- Влияние анатомо-функциональных, психосоматических и медико-социальных факторов на здоровье матери и ребенка.
- Педиатрические аспекты предиктивно-превентивной и персонализированной медицины.

В научной деятельности ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России отдает приоритет взаимодействию с учреждениями, занимающимися фундаментальной наукой, а также трансляции фундаментальных идей в клиническую деятельность.

В Университете сформирован уникальный научный комплекс, в котором созданы все условия для работы ученых и врачей, способных перенести эти идеи в клиническую практику. Именно поэтому основным результатом исследовательской деятельности Университета является внедрение научных разработок в практическую деятельность.

Характеристика научного потенциала ФГБОУ ВО СПбГПМУ (по профилю «педиатрия»)

Средний возраст научных сотрудников - 47 лет

Доля научных сотрудников до 39 лет - 17%

Количество высококвалифицированных научных сотрудников

39 профессора

69 доктора наук
161 кандидата наук

3 член-корреспондента
2 Академика РАН

РИНЦ

257

Индекс Хирша по публикациям

176

Индекс Хирша по ядру РИНЦ

показатели научной

деятельности

КОЛИЧЕСТВО СТАТЕЙ

1495 ВАК 64

SCOPUS,

846 WoS

количество
патентов на
изобретения

Наименование метода	Внедрение метода в субъектах РФ	
	субъект РФ	Ожидаемый эффект
Инвазивные манипуляции в анестезиологии под контролем УЗ (катетеризация сосудов, проведение регионарной анестезии с целью периоперационной анальгезии и реабилитации детей)	Калининградская область	Снижение риска развития осложнений. Сокращение срока госпитализации пациента. Повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи.
	Псковская область	
Прикроватная ультразвуковая диагностика (EFAST; BLUE протоколы)	Калининградская область	Снижение риска развития осложнений. Сокращение срока госпитализации пациента. Повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи.
	Псковская область	
Методы оптимизации маршрутизации пациентов детского возраста	Иркутская область	Повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи.
	Ханты-Мансийский АО	
	Республика Коми	
Методы сбора анамнеза, оценки результатов лабораторных исследований, обоснования медикаментозных назначений, составления планов обследования и лечения, в соответствии с клиническими рекомендациями.	Иркутская область	Повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи.
	Ханты-Мансийский АО	
	Республика Коми	
КТ Iqon контроль количественной оценки жирового гепатоза печени на этапе лечения гепатотропными препаратами.	Клиника ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России	Повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи.
Скрининговое обследование детей и подростков для выявления новообр. кожи с применением цифровой дерматоскопии с автоматическим тотальным картированием тела и базы макро- и микроснимков.	Клиника ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России	Повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи.
Улучшения функции речи, чтения и письма при использовании водно-иммерсионного комплекса и музыкотерапии в реабилитации детей.	Клиника ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России	Повышение доступности, качества и безопасности медицинской помощи.

2.1. Число случаев, в ходе которых национальными медицинскими исследовательскими центрами проведены консультации/консилиумы с применением телемедицинских технологий краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организаций субъектов Российской Федерации по профилю оказания медицинской помощи

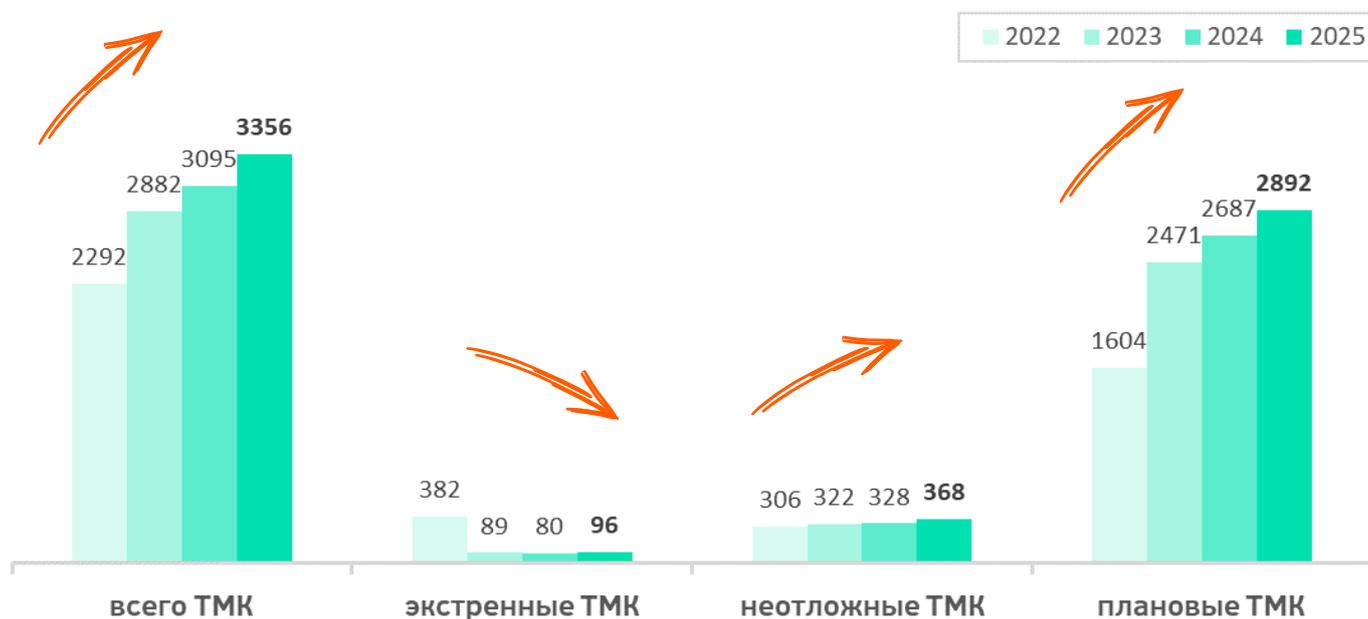
На 2025 год запланировано проведение 3600 консультаций с применением телемедицинских технологий по профилю «педиатрия». Плановое количество дистанционных консультаций/консилиумов (10 мес.): 2870.

Количество проведенных в отчетный период дистанционных консультаций/консилиумов по профилю «педиатрия»: 3356 (без учета ТМК пациентам федеральных центров).

Из числа проведенных консультаций: плановых – 2892 (86,17%), неотложных - 368 (10,97%), экстренных – 96 (2,86%).

93,2%

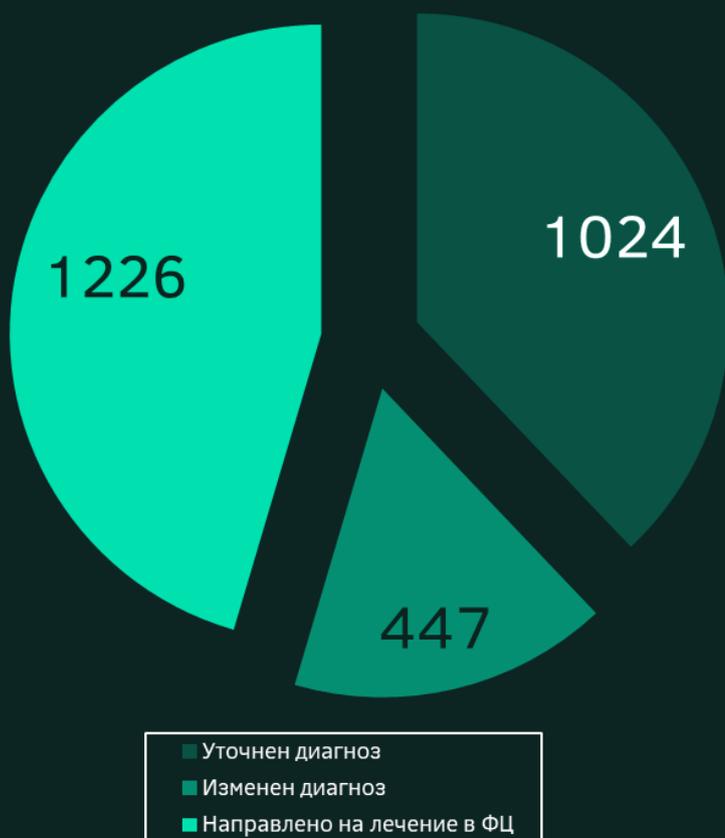
Исполнение годового плана 2025 года;
за 10 месяцев — 116,9%



Количество консультаций с применением телемедицинских технологий по профилю «педиатрия» увеличилось по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на 8,4%. Прослеживается тенденция к увеличению числа всех типов запросов.

Результаты проведённых консультаций

с применением телемедицинских технологий в 2025 году



По результатам проведённых консультаций с применением телемедицинских технологий по профилю «педиатрия» в 2025 году у 30,5% уточнён диагноз, у 13,3% диагноз изменён

общее количество телемедицинских консультаций в 2025 году (за 10 месяцев)

2870

2.2. Доля пациентов, проживающих на территории других субъектов Российской Федерации, получивших медицинскую помощь в НМИЦ (%)

ПЛАН 65%
ФАКТ* 65,03%

*по данным на 30.11.2025

2.3. Число выездов в субъекты Российской Федерации, осуществленных сотрудниками НМИЦ в целях осуществления организационно-методической поддержки краевым, республиканским, областным, окружным медицинским организациям по профилю оказания медицинской помощи

Зона курации

НМИЦ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

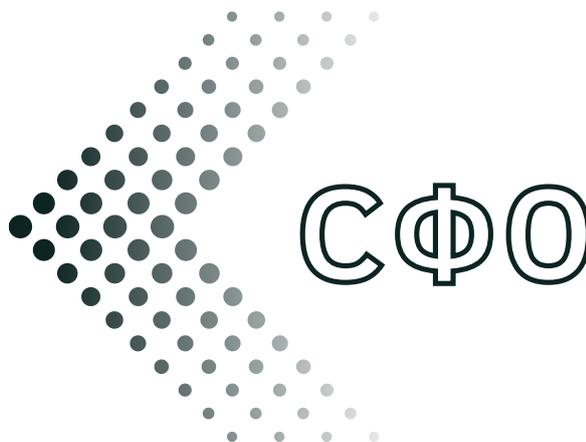


СЗФО



Архангельская область (Архангельск)
Вологодская область (Вологда)
Калининградская область (Калининград)
Ленинградская область (Санкт-Петербург, Гатчина)
Мурманская область (Мурманск)
Ненецкий АО (Нарьян-Мар)
Новгородская область (Великий Новгород)
Псковская область (Псков)
Республика Карелия (Петрозаводск)
Республика Коми (Сыктывкар)
г. Санкт-Петербург

Алтайский край (Барнаул)
Иркутская область (Иркутск)
Кемеровская область - Кузбасс (Кемерово)
Красноярский край (Красноярск)
Новосибирская область (Новосибирск)
Омская область (Омск)
Республика Алтай (Горно-Алтайск)
Республика Тыва (Кызыл)
Республика Хакасия (Абакан)
Томская область (Томск)



СФО

УФО



Курганская область (Курган)
Свердловская область (Екатеринбург)
Тюменская область (Тюмень)
Ханты-Мансийский АО - Югра (Ханты-Мансийск)
Челябинская область (Челябинск)
Ямало-Ненецкий АО (Салехард)

Херсонская область
Запорожская область

НОВЫЕ РЕГИОНЫ +

29 регионов

31 выезд

с 1 февраля
по 30 ноября 2025

ОСНОВНЫМ ИНСТРУМЕНТОМ ДЛЯ РЕАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИЙ В ХОДЕ ВЫЕЗДНОГО МЕРОПРИЯТИЯ ЯВЛЯЛСЯ АУДИТ СУБЪЕКТА РФ ПО СЛЕДУЮЩИМ НАПРАВЛЕНИЯМ

1 Оценка качества оказания медицинской помощи по профилю, включая предложения по снижению заболеваемости и смертности населения, по совершенствованию маршрутизации пациентов, по оптимизации сети и структуры медицинских организаций по профилю оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.

2 Оценка качества ведения и (или) мониторинга регистров (численности пациентов) на предмет получения лекарственной терапии или использования медицинских изделий. Выборочный анализ соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям.

3 Оценка деятельности по реализации государственных проектов и программ, включая достижение их целевых показателей.

4 Оценка кадрового обеспечения системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации с предоставлением перечня конкретных предложений (механизмов) по совершенствованию кадровой ситуации в регионе и указанием ожидаемого результата и эффектов от реализации данных предложений.

5 Оценка уровня автоматизации процессов оказания медицинской помощи в краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организациях или в медицинских организациях, осуществляющих их функции, и в субъекте Российской Федерации в целом.

6 Оценка полноты и правильности ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.

7 Оценка уровня лекарственного обеспечения пациентов по профилю оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, включая обеспечение преемственности лекарственного обеспечения на различных этапах оказания медицинской помощи.

8 Оценка системы контроля эффективности, безопасности и качества фармакотерапии по профилю оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.



9 Оценка количества и качества дистанционных консультаций, проведенных с использованием телемедицинских технологий, выполнения рекомендаций, данных в ходе проведения дистанционного консультирования, и результатов соответствующих случаев диагностики и лечения.

10 Оценка эффективности внедрения и применения клинических рекомендаций, включая критерии оценки качества по профилю заболевания в медицинских организациях субъектов Российской Федерации

По результатам выездов в регионы формируется информационная база по основным показателям качества оказания медицинской помощи.

- 1 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»
- 2 Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»
- 3 Постановление Правительства РФ от 27.12.2024 N 1940 (ред. от 04.09.2025) «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»
- 4 Постановление Правительства РФ от 17.11.2021 N 1968 «Об утверждении Правил поэтапного перехода медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций, разработанных и утвержденных в соответствии с частями 3, 4, 6 - 9 и 11 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- 5 Приказ Минздрава России от 14.04.2025 N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»
- 6 Приказ МЗ от 31.07.2020 г. N 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»
- 7 Приказ Минздрава России от 29.04.2025 N 260н «Об утверждении правил хранения лекарственных средств для медицинского применения»
- 8 Приказ Минздрава РФ от 10.04.2025 N 180Н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»

- 9** Приказ Минздрава РФ от 24.11.2021 N 1094Н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов»
- 10** Приказ Минздрава России от 11.04.2025г. N 186н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения»
- 11** Приказ Росздравнадзора от 17.06.2024г. N 3518 «Об утверждении Порядка фармаконадзора лекарственных препаратов для медицинского применения»
- 12** Приказ Минздрава РФ от 24.12.2018 N 911н «Об утверждении требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций»
- 13** Приказ Росздравнадзора от 15 февраля 2017 года N 1071 «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора».
- 14** Приказ от 5.08.2022 г. N 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения» Министерства Здравоохранения Российской Федерации
- 15** Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2002 N 2510/224-03-34 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений»
- 16** Решение Совета ЕАЭК №87 от 03.11.2016 «Об утверждении Правил надлежащей практики фармаконадзора Евразийского экономического союза»
- 17** Приказ Минздрава России от 13.05.2025 N 274н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения»

2.4. Число проведенных научно-практических мероприятий с применением телемедицинских технологий с участием «якорных» краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организаций субъектов Российской Федерации (и/или их структурных подразделений), либо организаций, выполняющих их функции

ПЛАН 8 8 ФАКТ

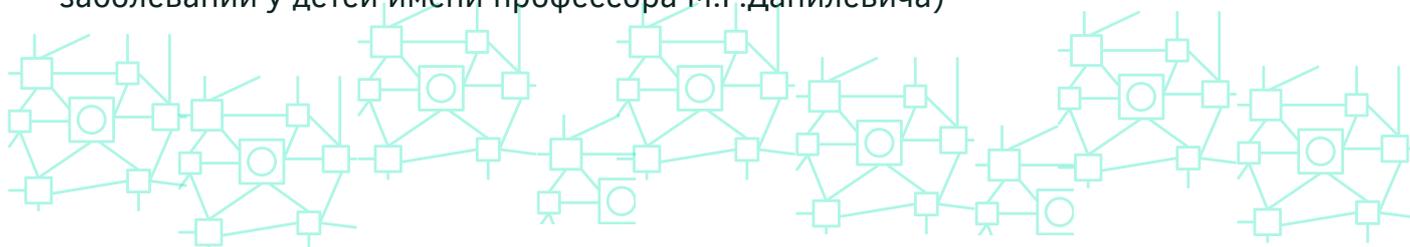
ПЕРЕЧЕНЬ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В 2025 ГОДУ

№ п/п	Наименование мероприятия	Тип мероприятия
1.	Ведение детей с группами риска на первом году жизни	Семинар
2.	Острые кровопотери и анемия у детей. Диагностика и коррекция у детей в ОРИТ	Лекция
3.	Нарушение сна у детей	Лекция
4.	Первичные иммунодефициты у детей в практике педиатра	Лекция
5.	Внедрение клинических рекомендаций в практику педиатра	Лекция
6.	Пневмония у детей: внебольничная и госпитальная	Семинар
7.	Желтухи новорожденных, возникающие после выписки из родильного дома: тактика педиатра	Семинар
8.	Влияние анестезии на плод и новорожденного	Лекция

2.5. Количество и перечень интерактивных образовательных модулей, размещенных на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России

1. Нозокомиальная пневмония у детей (кафедра детских болезней им. проф. И.М. Воронцова ФП и ДПО)
2. Базовые принципы диагностики и коррекции нарушений водно-электролитного обмена у детей (кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО)
3. Сахарный диабет 2 типа у детей: современные аспекты диагностики и лечения (кафедра детских болезней им. проф. И.М. Воронцова ФП и ДПО)
4. Исходы перинатальных гипоксически-ишемических поражений головного мозга у детей (кафедра неонатологии с курсами акушерства-гинекологии и неврологии ФП и ДПО)
5. Гемофильная инфекция у детей (кафедра инфекционных заболеваний у детей имени профессора М.Г.Данилевича)

5
ПЛАН
ФАКТ



2.6. Оценка текущей кадровой ситуации в субъектах РФ по профилю НМИЦ (только основные сотрудники организаций)

ОСНОВАНИЕ

- Данные форм федерального статистического наблюдения. (форма-30), утвержденная Приказом Росстата от 30.12.2019 № 830
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 366н от 16 апреля 2012 г. «О порядке оказания педиатрической помощи».
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 974 от 29 ноября 2019 года «Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах».
- Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 года №16-1/10/2-1891 «О направлении методических рекомендаций по расчету потребности субъектов РФ в медицинских кадрах».
- Ежегодный сборник Министерства здравоохранения РФ «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. I часть. Медицинские кадры» 2022 г.

<p>Лицензия медицинской организации</p>	<p>Соответствие должностей в штатном расписании видам оказываемой медицинской помощи</p>
<p>Приказы министерств и департаментов здравоохранения регионов об утверждении коечной мощности стационаров разного уровня</p>	<p>Соответствие Приказу Министерства здравоохранения РФ № 555н от 17.05.2012 об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи</p>
<p>Штатные расписания медицинских организаций</p>	<p>Соответствие заявленной коечной мощности стационаров и числа прикрепленного детского населения поликлиник.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 366н «О порядке оказания педиатрической помощи», • Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации N 974 от 29 ноября 2019 года «Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах»
<p>Информация о заявках на целевое обучение по программам специалитета и ординатуры за счет бюджетных ассигнований Федерального бюджета (в рамках квоты на целевое обучение)</p>	<p>Формирование кадрового обеспечения и кадрового резерва.</p>
<p>Сведения о подготовке кадров, в том числе в системе непрерывного медицинского образования</p>	<p>Формирование планов по профессиональной переподготовке, повышению квалификации, анализу потенциальных кадровых рисков.</p>
<p>Тарификация медицинских работников учреждений здравоохранения (штатная расстановка врачебных кадров)</p>	<p>Определение коэффициента совместительства/совмещения.</p>

Анализ дополнительных документов проводился при выездном мероприятии для оценки кадрового обеспечения отдельных медицинских организаций.

Обеспеченность врачами по профилю «педиатрия» в курируемых федеральных округах РФ

Кадровое обеспечение системы здравоохранения остается одной из актуальных проблем отрасли, которая связана как с дефицитом врачей и средних медицинских работников по ряду специальностей, так и со сформировавшимися диспропорциями в обеспеченности медицинскими кадрами медицинских организаций, оказывающих стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь. По-прежнему наблюдается, дисбаланс врачей-специалистов и врачей участковой службы в первичном звене; а также в обеспеченности медицинскими кадрами в сельской местности, поселках городского типа и в малых городах.

Обеспеченность врачами-педиатрами в целом в Российской Федерации за период 2020- 2024 гг. увеличилась на 0,3 (с 16,56 до 16,86 на 10 тыс. детского населения). Наблюдается рост доли врачей-педиатров в негосударственных медицинских учреждениях.

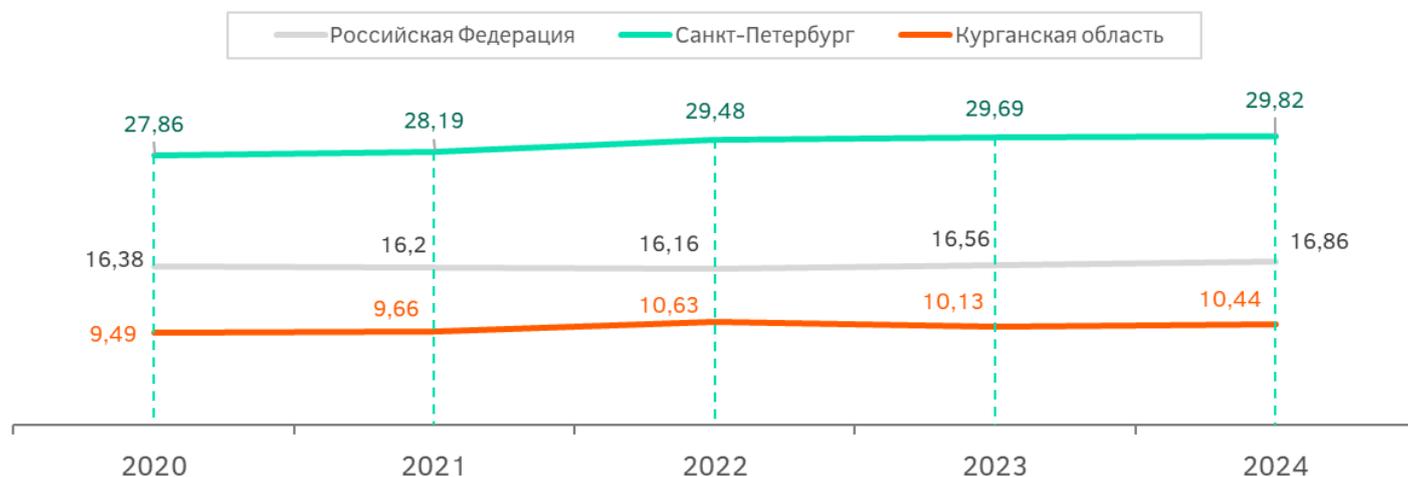
Существенный дефицит врачебных кадров отмечен в 22 субъектах РФ. Среди них Республика Хакасия, Курганская и Кемеровская области. Фактическая численность врачей в этих регионах значительно ниже потребности в специалистах, необходимых для выполнения территориальной программы госгарантий; наблюдается значительный дисбаланс кадрового состава между поликлиникой и стационаром.

ТАБЛИЦА 1. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ НА 10 ТЫС.ДЕТ. НАСЕЛЕНИЯ

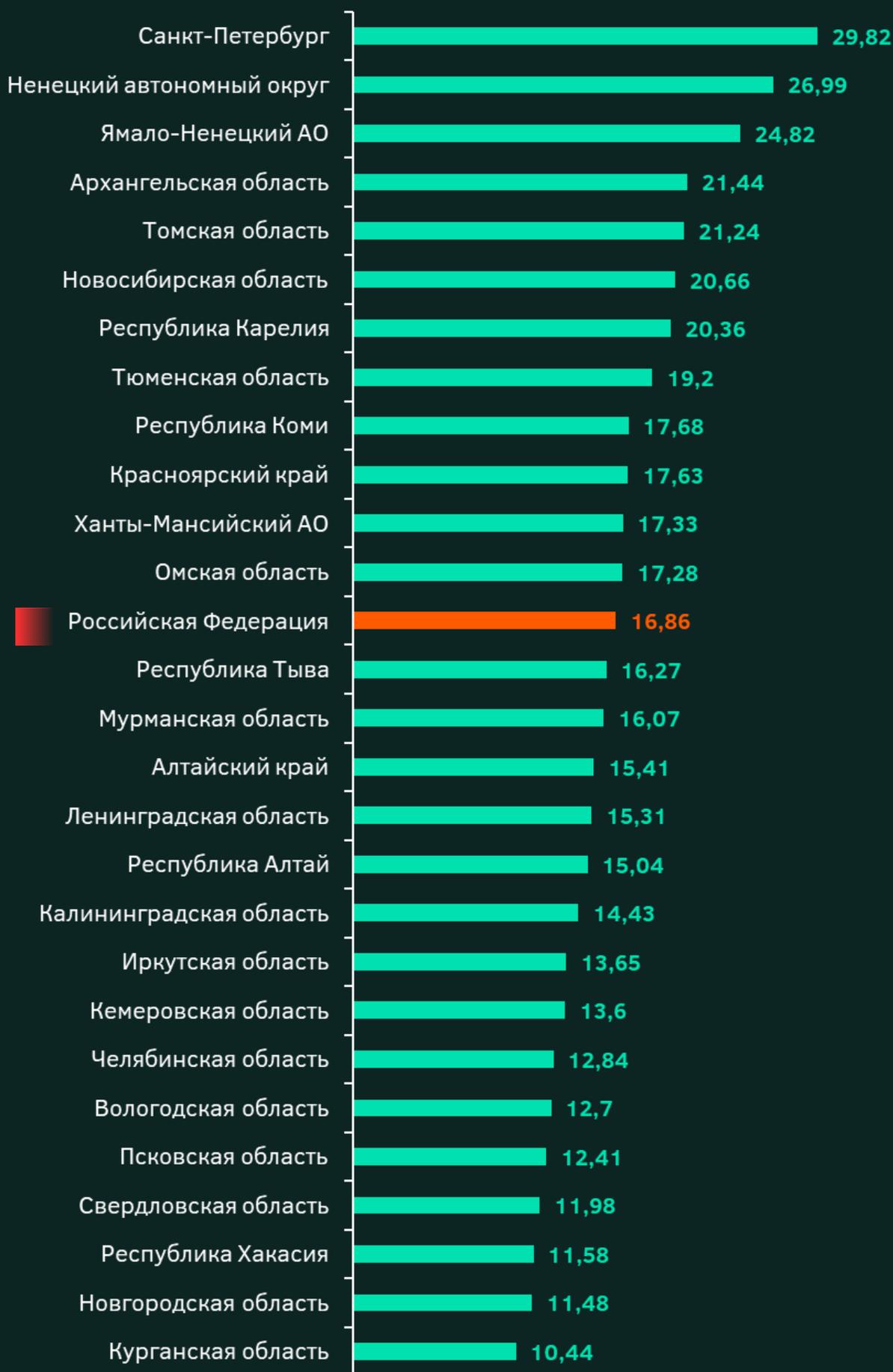
	Врачи- педиатры. Обеспеченность на 10 тыс. дет. населения				
	2020	2021	2022	2023	2024
Российская Федерация	16,38	16,2	16,16	16,56	16,86
Республика Карелия	16,76	16,44	19,18	19,77	20,36
Республика Коми	16,32	15,6	17,82	16,94	17,68
Архангельская область	18,45	17,2	19,61	20,65	21,44
Ненецкий АО	19,15	18,32	21,19	25,06	26,99
Вологодская область	12,83	13,12	13,3	13,08	12,7
Калининградская область	13,27	13,47	12,05	12,8	14,43
Ленинградская область	13,35	13,56	13,39	14,09	15,31
Мурманская область	14,61	14,15	15,41	15,78	16,07
Новгородская область	12,67	12,07	12,52	12,28	11,48
Псковская область	10,28	10,98	11,02	11,75	12,41
Санкт-Петербург	27,86	28,19	29,48	29,69	29,82
Курганская область	9,49	9,66	10,63	10,13	10,44

	Врачи- педиатры. Обеспеченность на 10 тыс. дет. населения				
	2020	2021	2022	2023	2024
Свердловская область	11,67	11,53	12,02	11,74	11,98
Тюменская область	17,96	18,15	17,52	18,43	19,2
Ханты-Мансийский АО	18,34	17,82	17,81	17,51	17,33
Ямало-Ненецкий АО	20,07	21,1	23,38	23,99	24,82
Челябинская область	13,06	12,82	12,29	12,83	12,84
Республика Алтай	14,86	13,68	14,49	14,56	15,04
Республика Тыва	14,61	14,69	13,67	14,23	16,27
Республика Хакасия	13,63	13,01	11,96	11,66	11,58
Алтайский край	14,68	13,65	13,53	14,67	15,41
Красноярский край	17,07	17,01	17,07	17,56	17,63
Иркутская область	14,46	13,95	13,29	13,51	13,65
Кемеровская область	13,51	13,07	13,14	13,79	13,6
Новосибирская область	19,58	19,56	19,81	20,26	20,66
Омская область	16,58	16,6	16,94	17,66	17,28
Томская область	20,64	19,71	20	20,5	21,24

ГРАФИК 1. ДИНАМИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ: РЕГИОНЫ С МАКСИМАЛЬНЫМИ И МИНИМАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ



РЕЙТИНГ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ
врачами-педиатрами на 10 тыс. населения за 2024 гг.



обеспеченность кадрами
рейтинг субъектов

Лидер по обеспеченности врачами- педиатрами в 2024г. г.Санкт Петербург (29,82). Минимальное значение Курганская область (10,44). Максимальный рост продемонстрировал Ненецкий АО +7,84 (с 19.15 до 26.99 за 4 года).

В обеспеченности врачами-педиатрами наблюдаются региональные различия: проблема дефицита и нагрузки стоит особенно остро в отдельных регионах. В Республике Хакасия, например, за последние десятилетия число врачей- педиатров сократилось и составила 31,1 % в 2025 г.

За период 2024-2025 гг наблюдается выраженное различие в укомплектованности врачами-педиатрами по видам оказания медицинской помощи. Анализ данных по укомплектованности врачами-педиатрами в Северо-Западном федеральном округе (СЗФО) за 2024-2025 гг. показывает сложную и неоднородную ситуацию, при этом в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь стационарных условиях, наблюдается особенно острая нехватка кадров.

ТАБЛИЦА 2.

Регион СЗФО	Врачи-педиатры					
	В подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях			В подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях		
	2024	2025	Динамика	2024	2025	Динамика
СЗФО	75%	78%	↗ 3 п.п.	49%	54%	↗ 5 п.п.
Респ. Карелия	69%	76%	↗ +7 п.п.	37%	47%	↗ +10 п.п.
Респ. Коми	64%	68%	↗ +4 п.п.	55%	46%	↘ -9 п.п.
Архангельская обл.	93%	99%	↗ +6 п.п.	53%	56%	↗ +3 п.п.
Ненецкий АО	70%	70%	→ 0 п.п.	37%	37%	→ 0 п.п.
Вологодская обл.	78%	79%	↗ +1 п.п.	48%	56%	↗ +8 п.п.
Калининградская обл.	83%	87%	↗ +4 п.п.	45%	57%	↗ +12 п.п.
Ленинградская обл.	73%	74%	↗ +1 п.п.	54%	64%	↗ +10 п.п.
Мурманская обл.	79%	81%	↗ +2 п.п.	49%	51%	↗ +2 п.п.
Новгородская обл.	59%	69%	↗ +10 п.п.	53%	59%	↗ +6 п.п.
Псковская обл.	75%	78%	↗ +3 п.п.	34%	44%	↗ +10 п.п.
Санкт-Петербург	78%	78%	→ 0 п.п.	72%	72%	→ 0 п.п.

*п.п.- процентные пункты

Наблюдается значительный разрыв между подразделениями по видам оказания медицинской помощи: во всех регионах СЗФО укомплектованность физическими лицами врачей-педиатров в стационарных подразделениях критически ниже, чем в амбулаторных. В 2025 году разрыв между окружными показателями составлял 24 процентных пункта (78% против 54%). Это указывает на системный перекос, при котором работа в поликлиниках является более привлекательной, чем в больницах.

РЕГИОНЫ С НАИБОЛЕЕ ТРЕВОЖНОЙ СИТУАЦИЕЙ:

- В стационарных условиях: крайне низкие показатели в 2025 году сохраняются в Ненецком АО (37%), Псковской области (44%), Республике Коми (46%) и Республике Карелия (47%). При этом в Республике Коми за год произошло существенное снижение на 9 процентных пунктов.
- В амбулаторных условиях: хотя ситуация в целом лучше, отстают Республика Коми (68%), Ненецкий АО (70%) и Новгородская область (69%), несмотря на значительный рост в последней.

ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА:

- Положительным примером является Новгородская область, показавшая самый значительный рост в амбулаторном звене (+10 п.п.).
- Заметное улучшение в стационарах демонстрируют Калининградская, Ленинградская, Псковская области и Республика Карелия (каждая +10 п.п. и более).
- Архангельская область и г. Санкт-Петербург являются лидерами по абсолютным показателям укомплектованности в своем звене (амбулаторном и стационарном).

Выводы

1. Дисбаланс штатного расписания и высокая нагрузка - низкая укомплектованность в стационарах при относительно высокой в поликлиниках говорит о структурной проблеме в планировании кадров. Это приводит к высокой нагрузке на работающих специалистов.
2. Кадровый дефицит в стационарах - критически низкие показатели в стационарном звене большинства регионов напрямую угрожают объему и качеству оказываемой медицинской помощи детям, нуждающимся в госпитализации.
3. Проблема "формальной" укомплектованности - как показывает практика в Вологодской области, даже при видимой высокой укомплектованности реальный дефицит, компенсируется высоким коэффициентом совместительства. Это неизбежно ведет к выгоранию и снижению качества работы.

Обеспеченность участковыми врачами-педиатрами в целом в Российской Федерации за период 2020- 2024 гг. увеличилась на 0.25 (с 9.75 до 10.0 на 10 тыс. детского населения).

ТАБЛИЦА 3.

	Врачи- педиатры участковые обеспеченность на 10 тыс. детс. населения				
	2020	2021	2022	2023	2024
Российская Федерация	9,45	9,35	9,46	9,75	10
СЗФО	10	9,85	10,45	10,6	10,91
Республика Карелия	9,87	10,03	11,9	11,92	11,82
Республика Коми	10,11	9,4	11,05	10,21	10,87
Архангельская область	10,28	9,47	11,25	11,85	12,64
Ненецкий автономный округ	10,83	9,99	11,56	13,49	14,46
Вологодская область	8,31	8,35	8,41	8,2	8,03
Калининградская область	8,75	8,85	8,13	8,75	9,98
Ленинградская область	9,01	8,71	8,58	9,11	9,83
Мурманская область	8,42	8,36	9,1	9,63	9,77
Новгородская область	7,53	7,19	6,65	6,85	6,67
Псковская область	6,4	6,83	7,04	8,09	7,9
Санкт-Петербург	11,94	11,9	12,76	12,62	12,74
УФО	7,87	7,95	8,08	8,29	8,34
Курганская область	6,65	6,93	7,64	7,28	7,4
Свердловская область	5,65	6,02	6,32	6,45	6,58
Тюменская область	11,34	11,47	11,19	12,06	12,37
Ханты-Мансийский АО	11,12	10,84	10,85	10,61	10,35
Ямало-Ненецкий АО	12,04	12,46	13,39	13,81	14,41
Челябинская область	6,56	6,32	6,17	6,46	6,34
СФО	9,56	9,28	9,48	9,84	10
Республика Алтай	11,45	10,4	11,5	11,04	11,84
Республика Тыва	10,14	10,23	9,79	9,92	11,63
Республика Хакасия	8,96	7,94	7,66	7,19	7,27
Алтайский край	9,44	8,91	8,86	9,69	10,06

	Врачи- педиатры участковые обеспеченность на 10 тыс. детс. населения				
	2020	2021	2022	2023	2024
Красноярский край	10,23	10,12	10,46	10,83	10,62
Иркутская область	7,84	7,5	7,14	7,5	7,52
Кемеровская область	7,52	7,29	7,44	7,81	7,9
Новосибирская область	11,27	10,87	11,48	11,91	12,04
Омская область	10,26	10,64	10,95	11,32	11,42
Томская область	11,27	10,65	11,27	11,2	11,57

РФ — рост стабильный, но умеренный (с 9.45 до 10.0 (+0,55)).

СЗФО — рост с 10.0 до 10.91 (+0,91) Стабильно выше среднего уровня РФ.

СФО — рост с 9.56 до 10.0 (+0.44). Положительная динамика после провала в 2021 г.

УФО — рост с 7.87 до 8.74 (+ 0,47). Незначительный, но стабильный рост.

ТАБЛИЦА 4.

Регионы с наиболее высокими показателями обеспеченности врачами-педиатрами участковыми		Регионы с наиболее низкими показателями обеспеченности врачами-педиатрами участковыми	
НЕНЕЦКИЙ АО	14.46	СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.	6.58
ЯМАЛО-НЕНЕЦКИЙ АО	14.41	НОВГОРОДСКАЯ ОБЛ.	6.67
АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	12.64	КУРГАНСКАЯ ОБЛ.	7.40
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	12.74	РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ	7.27
НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.	12.04.2025	ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	7.90

ГРАФИК 2. ДИНАМИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ УЧАСТКОВЫМИ: РЕГИОНЫ С МАКСИМАЛЬНЫМИ И МИНИМАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ



Анализ обеспеченности населения и укомплектованности медицинских организаций субъектов Северо-Западного, Уральского и Сибирского федеральных округов медицинскими кадрами в разрезе специальностей и должностных групп позволил выявить нехватку специалистов первичного звена здравоохранения - врачей-педиатров участковых. При укомплектованности занятыми ставками в среднем на 95-97%, число физических лиц достигает лишь 75-77% своего максимума. Это означает, что один врач, работая на полторы ставки, в статистике закрывает потребность в полутора должностях, хотя физически человек один. Исследования показывают, что две трети российских врачей работают больше чем на одну ставку.

Одним из наиболее важных аспектов, ярко иллюстрирующих дефицит специалистов педиатрического профиля, является анализ укомплектованности физическими лицами врачами педиатрами в разрезе видов оказания медицинской помощи.

ТАБЛИЦА 5. УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ

	Врачи- педиатры			
	В подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях		В подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	
	2023	2024	2023	2024
СЗФО	75	78,4	49,2	54,1
Республика Карелия	69,32	76,68	37,74	47,22
Республика Коми	64,3	68	55,3	46,8
Архангельская область	93,9	99,8	53	56,9
Ненецкий автономный округ	70,2	70,2	37,5	37,5
Вологодская область	78,9	79,7	48,7	56,0
Калининградская область	83,21	87,43	45,39	57,55
Ленинградская область	73,6	74,2	54,1	64,4
Мурманская область	79,8	81,4	49,1	51,9
Новгородская область	59,1	69,6	53,9	59,4
Псковская область	75,8	78,03	34,78	44,66
Санкт-Петербург	77,9	78,1	72,7	72,8
УФО	90,2	86,7	48,6	49,3
Курганская область	110	78,2	21,1	21,1
Свердловская область	89	90	61	60

	Врачи- педиатры			
	В подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях		В подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	
	2023	2024	2023	2024
Тюменская область	103,9	106	72,9	72
Ханты-Мансийский АО	83,3	82,7	43,9	44,8
Ямало-Ненецкий АО	84,2	88,6	48,1	49,8
Челябинская область	71,15	74,83	43,77	48,34
СФО	79,9	84	39,6	51
Республика Алтай	82	85,7	39,4	41
Республика Тыва	84,6	95	61,1	75,9
Республика Хакасия	69,5	68,2	30,6	31,1
Алтайский край	72,6	80,6	55	56,3
Красноярский край	87,8	90,5	59,3	61,8
Иркутская область	74,3	77,1	48,05	47,5
Кемеровская область	77,46	85,88	41,04	41
Новосибирская область	92,89	92,78	54,03	58,22
Омская область	78,2	80,3	47,6	46,3
Томская область	81,2	91	46,6	46,2

Данные таблицы отражают выраженный дисбаланс между укомплектованностью физическими лицами врачей-педиатров амбулаторного звена со стационаром.

ТАБЛИЦА 6. АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ

Регионы с наиболее высокими показателями укомплектованности врачами-педиатрами		Регионы с наиболее низкими показателями укомплектованности врачами-педиатрами	
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛ.	100%	КУРГАНСКАЯ ОБЛ.	78,20%
АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	99,80%	РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ	68,20%
РЕСПУБЛИКА ТЫВА	95,00%	НЕНЕЦКИЙ АО	70,20%
НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛ.	92,78%		
ТОМСКАЯ ОБЛ.	91,00%		

Самый резкий спад по укомплектованности физическими лицами врачами- педиатрами, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях демонстрирует Курганская область : за период 2023-2024гг. (с 110,0% до 78,2% (- 31.8 п.п)).

ТАБЛИЦА 7. СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ

Регионы с наиболее высокими показателями укомплектованности врачами-педиатрами		Регионы с наиболее низкими показателями укомплектованности врачами-педиатрами	
РЕСПУБЛИКА ТЫВА	75,90%	КУРГАНСКАЯ ОБЛАСТЬ	21,10%
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ	72,00%	РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ	31,10%
Г.САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	72,80%	РЕСПУБЛИКА АЛТАЙ	41,00%
КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ	61,80%		
ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ	64,40%		

Проблема носит системный и структурный характер. Речь идет не просто о дефиците врачей-педиатров, а о кризисе стационарной педиатрической помощи. Без целевых мер по поддержке именно стационаров ситуация будет только ухудшаться. С учетом естественного выбытия врачей (пенсия, профессиональное выгорание) система продолжит терять специалистов быстрее, чем их готовить.

Дисбаланс между амбулаторной и стационарной помощью является ключевым риском для всей системы детского здравоохранения. Без дифференцированного подхода и целевой поддержки стационарного звена, система окажется неготовой к оказанию качественной помощи детям в самых тяжелых ситуациях.

ТАБЛИЦА 8. УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ УЧАСТКОВЫХ

	Врачи- педиатры участковые	
	2023	2024
СЗФО	86,85	90,4
Республика Карелия	83,62	85,15
Республика Коми	72,2	76,9
Архангельская область без автономного округа	99,9	105,7
Ненецкий автономный округ	91,8	105
Вологодская область	92,6	86,9
Калининградская область	90,19	96,65
Ленинградская область	85	85,4

	Врачи- педиатры участковые	
	2023	2024
Мурманская область	85,4	86,4
Новгородская область	72,1	85,5
Псковская область	89,56	88,79
город Санкт - Петербург	93	92,4
УФО	97,8	97,8
Курганская область	87,4	83,7
Свердловская область	103	102
Тюменская область без автономного округа	105	108
Ханты-Мансийский АО	100	96,6
Ямало-Ненецкий АО	106,4	111
Челябинская область	86,1	85,95
СФО	89,8	92,6
Республика Алтай	89,6	94,9
Республика Тыва	93,8	100
Республика Хакасия	75,8	75,2
Алтайский край	78,2	83,2
Красноярский край	100,5	100,4
Иркутская область	83,36	86,1
Кемеровская область	87,86	92,36
Новосибирская область	98,81	99,23
Омская область	92,1	94,7
Томская область	98,6	100

Участковое звено в целом по ряду регионов уже укомплектовано на 100% (ЯНАО, Тюменская область, Архангельская область)- это важный показатель устойчивого кадрового ресурса. Сохраняется выраженная кадровая дифференциация между регионами со 100% укомплектованностью и регионами на уровне 75%-85 % (Республики Хакасия, Коми, Новгородская область, Алтайский край).

Курганская и Вологодская области являются зонами риска, сочетая в себе одновременно низкий уровень укомплектованности физическими лицами врачей-педиатров участковых с отрицательной динамикой.

Важным показателем при анализе укомплектованности медицинскими кадрами является коэффициент совместительства- прямой индикатор показателя нагрузки на персонал. При норме 1.1, значения выше 1.5 говорят о заметной дополнительной нагрузке, а >2.0- 3.0, высоким, потенциально критичном уровне нагрузки.

ТАБЛИЦА 9. КОЭФФИЦИЕНТ СОВМЕСТИТЕЛЬСТВА

Амбулаторное звено		Стационарное звено	
Средний коэффициент по России 1.1-1.3 (умеренно повышенная нагрузка)		Средний коэффициент по России 1.6-1.7 (экстремально повышенная нагрузка)	
Лидеры по высокой нагрузке			
РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ	1,5	КУРГАНСКАЯ ОБЛАСТЬ	3,3
РЕСПУБЛИКА КОМИ	1,4	РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ	3,2
НОВГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ	1,4	НЕНЕЦКИЙ АО	3
ИРКУТСКАЯ ОБЛАСТЬ	1,3	ИРКУТСКАЯ ОБЛАСТЬ	2,1
РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ	1,3	КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТЬ	2,1

На фоне низкой укомплектованности физическими лицами врачей-педиатров, дефицита кадров и высокой потребности в специалистах в стационарном звене коэффициент совместительства >2.0-3.0, представляет зоны кадрового перенапряжения. Там, где укомплектованность физлицами < 80-85%, и одновременно коэффициент совместительства >2.0-3.0 формируются риски ошибок, выгорания и роста текучести кадрового состава.

В 2025 г. среди курируемых субъектов РФ наиболее значительное превышение числа штатных должностей врачей-педиатров участковых над числом педиатрических участков отмечалось в Ямало-Ненецкий АО (на 5,6). Дефицит штатных должностей отмечается Свердловской области (-120). Медицинскую помощь детскому населению на педиатрических участках в данном регионе в большем процентном соотношении оказывают фельдшеры, на которых возложена отдельная функция лечащего врача. Увеличение роли фельдшеров- это дополнительная мера для разгрузки врачей, а не замена врачей- педиатров участковых.

ТАБЛИЦА 10. ПОТРЕБНОСТЬ ВО ВРАЧАХ-СПЕЦИАЛИСТАХ

	Врач - педиатр					Врач-педиатр участковый					Врач- неонатолог				
	2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025
Северо-Западный федеральный округ															
Респ.Карелия	11	10	12	13	1	24	25	23	23	19	2	3	5	4	4
Респ.Коми	30	29	32	31	32	27	24	25	20	23	2	3	4	3	3

2. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НМИЦ ЗА 2025 ГОД В СРАВНЕНИИ С ПЛАНОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА 2025 Г.

	Врач - педиатр					Врач-педиатр участковый					Врач- неонатолог				
	2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025	2021	2022	2023	2024	2025
Архангельская обл.	2	1	0	1	2	19	20	22	15	14	3	2	4	4	3
Ненецкий АО	0	1	1	4	3	0	0	1	1	1	0	2	1	2	2
Вологодская обл.	8	9	7	8	9	19	17	21	21	22	0	1	2	2	2
Калининград. обл.	14	0	0	3	3	32	28	41	41	35	5	4	6	5	4
Ленинград. обл.	50	58	65	51	61	63	66	51	56	42	4	6	4	7	3
Мурманская обл.	34	29	6	6	5	17	12	11	10	10	6	4	5	5	4
Новгородская обл.	126	112	96	46	47	43	30	30	41	42	7	8	7	7	7
Псковская обл.	97	96	56	26	26	56	49	36	36	35	7	6	5	7	7
Санкт - Петербург	95	90	85	66	60	39	40	44	39	54	12	18	11	12	12
Сибирский федеральный округ															
Респ.Алтай	8	8	8	8	8	15	17	17	17	17	1	0	1	0	1
Респ.Тыва	25	21	22	24	22	14	16	11	18	17	1	2	2	2	2
Респ. Хакасия	29	24	12	13	15	29	24	13	13	17	8	8	4	4	4
Алтайский край	22	14	39	39	39	107	109	117	124	122	29	15	17	18	10
Красноярский край	27	22	21	18	18	88	79	61	64	24	15	14	10	16	15
Иркутская обл.	42	45	43	43	35	87	54	45	35	27	16	12	15	15	11
Кемеровская обл.	81	94	69	65	70	25	28	14	14	12	15	11	14	15	11
Новосибирская обл.	10	7	4	3	5	17	12	15	15	5	4	2	4	4	4
Омская обл.	29	31	30	30	31	35	39	38	38	35	11	12	11	10	10
Томская обл.	6	12	9	12	13	36	48	30	30	29	5	4	6	5	5
Уральский федеральный округ															
Курганская обл.	62	62	64	63	64	91	66	54	55	50	21	23	21	22	19
Свердловская обл.	38	36	35	36	35	26	27	26	25	25	11	10	12	12	12
Тюменская обл.	1	2	10	10	11	23	13	12	11	11	2	2	0	2	3
Ханты-Мансийский АО	21	24	15	12	13	14	22	23	25	24	2	1	2	2	2
Ямало-Ненецкий АО	12	16	12	10	9	0	0	1	0	1	5	7	4	6	5
Челябинская обл.	17	22	28	26	27	78	45	66	75	76	3	4	3	3	3

Анализ потребности во врачах-специалистах показал, что в ряде регионов устойчивое увеличение показателя на 2-3% на протяжении периода 2021-2025гг. в Алтайском крае, Республика Хакасия, Челябинская область, но есть регионы с значительным улучшением показателей на 3,5 %.

Так, на примере одного из университетов СЗФО был проведен анализ плановых показателей целевого приема в клиническую ординатуру и был сделан прогноз изменения потребности во врачах до 2027 г. По его результатам можно наблюдать снижение дефицита кадров по следующим специальностям педиатрия – на 10,9 %, неонатология – на 23,5 %, анестезиология-реаниматология 19,2 % . Отдельные специальности имеют профицит подготовленных специалистов как в амбулаторном, так и стационарном звене.

ТАБЛИЦА 11.

Должности (специальности)	Дефицит/профицит	Прогнозируемое пополнение к 2027г	Прогнозируемый дисбаланс специалистов	Темп прироста
Врач-педиатр	-65	9	56	6,90%
Врач-неонатолог	-12	2	10	8,30%
Врач- детский эндокринолог	-6	2	4	16,70%

Расчет прогноза потребности в специалистах, позволяет определить и впоследствии регулировать объемы подготовки квалифицированных специалистов в системе профессионального образования.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ

1. Дисбаланс между формальными и реальными показателями: высокая укомплектованность ставок часто является кадровой иллюзией и маскирует реальный кризис, связанный с экстенсивной нагрузкой на работающих специалистов.
2. Внутренний дисбаланс между подразделениями: наблюдается значительный перекоп в нагрузке между амбулаторным и стационарным звеньями.
3. Дисбаланс между штатной обеспеченностью должностями участковых врачей-педиатров и числом участков: в ряде субъектов РФ число штатных должностей превышает число сформированных участков, в других — наоборот, число участков больше, чем число штатных должностей врачей.
4. Сохраняется недостаточная укомплектованность должностей врачей-педиатров участковых — физическими лицами в большинстве субъектов РФ.
5. В ряде субъектов РФ по-прежнему нарастает коэффициент совместительства (1.9-3.0) по врачебным должностям врачей-педиатров, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.
6. Действующие нормы нагрузки на участки педиатров устарели из-за введения новых моделей оказания помощи, перераспределения обязанностей персонала, оптимизационных методик и цифровых технологий. Необходима актуализация норм закрепления населения за участковыми врачами.

В приказе Минздравсоцразвития от 16.04.2012 № 366н предусмотрено, что на одну должность врача-педиатра участкового приходится одна должность участковой медицинской сестры. Анализ обеспеченности медицинскими сестрами врачей-педиатров участковых показывает тревожную тенденцию к снижению. По РФ данный показатель скорее стагнирует, чем растет (9.66 5.53). Динамика РФ: -0,13 (небольшое снижение, практически «плато»). Общий дефицит участковых медицинских сестер, работающих с врачами участковой службы, составляет 27,5% до их необходимого числа из расчета, что на каждую должность врача приходится 1,3-1.5 должности медицинских сестер.

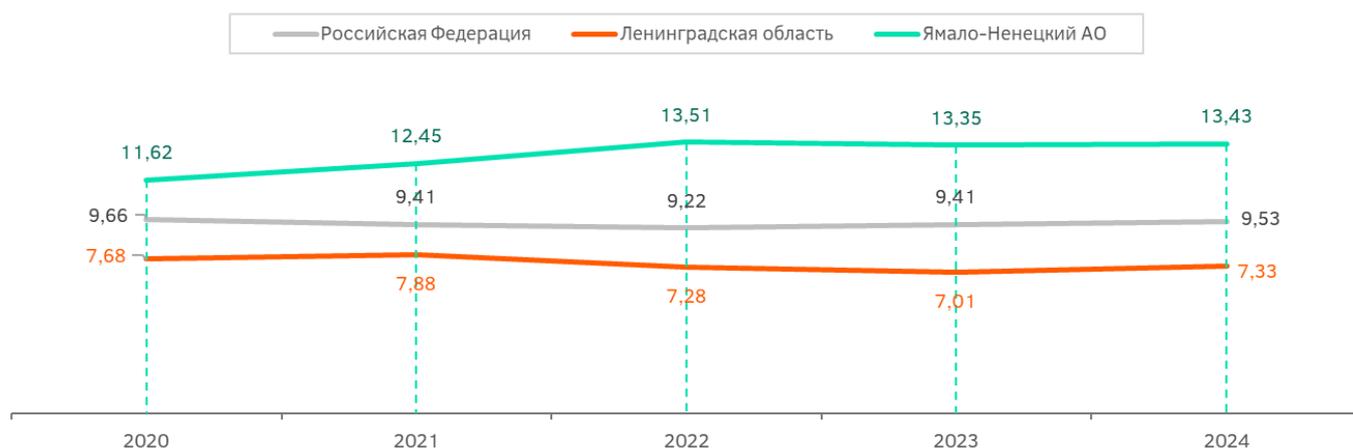
ТАБЛИЦА 12.

Регионы с высокими показателями и демонстрирующие рост	Регионы с низкими показателями	Регионы с низкими показателями и демонстрирующие снижение с 2020-2024гг
ЯНО (13.4)	Ленинградская область (7.33)	Ненецкий АО (с 10.63 до 9.64 (-1.19))
Республика Коми (12.94)	Челябинская область (7.61)	Новгородская область (с 9.6 до 8.54 (- 1.13))
Республика Карелия (12.02)	Калининградская область (8.80)	
Омская область (11.62)	Республика Хакасия (9.35)	

*В РФ- 9.53

Показатель обеспеченности средним медицинским персоналом за последние три года имеет тенденцию к снижению. По ряду курируемых регионов значения показателя обеспеченности участковых медицинских сестер за последние два года превышают базовый расчетный уровень по РФ (9,53).

ГРАФИК 3. ДИНАМИКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МЕДСЕСТРАМИ УЧАСТКОВЫХ ПЕДИАТРОВ: РЕГИОНЫ С МАКСИМАЛЬНЫМИ И МИНИМАЛЬНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ



Исследование в динамике ключевых показателей, характеризующих уровень кадровой обеспеченности, показало, что обеспеченность средним медицинским персоналом в целом по стране в 2024 году снизилась на 5,1% к уровню 2020 года. Показатель укомплектованности штатных должностей физическими лицами снизился до 72,5%, при коэффициенте совместительства 1,5.

Темп прироста (убыли) по отношению к 2020 году имеет наименьший показатель в СЗФО (-3.5), наибольший в СФО(-3.9) , в УФО (-4.6). Тем не менее, можно выделить субъекты РФ с высокими показателями обеспеченности СМП Ханты Мансийский АО, а также с низкими – Курганская область, Республика Хакасия.

ВЫВОД:

Дефицит специалистов среднего медицинского персонала, в.т.ч. медицинских сестер участковых является сдерживающим фактором для повышения эффективности работы и без того дефицитных врачей-педиатров. Увеличение нагрузки на врачей может приводить к их более быстрому профессиональному выгоранию.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТАМИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1. Организационные и региональные дисбалансы: проблема усугубляется сокращением числа штатных должностей — за период 2018–2025 гг. их число уменьшилось на 163 000 в целом по РФ. Также сохраняется неравенство в обеспеченности кадрами между регионами.
2. Ситуация со СМП характеризуется хронической текучестью кадров, при которой масштабный ежегодный прием новых сотрудников лишь частично компенсирует такие же массовые увольнения. Это создает нестабильность и высокие операционные издержки.

ОЦЕНКА ДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В 2025 Г.

За 9 месяцев 2025 года в медицинских организациях курируемых регионов поступило на работу 2823 врача и 1102 специалиста среднего медицинского персонала, выбыло 3101 врач и 1009 средних медицинских работников. Показатели текучести кадров составили 5,3% среди врачебного корпуса и 8,1% среди среднего медицинского персонала.

Наибольший коэффициент притока врачей за указанный период зарегистрирован в Калининградской области, Томской области и Ямало-Ненецком автономном округе (более 12% новоприбывших медицинских работников). Средний медицинский персонал наиболее интенсивно поступает на работу в Санкт-Петербург, Иркутскую область и Ямало-Ненецкий автономный округ.

Среди врачей, начавших работу в этот период, 18,57% приступили к выполнению должностных обязанностей сразу после завершения обучения по программам высшего образования, из них 32% работали по договорам целевого обучения. Максимальная концентрация молодых специалистов наблюдается в пяти регионах из 27, где удельный вес недавно окончивших высшее образование достигает более 35%.

Средний медицинский персонал: 15% поступивших приступили к исполнению обязанностей после завершения среднего профессионального образования, однако только 19,56% зачислены по договорам целевого обучения.

Показатели выбытия медицинских работников среди врачей наиболее высоки в Курганской области и Республике Хакасия.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ТЕКУЧЕСТИ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

14% уволенных по иным причинам

57% уволенных по собственному желанию

Вышедших на пенсию **17%**

Уволенных по результатам реорганизации **8%** Умерших **4%**

текучесть
медицинских кадров

ДАННЫЕ О ПЕРЕХОДЕ В ГОСУДАРСТВЕННЫЕ/ ЧАСТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

38,1% нет данных о дальнейшем месте работы

ушедшие в государственные медицинские организации, расположенные на территории субъекта

31,3%

16,9% ушедшие в медицинские организации, других субъектов РФ

ушедшие в частные медицинские организации, расположенные на территории субъекта **8,4%**

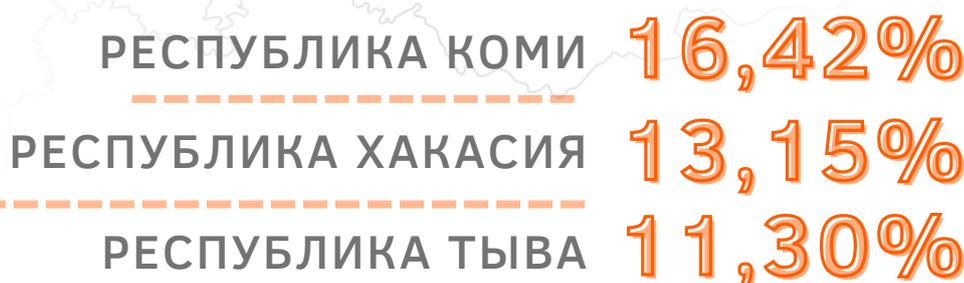
5,3% ушедшие из здравоохранения

РЕГИОНЫ С НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТЕКУЧЕСТИ

врачи



средний медицинский персонал

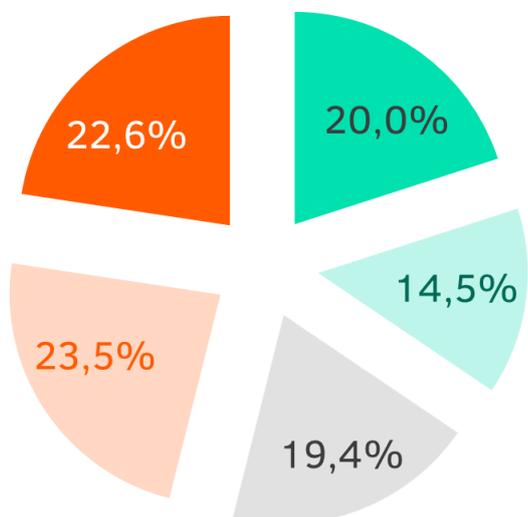


Оценка текучести кадров позволяет получить наибольшую информацию об эффективности кадровой политики, так как обусловлена управляемыми причинами.

ОЦЕНКА ВОЗРАСТНОГО СОСТАВА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

В настоящее время в системе здравоохранения доля лиц старших возрастов (старше 55 лет) составляет 38% врачей и 31% средних медицинских работников, доля молодых специалистов (до 36 лет) – 31% и 27% соответственно. Такая структура в целом поддерживается во всех субъектах Российской Федерации.

■ до 30 лет ■ 30-39 лет ■ 40-49 лет ■ 50-59 лет ■ старше 60 лет



Ежегодно государственная система здравоохранения теряет до 35% выпускников медицинских вузов и до 40% выпускников СПО. Более 30% врачей-педиатров имеют нагрузку, превышающую рекомендованные нормативы.

Так, например, в Кемеровской области анализ возрастной структуры с динамикой изменений за 2023-2025 гг у врачей-специалистов и среднего медицинского персонала показал явную тенденцию старения кадров и отсутствия пополнения государственной системы здравоохранения области молодыми специалистами.

Врачи: более 40% врачей — старше 51 года, число врачей 65+ лет выросло с 1203 до 1230 чел. Сотрудников в возрасте до 36 лет — около 33%.

Средний медицинский персонал: сотрудников в возрасте до 36 лет -24%. Значительное число сотрудников старше 50 лет -43%.

Данная характеристика возрастного состава отражает высокий риск острой нехватки медперсонала в обозримом будущем.

Выводы

Анализ кадровых ресурсов здравоохранения в СЗФО, СФО, УФО указывает на сохраняющиеся неблагоприятные тенденции, в числе которых – снижение показателя обеспеченности населения врачами и средними медицинскими работниками за период 2020-2025 гг. по ряду регионов.

Однако следует обратить внимание на увеличение числа регионов, демонстрирующих положительную динамику: г. Санкт-Петербург, Ямало-Ненецкий АО, Архангельская область. Существенное снижение показателей обеспеченности врачами-педиатрами в Псковской, Курганской областях, Республике Хакасия. В ряде регионов обеспеченность сельского населения в 3,5 раза ниже городского, а средними медицинскими работниками в 1,5 раза.

Дисбаланс между амбулаторной и стационарной помощью является ключевым риском для всей системы детского здравоохранения. Без дифференцированного подхода и целевой поддержки стационарного звена, система окажется неготовой к оказанию качественной помощи детям в самых тяжелых ситуациях.

Настоящая кадровая проблема сосредоточена в подразделениях, оказывающих помощь в стационарных условиях. В большинстве регионах стационарная помощь работает на пределе, фактически удерживаясь за счёт переработок врачей.

На фоне снижения численности медицинских работников, отмечаются кадровые дисбалансы (при наличии врачей-специалистов, находящихся в поисках работы, вакантные ставки врачей первичного звена, в особенности, в сельской местности, остаются незанятыми), данная ситуация требует корректировки штатных расписаний медицинских организаций, обоснованной особенностями обслуживаемой территории.

За период 2020-2025 гг. наблюдается нарастающее увеличение специалистов со средним медицинским образованием по всем курируемым регионам на 2-5 %.

Дисбаланс кадрового обеспечения обусловлен множеством факторов, в том числе и действующей практикой планирования кадров.

Отсутствуют среднесрочные и долгосрочные планы кадрового обеспечения, необходимые для обоснования подготовки врачей по отдельным специальностям.

Оценка уровня профессиональной подготовки медицинских кадров курируемых регионов

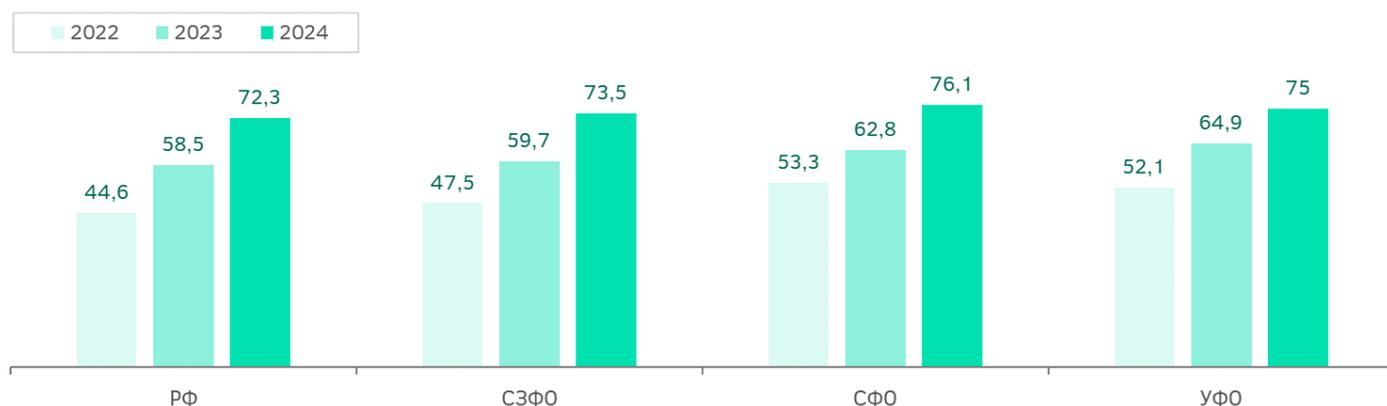
РФ в целом показывает очень сильный рывок по аккредитации: за 2 года доля аккредитованных врачей-педиатров выросла более чем на 60 п.п.

СФО стартовал с минимального уровня (8,7% в 2022), но к 2025 г. вышел на 58,3% — это очень резкий прогресс, который можно подчеркнуть как «ускоренный догоняющий рост».

СЗФО к 2025 г. оказался немного ниже, чем по РФ.

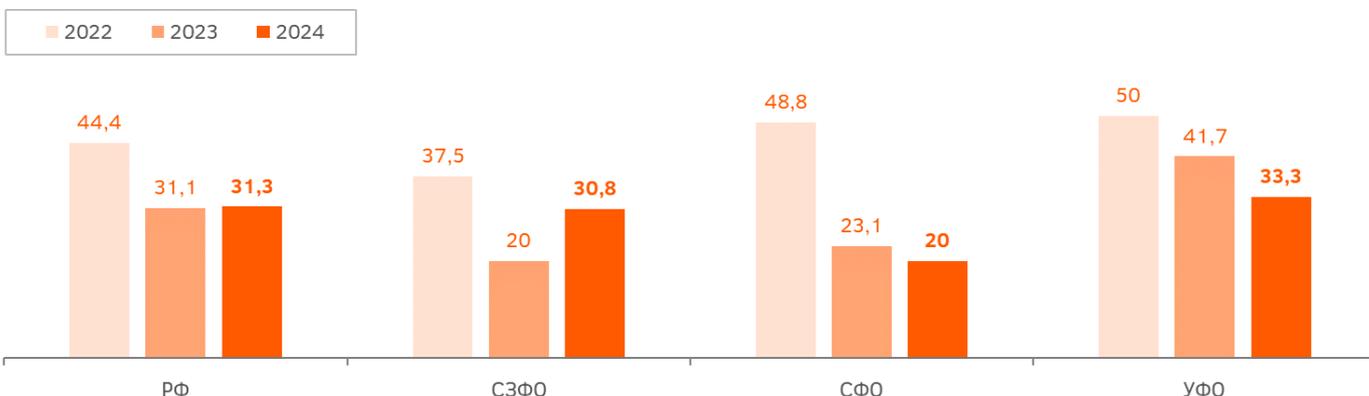
Врачи-педиатры участковые УФО демонстрируют высокую динамику показателя аккредитации: рост с 44,6% до 72,3%. Это свидетельствует о системном обновлении компетенций и формализации профессиональных навыков.

ДОЛЯ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ УЧАСТКОВЫХ, ИМЕЮЩИХ АККРЕДИТАЦИЮ СПЕЦИАЛИСТА



В среднем по РФ показатель квалификации специалистов имеющих высшую и первую квалификационные категории, в 2025 г. составляет 31,3 %, что на 12,5% меньше показателя 2020 г. В результате анализа данных при определении уровня профессиональной подготовки специалистов установлено, что в курируемых регионах РФ отмечается общая тенденция к снижению доли врачей, имеющих квалификационную категорию на 32,8% в СФО, 16,7% в УФО и на 1% в СЗФО. Последние пять лет тренд к падению рассматриваемого показателя является устойчивым.

ДОЛЯ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ, ИМЕЮЩИХ КВАЛИФИКАЦИОННУЮ КАТЕГОРИЮ



Доля врачей-педиатров с категорией демонстрирует волнообразную динамику с провалом в 2023 г до 20,0% и частичным восстановлением до 30,8% в 2024 г.

Особенно тревожная ситуация с участковыми педиатрами, где наблюдается устойчивое снижение с 27,0 % в 2020 г. до 18,0% в 2024 г. Низкое значение данного показателя связано с тем, что наличие квалификационной категории не является обязательным для медицинского персонала и несущественно влияет на повышение оплаты труда работника. Наиболее низкие значения показателей отмечаются в Новгородской области (16,4) Республике Коми (21,2), а более высокие – Алтайском крае (45,0) и Новосибирской области (37,3).

Вывод:

1. На фоне роста доли аккредитованных врачей-педиатров и участковых доля врачей с квалификационной категорией снижается, особенно в участковом звене.
2. Наблюдается рост числа аккредитованных специалистов за 2022-2024 гг. и составил 71 % в сравнении с 42,5 % в 2022 году.

РЕГИОНЫ С МАКСИМАЛЬНЫМИ КАДРОВЫМИ РИСКАМИ

Анализ выявил 5 регионов с критическими сочетаниями факторов : низкая обеспеченность кадрами, высокая нагрузка на персонал и снижение квалификационных показателей. Эти территории требуют прицельных мер по кадровой поддержке.

КУРГАНСКАЯ ОБЛАСТЬ

- Коэффициент совместительства в стационаре >3.0.
- Хронический дефицит врачей и медсестер.
- Высокая текучесть кадров.

РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ

- Коэффициент совместительства в стационаре >3.2.
- Низкая обеспеченность всеми категориями персонала.
- Нарастающая нагрузка на амбулаторное звено.

НЕНЕЦКИЙ АО

- Коэффициент совместительства >3.0
- Крайне малое кадровое ядро.
- Высокая зависимость от совместителей.

НОВГОРОДСКАЯ ОБЛАСТЬ

- Низкая обеспеченность участковыми педиатрами.
- Недостаток среднего медицинского персонала.

ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛАСТЬ

- Продолжительное снижение обеспеченности участковыми педиатрами.
- Отсутствие устойчивого кадрового ядра.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБУЧЕНИЯ И ТРУДОУСТРОЙСТВА

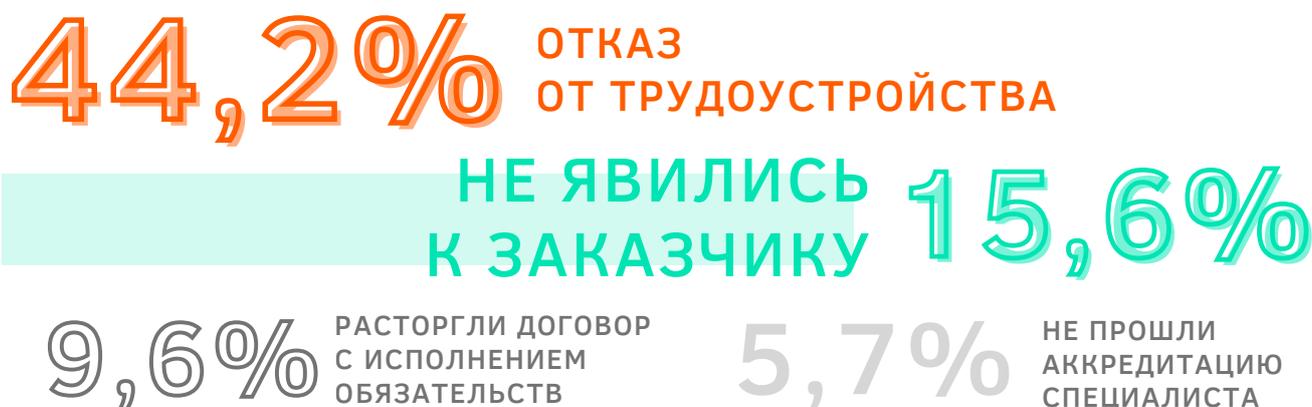
Во всех регионах РФ предпринимаются меры по привлечению медицинских работников в систему государственных организаций здравоохранения. Мероприятия начинаются с профориентационной работы с обучающимися в школах.

Для снижения дефицита медицинских кадров в ряде субъектов проводится комплекс мероприятий, в том числе проведение ранней профориентации обучающихся общеобразовательных организаций, на получение профессионального образования по медицинским специальностям.

Одним из эффективных механизмов ранней профориентации обучающихся общеобразовательных организаций на получение профессионального образования по медицинским специальностям явилось создание медицинских классов в большинстве регионов.

Ежегодно выпускники направляются на обучение в высшие медицинские учебные заведения, в соответствии с квотами целевого приема, для получения высшего образования за счет бюджетных ассигнований Федерального бюджета по программам специалитета.

В 2025 г. в курируемых округах 28% выпускников не выполнили обязательства по договору о целевом обучении. Главными причинами невыполнения обязательств являются:



отсутствие у лиц, поступивших на обучение до 2019 года, штрафных санкций за неисполнение обязательств по трудоустройству;

Количество обучающихся в отдельных регионах (Курганская область, Республика Алтай, Челябинская область) недостаточно и не соответствуют потребности региона в специалистах. В 27 курируемых регионах наблюдается явное несоответствие между показателями целевого образования и дальнейшей трудовой деятельностью. За период с 2023 по 2025 год наблюдался стабильный рост числа расторгнутых целевых договоров на уровне 20-50%. Причинами данной ситуации в регионах являются:

1 ПЕРЕХОД В ЧАСТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

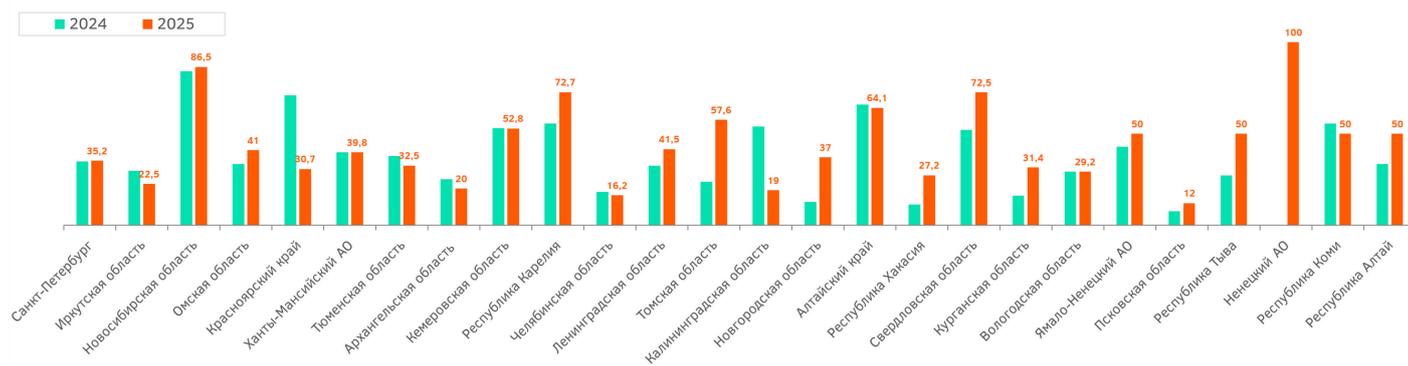
2 ЖЕЛАНИЕ РАБОТАТЬ В РЕГИОНАХ С БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫМИ УСЛОВИЯМИ ЖИЗНИ И РАБОТЫ

3 НЕДОСТАТОЧНАЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ В МОЛОДОМ СПЕЦИАЛИСТЕ

4 ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ МОЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА

Мониторинг показателей целевого обучения и дальнейшего трудоустройства в 27 курируемых регионах показал явную неоднородность. Наиболее низкие показатели пополнения кадрами амбулаторного звена в Челябинской и Псковской областях, Республике Алтай и Хакасия.

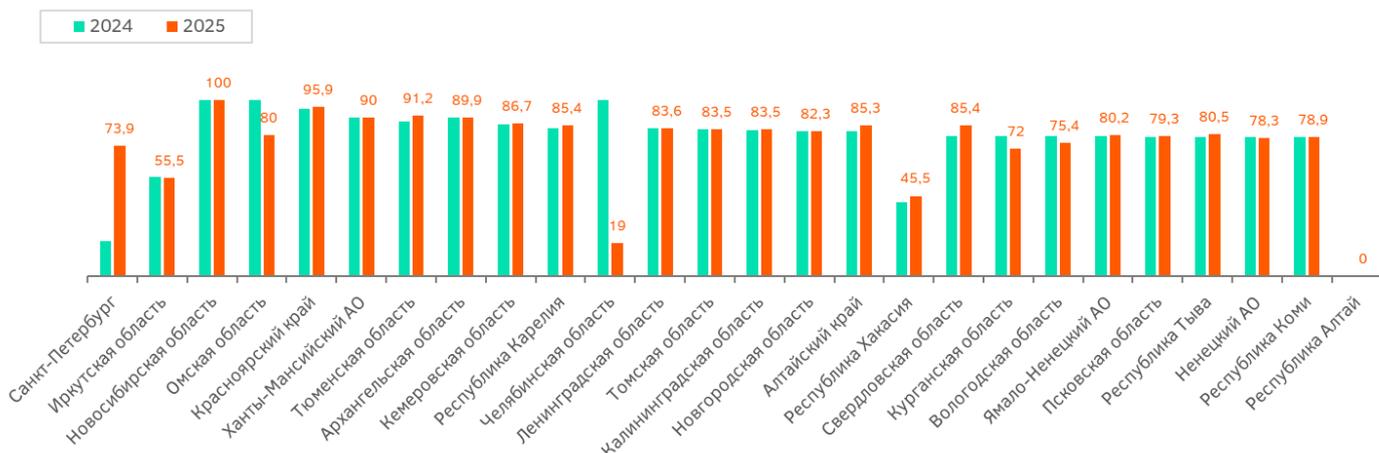
РЕЙТИНГ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ТРУДОУСТРОЙСТВА ВЫПУСКНИКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ» 2024-2025 гг.



Из 100% завершивших обучение:

	2024	2025
ИСПОЛНИЛИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА	59,8%	52,4%
ТРУДОУСТРОЕНЫ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ УЧАСТКОВЫМИ	31%	27%
РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА	45%	45%
ПОСТУПЛЕНИЕ В ОРДИНАТУРУ	24%	28%

РЕЙТИНГ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ТРУДОУСТРОЙСТВА ВЫПУСКНИКОВ ПО ЦЕЛЕВОЙ ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ» 2024-2025 гг.



Из 100% завершивших обучение:	2024	2025
ИСПОЛНИЛИ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА	75,3%	75,7%
ТРУДОУСТРОЕНЫ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ	91,2%	92,5%
РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА	8,8%	7,5%

Выводы

Мониторинг показателей целевого обучения и факторов, определяющих его эффективность, является одной из составляющих целого комплекса организационно-правовых мероприятий в системе государственного управления, образовательной среде, во взаимоотношениях работодателя и обучающихся.

Для повышения эффективности целевого обучения, призванного решать кадровые проблемы в медицинской отрасли, необходимо уделять должное внимание мотивированному подбору наиболее хорошо подготовленных абитуриентов, развивать формы профориентационной работы среди школьников и довузовской подготовки потенциальных абитуриентов.

В 2025 году система целевого обучения и трудоустройства в здравоохранении столкнулась с рядом системных проблем, которые ставят под вопрос ее эффективность в решении кадрового дефицита.

Ключевые сложности связаны с неисполнением обязательств, низким качеством подготовки, финансовыми рисками для выпускников и отсутствием комплексного подхода к их закреплению на рабочих местах. **Общее число выпускников медвузов, устроившихся на работу по профилю, снизилось с 61% в 2023 году до 55% в 2025.**

Для обеспечения максимальных показателей трудоустройства выпускника необходимо повысить ответственность сторон-участников договора о целевом обучении путем предоставления от заказчика весомого пакета социальных услуг на период обучения, укрепления взаимодействия и тесного общения работодателя и будущего специалиста в течение всего периода обучения (кураторство, практика и пр.)

Без комплексного подхода, включающего повышение оплаты труда, обеспечение жильем, развитие инфраструктуры и внедрение эффективного наставничества, система целевого обучения не сможет устойчиво ликвидировать кадровый дефицит.

Деятельность регионов по ликвидации кадрового дефицита

Во всех регионах предпринимаются меры по привлечению медицинских работников в систему государственных организаций здравоохранения. С целью привлечения кадров в медицинские организации государственной системы здравоохранения региональными Министерствами и Департаментами здравоохранения РФ совместно с медицинскими образовательными организациями среднего, высшего и дополнительного профессионального образования и медицинскими организациями проводится комплексная работа:

а) проведение профориентационной работы среди школьников, в основу которой положена философия бережливого производства, создания сквозного потока подготовки кадров (организация экскурсий в медицинские организации, проведение брифингов с молодыми специалистами, проведение ярмарок вакансий);

Так, например, в Новосибирской области меры социальной поддержки медицинских работников реализуются как на региональном, так и федеральном уровнях:

- программа «Земский доктор/ Земский фельдшер»;
- программа «Развитие здравоохранения Новосибирской области», утвержденной постановлением Правительства Новосибирской области от 07.05.2013 № 199-п.

На территории Новосибирской области в рамках отдельных постановлений Правительства реализуются следующие мероприятия по социальной поддержке медицинских работников:

1. выплата ежемесячной надбавки к заработной плате в размере 25% от установленной тарифной ставки (оклада) молодым специалистам, впервые окончившим учреждения высшего образования и среднего профессионального образования и заключившим в течение шести месяцев после окончания учебного заведения трудовые договоры по полученной специальности сроком не менее чем на три года с медицинскими организациями, подведомственными министерству здравоохранения Новосибирской области;
2. предоставление физическим лицам, осуществляющим строительство индивидуальных жилых домов в муниципальных районах Новосибирской области, целевой субсидии на строительство индивидуального жилого дома или субсидии на компенсацию расходов по строительству индивидуального жилого дома в размере до 150 000 рублей.

АНАЛИЗ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В СЗФО, СФО И УФО ПОКАЗАЛ ИХ НЕДОСТАТОЧНУЮ РЕАЛИЗАЦИЮ

Виды мер соцподдержки	Число регионов, использовавших меры соцподдержки	Число работников получивших меры соцподдержки
Служебное жилье	27 регионов	345
Компенсация аренды жилья	25 регионов	1 325
Приватизация служебной жилплощади	3 региона	11
Предоставление земельных участков	7 регионов	10
Компенсация расходов на ЖКХ	25 регионов	1 253
Представление мест в детских садах	11 регионов	325

Меры социальной поддержки медицинских работников реализующиеся как на региональном, так и на Федеральном уровне

- программа «Земский доктор/Земский фельдшер»
- программы предоставления служебного жилья/социального найма
- единовременные денежные выплаты молодым специалистам
- единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам, прибывшим на работу в сельскую местность
- предоставление мест в детских дошкольных учреждениях

ТАБЛИЦА 13. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР»

Число медицинских работников, привлеченных в процессе реализации программы «Земский доктор/Земский фельдшер» в СЗФО, СФО и УФО		«Приверженность» участников программы		
Год	Число %	Всего участников	Досрочно уволились (до 5 лет)	Отработали меньше 1 года
2022	95,20%	1745	543	242
2023	96,70%	1859	187	114
2024	99,80%	1978	14	8
На 01.10.2025	99,10%	1995	0	0

ВЫВОДЫ

Высококвалифицированные медицинские кадры являются основным ресурсом системы здравоохранения, готовые не просто внедрять улучшения в качество оказания медицинской помощи, но и достигать стратегических задач, существующих в современных условиях перед системой здравоохранения региона.

Регионы борются с дефицитом кадров в здравоохранении с помощью федеральных программ, таких как «Медицинские кадры», направленных на увеличение обеспеченности медицинскими кадрами к 2030 году.

ОСНОВНЫЕ РЕГИОНАЛЬНЫЕ И ФЕДЕРАЛЬНЫЕ МЕРЫ ВКЛЮЧАЮТ:

- целевое обучение и программы привлечения специалистов,
- улучшение условий труда (программы повышения зарплат и льготы),
- развитие системы стажировок и сотрудничества с медицинскими вузами,
- а также повышение привлекательности работы в медицине через улучшение микроклимата в коллективе.

Для привлечения и закрепления медицинских работников необходимо увеличить количество льгот и их получателей, а также усилить ответственность главных врачей за реализацией программы «Земский доктор/Земский фельдшер» и обеспечить сопровождение участников программы.



**МЕТОДИЧЕСКАЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
СОТРУДНИКОВ НМИЦ
НА ВЫЕЗДНОМ МЕРОПРИЯТИИ
В РЕГИОНЫ**

- Анализ штатных расписаний на соответствие порядкам оказания медицинской помощи по профилям.
- Оценка укомплектованности.
- Расчет коэффициента совместительства/совмещения.
- Проведены совещания по выявленным замечаниям с руководителями кадровой службы и экономистами медицинских организаций, формирующими штатное расписание.
- Получение данных от региона о подготовке кадрового резерва по форме, разработанной НМИЦ.
- Получение информации о формировании заявки на обучение.
- Сопоставление данных с целевыми показателями.
- Получение данных об отказах в трудоустройстве.
- Проведены совещания с администрациями медицинских организаций по данному вопросу.
- Даны рекомендации по возможному обучению специалистов на базе СПбГПМУ, предложена возможность помощи в разработке положения о врачах-стажерах, должностных инструкций, контактные данные факультета последипломного образования, предложена возможность обмена практическим опытом высококвалифицированных специалистов, организация выездных мероприятий.
- Организация проведения индивидуальных «Ярмарок вакансий».
- Применение в курируемых регионах РФ программы профессиональной адаптации медицинских работников- молодых специалистов, разработанной НМИЦ.

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

- Формирование заявки на подготовку медицинских кадров по специальностям.
- Введение в штатное расписание ставки узких специалистов для возможного совмещения/совместительства сотрудников, имеющих несколько сертификатов специалиста.
- Предоставление разработанной формы для ведения «штатной расстановки».
- Объективное формирование заявки, согласно потребности региона.
- Обеспечение прохождения практического обучения на базах медицинских учреждений, в которые планируется трудоустройство молодого специалиста.
- Введение ставок врачей-стажеров для повышения мотивации.
- Назначение на уровне региональных Министерств здравоохранения ответственного лица за курацию ординаторов и для связи с ВУЗами по обеспечению практического обучения в регионе.
- Увеличение показателей трудоустройства целевых студентов и ординаторов. Привлечение и трудоустройство в регионы РФ молодых специалистов (не целевиков).
- Осуществление успешной внутренней кадровой политики.



- 1 реализация «Комплексной программы развития кадрового обеспечения в регионах»
- 2 программа внедрения научно-клинической базы университета на площадках детских больниц в регионах РФ
- 3 определение основных факторов, негативно влияющих на кадровое обеспечение в регионе
- 4 оценка эффективности региональной кадровой политики в здравоохранении.
- 5 декомпозиция плановых значений показателей на уровни муниципальных образований и медицинских организаций, и контроль их достижения
- 6 проведение оценки достаточности и эффективности, применяемых на региональном уровне мер социальной поддержки, направленных на привлечение, закрепление и возврат медицинских кадров, с определением значимых мер, влияющих на достижение показателей и результатов регионального проекта (контрольные точки федерального проекта) и подготовкой предложений по повышению их эффективности, в том числе с учетом внесения изменений в соответствующие нормативные правовые акты.
- 7 проведение детального анализа движения медицинских кадров в разрезе медицинских организаций, уточнения причин увольнения, определение медицинских организаций, существенно влияющих на общий отток медицинских кадров из государственной системы здравоохранения

8 актуализация «дорожной карты» (плана-графика) по ликвидации кадрового дефицита и устранению кадровых дисбалансов

9 подготовка единого плана профорientации школьников, мотивации студентов образовательных организации высшего и среднего профессионального образования, предполагающий проведение дней открытых дверей, экскурсий в ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, презентаций системы здравоохранения в образовательных организациях

10 анализ эффективности внедрения системы наставничества

11 реализация программы непрерывного образования: предоставление возможностей для повышения квалификации, профессиональной переподготовки и участия в конференциях, семинарах и тренингах на базе ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России и на выездных циклах.

12 организации системы мониторинга: выполнения заявки КЦП; условий по закреплению привлеченных медицинских работников; эффективности трудоустройства медицинских работников; причин/проблем кадрового дефицита на уровне медицинских организаций, администраций муниципальных образований

13 определение направлений использования механизмов целевого обучения, включая заключения договоров о целевом обучении в процессе обучения

2.7. Перечень предложений по улучшению кадровой ситуации в субъектах Российской Федерации с анализом реализации этих предложений

Предложения	Реализация
Устранение дефицита кадров	
<p>Комплексная оценка кадрового обеспечения системы регионального здравоохранения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Оценка рисков • Анализ причин снижения показателя • Разработка и внедрение комплекса мер по улучшению кадрового обеспечения • Разработка предложений по принятию управленческих решений
<p>Совершенствование отраслевого кадрового планирования на основе единства кадровой политики в здравоохранении и политики в сфере образования.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Организация планирования числа и структуры врачей по специальностям для соответствия числа и структуры медицинских кадров фактической потребности населения в медицинской помощи. • Создание долгосрочного плана по подготовке, привлечению и распределению медицинских кадров по специальностям, учитывающего региональные особенности и приоритеты развития здравоохранения.
<p>Создание единой информационной базы по учету у медицинского персонала, которая включает в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> • прогноз состава и структуры потребности территории в кадровых ресурсах, их территориального и профессионального размещения; • изучение эффективности использования кадров в целях планирования подготовки и систематического обучения врачебного и сестринского персонала. 	<p>Создание информационных систем может служить основой для создания интерактивного паспорта кадрового обеспечения медицинских организаций субъектов Российской Федерации как доступного автоматизированного инструмента оперативного получения информации о кадровом ресурсе региона (статистические, текущее состояние, проблемы, причины, факторы и риски) и принятия управленческих решений в режиме реального времени с учетом предлагаемых мер для соответствующего региона.</p>
Удержание и привлечение кадров в регион	
<p>Усиление работы по привлечению в регион специалистов, в которых региональная система здравоохранения испытывает дефицит.</p>	<p>Участие в «Ярмарках вакансий», повышение популяризации региона в СМИ, привлечение кадровых агентств, пересмотр мер социальной поддержки.</p>
<p>Усиление работы по целевой подготовке кадров для региона.</p>	<p>Используя разработанные региональные методики, кадровые подразделения должны составлять срочные, среднесрочные и перспективные прогнозы потребности системы здравоохранения региона в медицинских кадрах, а также формировать соответствующие заявки организациям, осуществляющим образовательную деятельность, на подготовку, переподготовку и повышение квалификации специалистов конкретных специальностей.</p>
<p>Администрациям муниципальных районов для демонстрации перспективы карьерного роста, необходимо создать благоприятные условия для трудовой деятельности молодого специалиста в сельской местности.</p>	<p>Реализация программ «Земский врач/ Земский фельдшер». Привлечение СМИ.</p>

Предложения	Реализация
Разработка программы социальной поддержки медицинских работников (компенсация за аренду жилья, льготная ипотека и пр.)	Уточнение системы мотивации труда работников системы здравоохранения. Разработка комплекса материальных и нематериальных (социальных) стимулов, призванных обеспечить качественную работу персонала медицинских организаций, а также привлечь в медицинские организации талантливых специалистов и удержать их, вовлечь и раскрыть их потенциал.
Использование дополнительных профессиональных программ, реализуемых в системе постдипломного медицинского образования, с усилением практической подготовки специалистов, в том числе в формате стажировок, симуляционного обучения.	Создание условий для постоянного профессионального развития медицинских работников.
Организация практической подготовки по месту планируемого трудоустройства обучающихся.	Привлечение молодых специалистов для трудоустройства.
Повышение эффективности трудоустройства выпускников организаций, реализующих образовательные программы медицинского образования	Организация и усиление ответственности сторон-участников целевого обучения. Анализ работы центров трудоустройства. Меры социальной, правовой и финансовой поддержки молодых специалистов.

АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАДРОВОЙ СИТУАЦИИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Во всех регионах разработаны и приняты региональные проекты «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», как часть национального проекта «Здравоохранение».

Формирование кадровой политики в здравоохранении, в курируемых регионах РФ, с использованием предложенной сотрудниками НМИЦ организационной технологии осуществляется с учетом выявленных проблем медицинских кадров, с ориентированием на всестороннее развитие кадрового потенциала здравоохранения.

**АКТУАЛИЗАЦИЯ «ДОРОЖНОЙ КАРТЫ»
(ПЛАНА-ГРАФИКА)
ПО ЛИКВИДАЦИИ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА
И УСТРАНЕНИЮ КАДРОВЫХ
ДИСБАЛАНСОВ**



СЗФО, СФО, УФО

- Составлены срочные, среднесрочные прогнозы потребности системы здравоохранения в медицинских кадрах
- Создан комплекс мероприятий, направленных на ликвидацию кадрового дефицита медицинских работников.

**ОРГАНИЗОВАНЫ ВСТРЕЧИ ВЫПУСКНИКОВ,
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ЦЕЛЕВОМУ
НАПРАВЛЕНИЮ**



«ЯРМАРКА ВАКАНСИЙ» ДЛЯ РЕГИОНОВ

1. Новгородская область
2. Республика Карелия
3. Ленинградская область
4. г. Санкт-Петербург
5. Магаданская область

Встреча с заказчиками целевого обучения из 17 регионов.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С РЕГИОНАЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И АДМИНИСТРАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ВОПРОСАМ ДЕФИЦИТНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ В ФГБОУ ВО СПБГПМУ МИНЗДРАВА РОССИИ И ДАЛЬНЕЙШЕГО ТРУДОУСТРОЙСТВА В РЕГИОНАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ПОСТУПЛЕНИЕ В ФГБОУ ВО СПБГПМУ МИНЗДРАВА РОССИИ:

в ординатуру по специальностям:

- детская онкология — (БУЗ Омской области «Областная детская клиническая больница»)
- педиатрия (ГБУЗ РК «Детская республиканская больница им. И.Н. Григовича», ГОБУЗ «Областная детская клиническая больница» Великий Новгород,
- детская хирургия (ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области»)
- офтальмология (ГБУЗ ПО «Детская областная клиническая больница»)
- Министерство здравоохранения Магаданской области: неонатология , акушерство-гинекология, педиатрия.
- Министерство здравоохранения Красноярского края, Комитет по здравоохранению Псковской области, Министерство здравоохранения Калининградской области, Министерство здравоохранения Новгородской области, Министерство здравоохранения Республики Карелия, Министерство здравоохранения Республики Коми – в 2025 г. > на 1,5 % поступивших по программе специалитета по специальности «педиатрия»

КОНТРОЛЬ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ НА БАЗАХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, КУДА ПЛАНИРУЕТСЯ ТРУДОУСТРОЙСТВО МОЛОДОГО СПЕЦИАЛИСТА НА ПОСТОЯННОЙ ОСНОВЕ



РЕЗУЛЬТАТ- 100% ТРУДОУСТРОЙСТВО ВЫПУСКНИКОВ,

обучающихся по целевому договору по программам ординатуры - Архангельская область, Тюменская область. Республика Тыва. 5 регионов из 27 улучшили показатели трудоустройства на 10 %, 3 региона- на 7%.

ПРОВЕДЕНИЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ МЕР СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА И СФОРМИРОВАТЬ ПЕРЕЧЕНЬ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО ВОЗМОЖНОМУ РАСШИРЕНИЮ



РЕАЛИЗОВАНЫ НОВЫЕ МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ В 2025 Г В:

- Республике Карелия, Республика Тыва. Увеличение численности медицинского персонала за счет пересмотра мер социальной поддержки в 2024-2025 гг. в 2 регионах.

ОРГАНИЗОВАНЫ ВСТРЕЧИ СО ШКОЛЬНИКАМИ МЕДИЦИНСКИХ И ХИМИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ КЛАССОВ



РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОФИОРИЕНТАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕГИОНАХ.

ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕБНОГО И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА С ЦЕЛЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РОСТА, УВЕЛИЧЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



ЗА ПЕРИОД 2023-2025 ГГ:

организовано более 175 обучающих циклов, проведены выездные мастер классы в 7 курируемых регионах, обучение специалистов на площадке ФГБОУ ВО СПБГПМУ Минздрава России.

Проблемы кадрового дефицита в регионах и пути их решения в являются приоритетными для НМИЦ ФГБОУ ВО СПБГПМУ Минздрава России, в т.ч. как для образовательной организации.

2.8. Перечень мероприятий, направленных на повышение качества подготовки специалистов по профилю, с анализом реализации этих мероприятий

НМИЦ ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ взаимодействует с вузами курируемых регионов по вопросам:

- программы повышения квалификации для профессорско-преподавательского состава (ежегодно не менее 10-20% сотрудников кафедр);
- увеличение числа сотрудников профильных кафедр, имеющих ученую степень, реализация исследовательских программ;
- совершенствования методик и технологий ведения совместной с общеобразовательными организациями по профориентации школьников;
- развитие внутренней системы оценки качества подготовки кадров;
- совершенствования механизмов взаимодействия с работодателями с целью организации практического обучения и трудоустройства выпускников;
- вовлечения специалистов в систему непрерывного медицинского образования;
- участия в образовательных и научно –практических мероприятиях, организованных ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ с применением телемедицинских и дистанционных технологий.

ПО ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ ПРЕДЛОЖЕНЫ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ПО НАИБОЛЕЕ ВОСТРЕБОВАННЫМ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

№ п/п	Специальность	Код
1.	Аллергология и иммунология	31.08.26
2.	Гастроэнтерология	31.08.28
3.	Детская кардиология	31.08.13
4.	Детская онкология	31.08.14
5.	Детская эндокринология	31.08.17
6.	Кардиология	31.08.36
7.	Неврология	31.08.42
8.	Неонатология	31.08.18
9.	Нефрология	31.08.43
10.	Педиатрия	31.08.19
11.	Ревматология	31.08.46

НА БАЗЕ ФГБОУ ВО СПБГПМУ МИНЗДРАВА РОССИИ

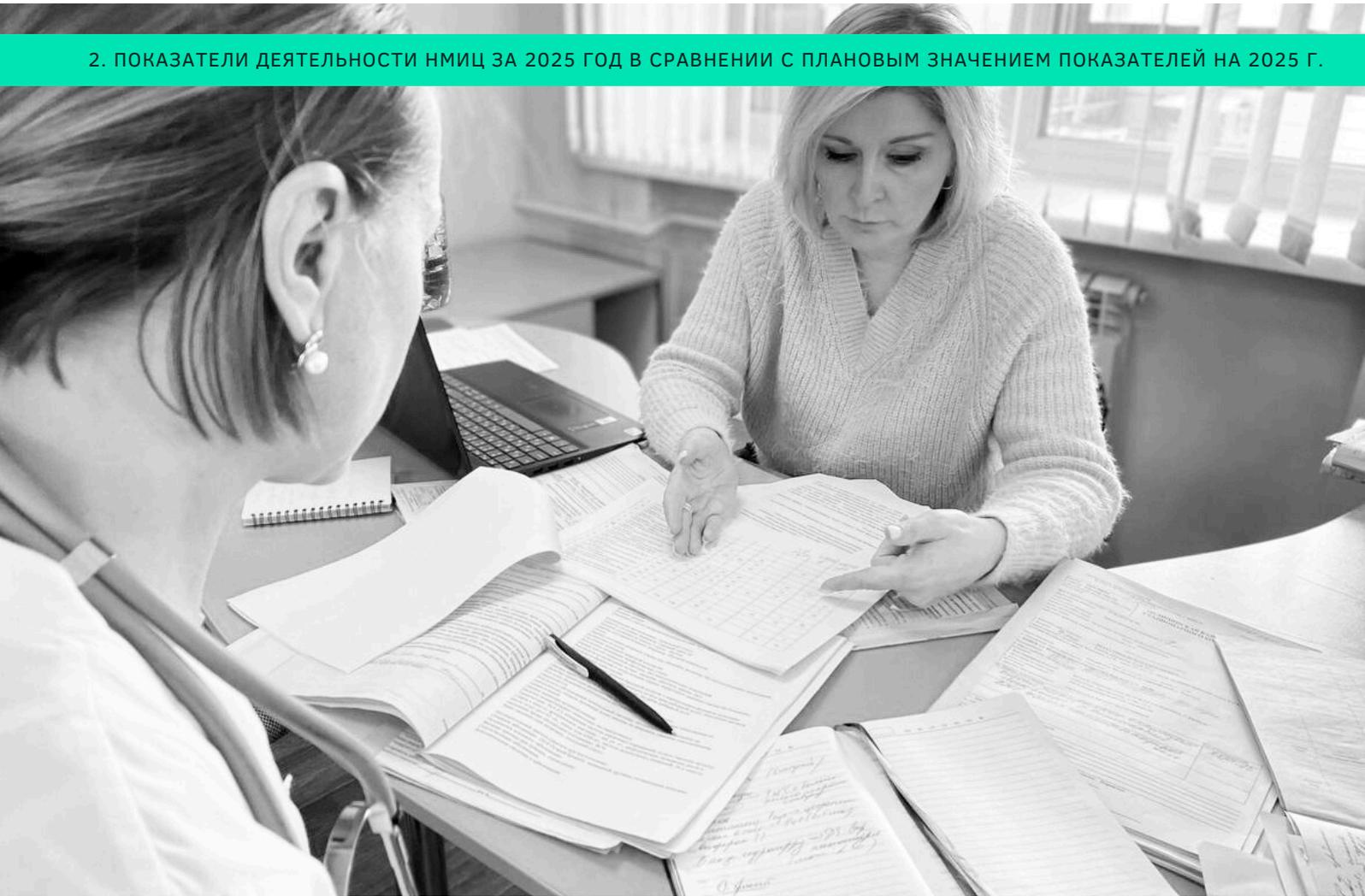
ПЛАН ПО ПРОВЕДЕНИЮ

ЛЕКЦИЙ НА 2024-2025 ГГ.

1.	«Интерстициальные заболевания легких у детей раннего возраста» и представление клинического случая «Врожденный дефицит сурфактантного протеина С: первое клиническое наблюдение в Российской Федерации» (лекция)
2.	«Врожденный стридор. Алгоритмы диагностики врожденных пороков гортани, тактика ведения и хроническое лечение» (лекция)
3.	«Тяжелый язвенный колит» (лекция)
4.	«Неонатальный гемохроматоз» (лекция)
5.	«Атопический дерматит» (лекция)
6.	«Особенности интенсивной терапии при опухолях сердца у детей» (лекция)
7.	«Инновации в развитии навигационных систем в ринологии» (лекция)
8.	Гастроинтестинальная аллергия у детей (семинар)
9.	Синдром мальабсорбции у детей (лекция)
10.	Нейроинфекции у детей (лекция)
11.	Нейтропении в практике педиатра (семинар/разбор клинического случая)
12.	Нейроинфекции у детей (лекция)
13.	Паллиативная помощь детям с онкологическими заболеваниями (семинар)
14.	Критические состояния у детей. Диагностика и интенсивная терапия (лекция)

ПРИ ВЫЕЗДНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ

1.	Хронические иерсиниозы: взгляд педиатра (семинар/разбор клинического случая)
2.	Стратегия элиминации вирусных гепатитов у детей (семинар)
3.	Амбулаторное ведение недоношенных детей (семинар)
4.	Панкреатиты у детей (лекция)
5.	Расстройства пищевого поведения у детей и подростков в практике врача-педиатра (лекция)
6.	Патология молочных желез у детей и подростков. Что должен знать педиатр (семинар)
7.	Первичная реанимационная помощь новорожденных в родильном зале (симуляционный цикл с использованием манекенов)
8.	Панкреатиты у детей (лекция)
9.	Анестезиология-реаниматология(семинар)
10.	Бережливые технологии в медицинской организации(лекция)
11.	Актуальные вопросы инфекционных заболеваний у детей с курсом иммунопрофилактики(лекция)



АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАДРОВОЙ СИТУАЦИИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

- Во всех регионах разработаны и приняты региональные проекты «Медицинские кадры» в рамках национального проекта «Здравоохранение». Эти проекты направлены на решение кадрового дефицита и повышение доступности медицинской помощи.
- Создаются региональные кадровые центры здравоохранения, с которыми на постоянной основе взаимодействует НМИЦ по вопросам трудоустройства выпускников и организации профориентационной деятельности.
- Формирование кадровой политики в здравоохранении, в курируемых регионах РФ, с использованием предложенной сотрудниками НМИЦ организационной технологии осуществляется с учетом выявленных проблем медицинских кадров, с ориентированием на всестороннее развитие кадрового потенциала здравоохранения.
- Проводится комплекс мер по социальной поддержке, переобучению и переквалификации специалистов, организации в субъектах центра компетенции и организации подготовки кадров с утвержденным планом на 2025г.
- Большинство мероприятий, предусмотренных планом отдельного региона со сроком исполнения в 2025 г., находятся в фазе завершения исполнения. Реализация остальных мероприятий остается на контроле НМИЦ, в том числе и при выездных проверках в 2026 г.
- В настоящее время регионы актуализируют потребность в медицинских кадрах, дорабатывают «дорожные карты» завершают разработку программы по ликвидации кадрового дисбаланса обучение/трудоустройство. Проблемы кадрового дефицита в регионах и пути их решения в являются приоритетными для НМИЦ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, в т.ч. как для образовательной организации.

2024

ПРИЕМ

50

человек
по программе
«педиатрия»

/ 765

ординаторов всего

48

человек
по программе
«педиатрия»

/ 421

ординаторов всего

ВЫПУСК

прием/выпуск

В 2024 и 2025 гг.

2025

81

человек
по программе
«педиатрия»

ПРИНЯТО

/ 982

ординаторов всего

62

человек
по программе
«педиатрия»

/ 593

ординаторов всего

ВЫПУСК

Проводится научная работа в аспирантуре по группе научных специальностей:

3.1- КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА ПО НАУЧНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

3.1.21-ПЕДИАТРИЯ:

- Клинико-лабораторные особенности постинфекционного синдрома раздраженного кишечника у детей, перенесших лямблиоз.
- Резистентность к ТТГ и териоидным гормонам у детей: клинические и лабораторные характеристики.
- Филаггрин - ассоциативные мезанимы нарушения барьерной функции пищевода у пациентов с пищевой аллергией при эозинофильном эзофагите.
- Особенности течения исходы гипогликемии у детей раннего возраста.
- Влияние ингибиторов ароматазы на рост и качество жизни мальчиков-подростков с идиопатической низкорослостью.
- Персонализированное прогнозирование задержки внутриутробного развития и обоснование этапов постнатальной нутритивной коррекции.
- Тактика персонализированного подхода для пациентов с увеитами, ассоциированными с ювенильным идиопатическим артритом, на основании долгосрочного катамнеза и факторов риска неблагоприятного прогноза.
- Использование цифровых технологий в амбулаторной практике врача-педиатра.
- Особенности клинического фенотипа и генотипа, почечного прогноза изолированных и синдромальных наследственного нефротического синдрома и наследственного синдрома Alport у педиатрических пациентов.
- Профилактика и коррекция недостаточности питания гастростомированного пациента в педиатрической практике.
- Нутритивный статус воспитанников детского дома социального обслуживания.
- Клинико-лабораторные критерии диагностики, лечения и прогнозирования клебсиеллезной генерализованной инфекции у доношенных и недоношенных новорожденных детей.
- Нутритивный статус подростков с хроническим гастритом на фоне дисплазии соединительной ткани.
- Особенности диагностики и лечения саркопении у детей и подростков.
- Диагностика и лечение ювенильного идиопатического артрита с увеитом: мультидисциплинарный подход.
- Особенности течения коморбидных заболеваний и вакцинопрофилактики у детей на иммуносупрессивной терапии.
- Прогностическая роль материнского ожирения для здоровья и развития детей первого года
- Клинические и генетические особенности экзогенно-конституционального ожирения 3-4 степени у подростков. Персонализированный подход к лечению.
- Роль микробиома в гомеостазе системы «Мать-Плацента-Плод-Новорожденный»: профилактика, предикция, персонализация перинатальных осложнений.
- Характеристика мукополисахаридозов на основании данных российского регистра пациентов, эпидемиология, алгоритмы диагностики и оценка эффективности терапии.
- Клинико-диагностическое и прогностическое значение перенесенной гипоксии в перинатальном периоде развития у детей с хронической соматической патологией.
- Клинико-диагностические маркеры метаболического синдрома; их прогностическое значение в разных возрастных группах.
- Этиопатогенетические и клинические особенности поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой, атопическим дерматитом.
- Современная структура и клинические особенности панкреатитов у детей.

В рамках системы дистанционного обучения программы пересмотрены и актуализированы, добавлены лекции в видеозаписи, для возможности дистанционного просмотра и дальнейшего обсуждения данной темы на практических занятиях, либо возможности общения с преподавателем в дистанционном формате «вопрос-ответ».

Проводится первичная переподготовка и повышение квалификации специалистов по педиатрическому профилю :

- 1 Интенсивная терапия осложнений сахарного диабета у детей
- 2 Современные методы исследования речи
- 3 Нефрология детского возраста
- 4 Вакцинопрофилактика детей и взрослых
- 5 Пневмония у детей, лечение в условиях антибиотикорезистентности
- 6 Рациональная антибиотикотерапия
- 7 Современные подходы к организации питания детей первого года. Формирование пищевого поведения.

В 2025 году проведены 24 научно-практических мероприятия с применением телемедицинских технологий.

На основании анализа качества оказания медицинской помощи в регионах, определены проблемы в компетенции и сформированы дополнительные профессиональные программы.

Результаты работы за 2024-2025 гг.

Тип программы	Всего программ	Из них программ на портале НМО	Проучено специалистов 2024	Проучено специалистов 2025 (по 01.12.2025)	Обучается в данный момент	Выездных циклов 2024	Выездных циклов 2025
ПП	77	39	390	363	171	0	1
в т.ч. Педиатрия	2	1	1	3	6	0	0
ПК	655	493	4673	3083	654	15	13
в т.ч. Педиатрия	265	220	1609	1226	362	3	2

3. Международное сотрудничество

В отчетном году Педиатрический университет продолжил работу по сотрудничеству в сфере здравоохранения с ведущими зарубежными медицинскими высшими учебными заведениями, научно-исследовательскими организациями и специализированными научно-практическими медицинскими центрами.

Развивается сотрудничество с ведущими медицинскими вузами Азербайджана, Белоруссии, Доминиканской Республики, Казахстана, Киргизии, Китая, Индии, Ирана, Ирака, Саудовской Аравии, Таджикистана, Турции, Узбекистана, Эквадора, ЮАР и других стран. На октябрь 2025 года сотрудничество с зарубежными партнерами реализуется в 47 двусторонних соглашениях различного типа о сотрудничестве в области образования, науки, медицины.

Новые соглашения о сотрудничестве в 2025 г.:

- Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь
- Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
- Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации (Беларусь)
- Республиканский научно - практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии (Беларусь)
- Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Беларусь)
- Ташкентский государственный медицинский университет (с мая 2025 г. создан на основе трёх вузов – ТМА, ТашПМИ, ТГСУ)
- НАО «Медицинский университет Семей», Казахстан
- Кыргызско-Российский Славянский университет имени Бориса Ельцина
- Кыргызский национальный университет им. Ж. Баласагына

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СОТРУДНИЧЕСТВА СО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ЦЕНТРАМИ

- 1 Обмен специалистами в целях проведения исследований и консультаций; организация и взаимное участие в конференциях, конгрессах, семинарах.
- 2 Подготовка и повышение квалификации специалистов, профессиональные стажировки врачей на рабочем месте, курсы ДПО
- 3 Участие в совместных высокотехнологичных операциях и клинической деятельности, организация мастер-классов ведущих специалистов с обеих сторон.
- 4 Развитие телемедицины. Обмен профессиональной информацией.

Сотрудничество реализуется также по линии Ассоциации университетов БРИКС+, Федерации ректоров российских и арабских университетов, Российско-Китайской ассоциации медицинских университетов.

ПОСЕЩЕНИЕ УНИВЕРСИТЕТСКИХ СТРУКТУР ДЕЛЕГАТАМИ ВЫСШЕГО УРОВНЯ

В 2025 году СПбГПМУ стал местом визита многочисленных делегаций, демонстрируя высокий уровень международного признания вуза. Были приняты делегации из Гомельского государственного медицинского университета (Беларусь), Медицинского центра Ихилон (Израиль), ряда высших учебных заведений Узбекистана, Кыргызстана, Таджикистана, а также представительства Федерации ректоров российских и арабских университетов, университета Санто-Доминго (Доминикана), центра развития китайской медицины в Пекине и аффилированной больницы Гуанси ТКМУ (Китай).

ПАРТНЕРСТВО С ВЕДУЩИМИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИМИ ЦЕНТРАМИ

Развитие партнерских связей ведется с рядом национальных научно-практических центров республик бывшего СССР и ближнего зарубежья, таких как Республиканский специальный научно-практический медицинский центр педиатрии, Республиканский центр здоровья матери и ребенка, Республиканский перинатальный центр и центры инфекционной патологии, микробиологии и эпидемиологии Министерства здравоохранения Узбекистана. Поддерживается сотрудничество с Республикой Беларусь, где партнерами выступают Государственный научно-практический центр «Мать и дитя», Республиканский научно-практический центр психического здоровья и Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации.

УЧАСТИЕ В МЕЖДУНАРОДНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ

В мае 2025 года университет участвовал в выставке-конференции, организованной Министерством здравоохранения России специально для руководителей дипломатических представительств стран Латинской Америки и Карибского бассейна. В вузе заключено более 40 договоров о сотрудничестве с ведущими международными научно-образовательными учреждениями, и реализуется более 20 совместных образовательных программ с иностранными вузами.

КЛЮЧЕВЫЕ НАУЧНЫЕ ПРОЕКТЫ

Одним из важнейших проектов является международный проект «Новые генетические детерминанты аутизма», реализуемый совместно с Центральным Южным университетом (Чанша, Китай) при финансовой поддержке Российского научного фонда и Государственного фонда естественных наук Китая. Проект предполагает выявление спектра генетических факторов риска заболевания у российских и китайских пациентов с расстройством аутистического спектра.

Также продолжительное сотрудничество налажено с Чунцинским медицинским университетом, где изучаются новые лекарственные препараты с потенциальной активностью против рака мозга (глиобластома). Сотрудники двух сторон выпустили важную научную публикацию в ведущем международном журнале *Biomedicines*.

Еще одной важной темой стали совместные исследования генетических оснований аутоиммунных и аутовоспалительных заболеваний, проводимые совместно с Чжэцзянским университетом (Китай). Эта работа представлена на международных конгрессах и форумах, укрепляя позицию петербургского университета в мировом сообществе медиков и учёных.

УЧЕБНО-НАУЧНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ

Ежегодно ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России проводит одно из главных мировых мероприятий в области медицины, педиатрии, неонатологии, детской хирургии, организации здравоохранения и медицинского образования, - Национальный конгресс с международным участием «Здоровые дети – будущее страны», который собирает более 2500 участников из 15 стран и более 80 городов России. 22-23 мая 2025 г. в Санкт-Петербурге состоялся IX национальный конгресс с международным участием «Здоровые дети – будущее страны», посвященный 100-летию Педиатрического университета.

Кроме того, постоянно развиваются форматы дистанционного обучения и электронного сопровождения образовательных процессов, позволяющие привлечь широкую аудиторию слушателей и повысить качество профессиональной подготовки будущих врачей и исследователей.



№ п/п	Наименование мероприятия	Место проведения мероприятия	Сроки проведения
1	IX национальный конгресс с международным участием «Здоровые дети – будущее страны», посвященный 100-летию Педиатрического университета	Россия, Санкт-Петербург	20.05.2025-21.05.2025
2	Международный научно-практический форум «Наши дети - наше богатство»	Белоруссия, Брест	28.05.2025-31.05.2025
3	Конференция «Актуальные вопросы военной медицины»	Белоруссия, Минск	04.06.2025-08.06.2025
4	IX Евразийский Конгресс дерматологии, косметологии и эстетической медицины	Казахстан, Астана	15.05.2025-17.05.2025
5	Международный конгресс по атрезии пищевода	Турция, Стамбул	30.04.2025-04.05.2025
6	Конференция "Neurology and Mental disorders" - 3-я Международная конференция по неврологии и психиатрии	Объединённые Арабские Эмираты, Дубай	14.05.2025-17.05.2025
7	XIII Международная научно-практическая конференция детских неврологов «Детская неврология Казахстана: трансфер науки в образование и практику»	Казахстан, Алматы	18.02.2025-22.02.2025
8	Конгресс Национального онкологического центра имени В.А. Фанарджяна	Армения, Ереван	29.01.2025-07.02.2025
9	Конгресс Саудовского общества ревматологии	Саудовская Аравия, Эр-Рияд	04.02.2025-09.02.2025
10	29 Международный симпозиум по слуховым вызванным потенциалам	Соединённые Штаты Америки, Боулдер	12.06.2025-28.06.2025
11	Международный научно-практический форум «Наши дети - наше богатство»	Белоруссия, Брест	28.05.2025-31.05.2025

календарь международных мероприятий, в которых
приняли участие сотрудники НМИЦ в 2025 году

№ п/п	Наименование мероприятия	Место проведения мероприятия	Сроки проведения
12	2-ая Международная конференция ОДУУ	Узбекистан, Ташкент	28.04.2025-07.05.2025
13	I-й съезд евразийской ассоциации педиатров и неонатологов	Узбекистан, Ташкент	06.05.2025-08.05.2025
14	Научно-практическая конференция с международным участием «Комплексный подход в педиатрии: образовательные технологии, диагностические алгоритмы и лечение»	Узбекистан, Ташкент	30.05.2025-31.05.2025
15	Международный медицинский форум APASL Tashkent 2025	Узбекистан, Ташкент	03.06.2025-04.06.2025
16	Международная конференция VoiceIstanbul	Турция, Стамбул	10.04.2025-12.04.2025
17	XII Международный Форум по Детской ревматологии	КНР, Пекин	15-17.08. 2025
18	XXVII Конгресс APLAR 2025 (педиатрическая группа Азиатско-Тихоокеанской лиги ревматологических ассоциаций)	Япония, Фукуоке	03-7.09.2025
19	Международная конференция «Совершенствование методов МСЭ и реабилитации»	Минск, Беларусь	11-12.09.2025
20	XII Евразийский Конгресс детских докторов «Ребёнок и общество: проблемы здоровья, развития, питания»	Бухара, Узбекистан	17-18.10.2025
21	VIII Всемирный Конгресс по детской хирургии	Анталия, Турция	11.11.2025

календарь международных мероприятий, в которых
приняли участие сотрудники НМИЦ в 2025 году



4.1. Анализ системы контроля качества медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и критериев оценки качества медицинской помощи в НМИЦ и медицинских организациях субъектов Российской Федерации по профилю медицинской помощи

ПЕРЕЧЕНЬ АКТУАЛИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПРОФИЛЮ НМИЦ ЗА ТЕКУЩИЙ ГОД

1. Срыгивание и руминация новорожденного ID:962_1

Иванов Дмитрий Олегович – доктор медицинских наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, заведующий кафедрой неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, главный внештатный специалист неонатолог Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Завьялова Анна Никитична – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Новикова Валерия Павловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, заведующая лабораторией Медико-социальных проблем педиатрии НМИЦ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов.

Федорова Лариса Арзумановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского образования, ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Лаптиев Сергей Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Богданова Наталья Михайловна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

2. Сепсис ID: 953_1

Александрович Юрий Станиславович – главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог Северо-Западного федерального округа Минздрава России, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, президент НКО «Ассоциация детских анестезиологов и реаниматологов» России, профессор, д.м.н.

Пшениснов Константин Викторович – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург.

3. Функциональная диспепсия у детей ID: 952_1

Барышникова Наталья Владимировна – кандидат медицинских наук, доцент, старший научный сотрудник лаборатории Медико-социальных проблем педиатрии НИЦ ФГОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России.

Богданова Наталья Михайловна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми ФГОУ ВО «СПбГПМУ», Минздрава России, член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, член Союза педиатров России.

Гурова Маргарита Михайловна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории Медико-социальных проблем педиатрии НИЦ ФГОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, член Союза педиатров России, член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, заместитель главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ КДЦД.

Завьялова Анна Никитична – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, член Союза педиатров России, член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов Член Союза педиатров России.

Калинина Елена Юрьевна – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой нормальной анатомии ФГОУ ВО «СПбГПМУ».

Корниенко Елена Александровна – д.м.н., профессор кафедры детских болезней им. профессора И. М. Воронцова ФП и ДПО ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России. Главный внештатный детский гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. Член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Член Союза педиатров России.

Листопадова Анастасия Павловна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми ФГОУ ВО «СПбГПМУ», старший научный сотрудник лаборатории Медико-социальных проблем педиатрии НИЦ ФГОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, член Союза педиатров России.

Новикова Валерия Павловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, член Союза педиатров России, член Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов.

4. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь новорожденных ID: 950_1

Гурова Маргарита Михайловна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории Медико-социальных проблем педиатрии НМИЦ ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, заместитель главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ КДЦД.

Завьялова Анна Никитична – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Иванов Дмитрий Олегович – доктор медицинских наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, заведующий кафедрой неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по неонатологии.

Новикова Валерия Павловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, заведующая лабораторией Медико-социальных проблем педиатрии НМИЦ ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов.

Панченко Александра Сергеевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского образования, ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Приворотский Валерий Феликсович – доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней им. проф. И. М. Воронцова, ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов.

Федорова Лариса Арзумановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского образования, ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

5. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей ID: 402_2

Гурова М.М. – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории Медико-социальных проблем педиатрии «НИЦ ФГОУ ВО СПбГПМУ» Минздрава России, профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, член Союза педиатров России, член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, заместитель главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ КДЦД.

Корниенко Е.А. – д.м.н., профессор кафедры детских болезней им. профессора И. М. Воронцова ФП и ДПО «ФГБОУ ВО СПбГПМУ» Минздрава России. Главный внештатный детский гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Член Союза педиатров России.

Новикова В.П. – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, заведующая лабораторией Медико-социальных проблем педиатрии НИЦ ФГОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, член Союза педиатров России, член Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов.

6. Травма селезенки у детей ID: 938_1

Подкаменев Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, доцент. Российская ассоциация детских хирургов.

7. Кефалгематома при родовой травме ID: 935_1

Иванов Дмитрий Олегович – д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, главный внештатный специалист неонатолог Минздрава России.

Минин Алексей Владимирович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства гинекологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Пальчик Александр Бейнусович – доктор медицинских наук, профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства гинекологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Понятишин Андрей Евстахиевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства гинекологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Фомина Мария Юрьевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства гинекологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

8. Грипп ID: 249_2

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н., академик РАН, президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения и ФМБА России по инфекционным болезням у детей, президент МОО «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням»

Тимченко Владимир Николаевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный специалист Северо-Западного федерального округа по инфекционным болезням у детей

9. Вирусные кишечные инфекции (гастроэнтериты) у детей ID: 925_1

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н., профессор, академик РАН, Президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, Президент Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням; Ассоциации врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области

10. Врожденная катаракта ID: 108_2

Бржеский Владимир Всеволодович – заведующий кафедрой офтальмологии, ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, профессор, д.м.н., г. Санкт-Петербург. Ассоциация врачей-офтальмологов.

11. Сепсис новорождённых ID: 912_1

Александрович Юрий Станиславович – доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог СЗФО Минздрава России, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Завьялова Анна Никитична – доктор медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, врач-диетолог Клиники ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Иванов Дмитрий Олегович – д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения России, заведующий кафедрой неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, главный внештатный неонатолог Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Лисица Иван Александрович – ассистент кафедры общей медицинской практики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Пшениснов Константин Викторович – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения России, член Ассоциации детских анестезиологов-реаниматологов России

Фёдорова Лариса Арзумановна – к.м.н., доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения России.

12. Нейросенсорная тугоухость у детей ID: 22_3

Гарбарук Екатерина Сергеевна — к.б.н., член медицинской ассоциации, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ.

13. Юношеский артрит с системным началом ID: 26_4

Костик М.М. — д.м.н. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ.

14. Язвенный колит ID: 391_3

Габруская Т. В. — к.м.н., член Союза педиатров. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ.

Корниенко Е. А. — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой гастроэнтерологии ФП и ДПО (Факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования) Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ), главный детский гастроэнтеролог и эндоскопист Санкт-Петербурга.

Новикова В.П. — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней, заведующая лабораторией медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Подкаменев А.В. — д.м.н., , доцент/проф. кафедры хирургических болезней детского возраста им. академика Г.А. Баирова)

Ревна М. О. — д.м.н., профессор, член Союза педиатров России Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

Сварич Вячеслав Гаврилович — д.м.н., доцент, профессор кафедры хирургических болезней детского возраста им. Г.А. Баирова ФГБОУ ВО СПбГМУ, член РАДХ.

Ткаченко М.А. — к.м.н., педиатр, гастроэнтеролог, главный внештатный гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Ленинградской области, доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Филиппов Д.В. — к.м.н., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, доцент кафедры хирургических болезней детского возраста им. академика Г.А. Баирова).

15. Острый бронхиолит ID: 360_3

Новик Г.А. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой Детских болезней им. профессора И. М. Воронцова ФП и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, вице-Президент Союза педиатров России, главный детский аллерголог -иммунолог Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе РФ

16. Болезнь Крона ID: 682_2

Габруская Татьяна Викторовна — к.м.н., член Союза педиатров России ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Корниенко Елена Александровна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой гастроэнтерологии ФП и ДПО (Факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования) Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГМУ), главный детский гастроэнтеролог и эндоскопист г. Санкт-Петербург.

Новикова Валерия Павловна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней, заведующая лабораторией медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

Подкаменев Алексей Владимирович - д.м.н., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, доцент/проф. кафедры хирургических болезней детского возраста им. академика Г.А. Баирова, главный внештатный специалист детский хирург Минздрава России.

Ткаченко Михаил Арнольдович — к.м.н., педиатр, гастроэнтеролог, главный внештатный гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Ленинградской области, доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Филиппов Дмитрий Владимирович - к.м.н., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, доцент кафедры хирургических болезней детского возраста им. академика Г.А. Баирова.

17. Норовирусный гастроэнтерит у детей ID: 825_1

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н, профессор, академик РАН, Президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, Президент Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням; Ассоциации врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

18. Гастрит и дуоденит у детей ID: 837_1

Новикова Валерия Павловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, заведующая лабораторией Медико-социальных проблем педиатрии НИЦ ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Союза педиатров России, член Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов.

Гурова Маргарита Михайловна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник лаборатории Медико-социальных проблем педиатрии НИЦ ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Союза педиатров России, член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, заместитель главного врача по медицинской части СПб ГБУЗ КДЦД.

Калинина Елена Юрьевна – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой нормальной анатомии ФГОУ ВО СПбГПМУ.

Завьялова Анна Никитична – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Союза педиатров России, член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов Член Союза педиатров России.

Корниенко Елена Александровна – д.м.н., профессор кафедры детских болезней им. профессора И. М. Воронцова ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России. Главный внештатный детский гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов Член Союза педиатров России.

Листопадова Анастасия Павловна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории Медико-социальных проблем педиатрии НИЦ ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, член союза педиатров России.

Богданова Наталья Михайловна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми ФГОУ ВО СПбГПМУ, Минздрава России, член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, член союза педиатров России.

19. Желчнокаменная болезнь ID: 580_3

Подкаменев А.В. - д.м.н., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, доцент/проф. кафедры хирургических болезней детского возраста им. академика Г.А. Баирова.

Ткаченко М.А., к.м.н., педиатр, гастроэнтеролог, главный внештатный гастроэнтеролог Комитета по Здравоохранению Ленинградской области, доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

20. Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) у детей ID: 824_1

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н, профессор, академик РАН, Президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, Президент Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням; Ассоциации врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

21. Сальмонеллез у детей ID: 703_2

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н, профессор, академик РАН, Президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, Президент Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням; Ассоциации врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

22. Врожденная глаукома ID: 112_2

Бржеский Владимир Всеволодович – заведующий кафедрой офтальмологии, ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, профессор, д.м.н., Санкт-Петербург;

Садовникова Наталия Николаевна – заведующая офтальмологическим отделением клиники ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ», к.м.н., доцент. Санкт-Петербург.

23. Вторичная глаукома ID: 818_1

Бржеский Владимир Всеволодович – заведующий кафедрой офтальмологии, ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, профессор, д.м.н., Санкт-Петербург;

Садовникова Наталия Николаевна – заведующая офтальмологическим отделением клиники ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ», к.м.н., доцент. Санкт-Петербург.

24. Мигрень ID: 169_2

Гузева Валентина Ивановна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Главный внештатный детский специалист невролог МЗ РФ

Гузева Виктория Валентиновна, д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Гузева Оксана Валентиновна, д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

25. Головная боль напряжения ID: 810_1

Гузева Валентина Ивановна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Главный внештатный детский специалист невролог МЗ РФ

Гузева Виктория Валентиновна, д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ

Гузева Оксана Валентиновна, д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

Охрим Инна Владимировна, к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

26. Системная красная волчанка ID: 606_3

Костик М.М., д.м.н. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ.

27. Другие воспалительные полинейропатии (Хроническая воспалительная демиелинизирующая полирадикулонейропатия) ID: 358_3

Гузева Валентина Ивановна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Главный внештатный детский специалист невролог МЗ РФ.

Гузева Виктория Валентиновна, д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

Гузева Оксана Валентиновна, д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

Охрим Инна Владимировна, к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

28. Ботулизм у детей ID: 697_2

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н., академик РАН, президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения и ФМБА России по инфекционным болезням у детей, президент МОО «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням».

Скрипченко Наталья Викторовна - д.м.н., профессор, з.д.н РФ заместитель директора по научной работе ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, член Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням.

29. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки ID: 388_3

Подкаменев А.В. - д.м.н., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, доцент/проф. кафедры хирургических болезней детского возраста им. академика Г.А. Баирова.

Гурова М.М., доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник лаборатории медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Новикова В.П., доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней, заведующая лабораторией медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Ткаченко М.А., к.м.н., педиатр, гастроэнтеролог, главный внештатный гастроэнтеролог Комитета по Здравоохранению Ленинградской области, доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

30. Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна. Прогрессирующая мышечная дистрофия Беккера ID: 773_1

Суслов Василий Михайлович — к.м.н., доцент кафедры реабилитологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

31. Периодический синдром, ассоциированный с мутацией гена рецептора фактора некроза опухоли (TRAPS) (Другие уточненные нарушения с вовлечением иммунного механизма, не классифицированные в других рубриках) ID: 759_1

Костик М.М., д.м.н. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ.

32. Криопирин-ассоциированные периодические синдромы (Другие уточненные нарушения с вовлечением иммунного механизма, не классифицированные в других рубриках) ID: 758_1

Костик М.М., д.м.н. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ.

Семейная средиземноморская лихорадка (Наследственный семейный амилоидоз) ID: 757_1

Костик М.М., д.м.н. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ.

33. Ротавирусный гастроэнтерит у детей ID: 755_1

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н., академик РАН, президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения и ФМБА России по инфекционным болезням у детей, президент МОО «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням».

34. Менингококковая инфекция у детей ID: 58_2

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н., академик РАН, президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения и ФМБА России по инфекционным болезням у детей, президент МОО «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням».

Скрипченко Н.В., з.д.н. Российской Федерации, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой инфекционных заболеваний у детей ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член национального научного общества инфекционистов, член Правления Всероссийской ассоциации неврологов, член Правления Санкт-Петербургского отделения Союза педиатров России

35. Проксимальная спинальная мышечная атрофия 5q ID: 593_3

Гузева Валентина Ивановна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Главный внештатный детский специалист невролог МЗ РФ.

Суслов Василий Михайлович — к.м.н., доцент кафедры реабилитологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

36. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) ID: 25_2

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н., академик РАН, президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения и ФМБА России по инфекционным болезням у детей, президент МОО «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням».

Новик Г.А., — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой Детских болезней им. профессора И. М. Воронцова ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

37. Острый гепатит С (ОГС) у детей ID: 57_2

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н., академик РАН, президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения и ФМБА России по инфекционным болезням у детей, президент МОО «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням».

38. Аскаридоз у детей ID: 485_2

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н., академик РАН, президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения и ФМБА России по инфекционным болезням у детей, президент МОО «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням».

ТЕКУЩИЙ УРОВЕНЬ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НМИЦ КАК МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

В клинике ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России сформирована система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с действующим законодательством.

Основные направления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности организованы в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», ГОСТ Р ИСО 9001-2015, стандартов JCI, и реализуются в стационаре по следующим направлениям:

1. Управление качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинской организации.
2. Управление работниками в медицинской организации.
3. Идентификация личности пациента.
4. Эпидемиологическая безопасность.
5. Лекарственная безопасность. Фармаконадзор.
6. Контроль качества и безопасности обращения медицинских изделий.
7. Организация экстренной и неотложной помощи в стационаре.
8. Преемственность медицинской помощи.
9. Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами.
10. Профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов донорской крови.
11. Безопасность среды в медицинской организации.
12. Организация ухода за пациентами. Профилактика падений и пролежней.
13. Организация оказания медицинской помощи на основе данных доказательной медицины. Соответствие оказываемой помощи клиническим рекомендациям (протоколам лечения).
14. Обеспечение принципов пациентоцентричности при осуществлении медицинской деятельности.

Реализована автоматизация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

1. Разработаны интегрированные в МИС системы, позволяющих оперативно информировать медицинский персонал о текущем клиническом состоянии, применяемом лечении и дальнейшей маршрутизации, пациентов, находящихся на лечении в отделениях.
2. Разработаны интегрированные в МИС алгоритмы контроля качества медицинской помощи на основе информации поступающих в реальном времени из отделений, с автоматизированным анализом и формированием отчетов.
3. Разработаны интегрированные в МИС алгоритмы по оценке медико-экономической и финансовой деятельности подразделений, в целях автоматизированного анализа, формирования и визуализации показателей деятельности.
4. Разработано автоматическое формирование комплексного отчета о деятельности НМИЦ, как медицинской организации, с применением визуализаций и информативных таблиц из МИС на основании разработанных алгоритмов.

СВЕДЕНИЯ О МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ТРЕТЬЕГО УРОВНЯ СУБЪЕКТОВ РФ, В КОТОРЫХ ВНЕДРЕНА СИСТЕМА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫЕЗДНЫХ ПРОВЕРОК СОТРУДНИКАМИ НМИЦ

За 2025 года была проведена оценка эффективности организационной деятельности в медицинских организациях, в том числе организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Сотрудниками НМИЦ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России с 2020 года проводятся организационно-методические мероприятия с представителями медицинских организаций субъектов РФ.

С учетом требований по оценке, в соответствии с Методическими рекомендациями ЦЭКМП, систему контроля качества медицинской помощи можно считать внедренной в случае, если медицинская организация получила 100% (10 баллов) по обязательным критериям. Максимальный балл (10) по основным критериям были получены следующими медицинскими организациями.

За период 2024-2025 году 22% якорных медицинских организаций по профилю «педиатрия» продемонстрировали положительную динамику показателя внедрения системы контроля качества медицинской помощи, 88% отсутствие динамики по основным критериям. При анализе динамики по дополнительным показателям 7,4% субъектов имели положительную динамику, 92.6% субъектов не демонстрировали существенной динамики.

В Херсонской и Запорожской областях отмечена положительная динамика как по основным, так и по дополнительным критериям. Сотрудниками ФГБОУ ВО СПбГПМУ ведется работа по разработке и внедрению локальных нормативно-правовых актов в медицинские организации, оказывающие помощь детскому населению (рисунок 1,2).

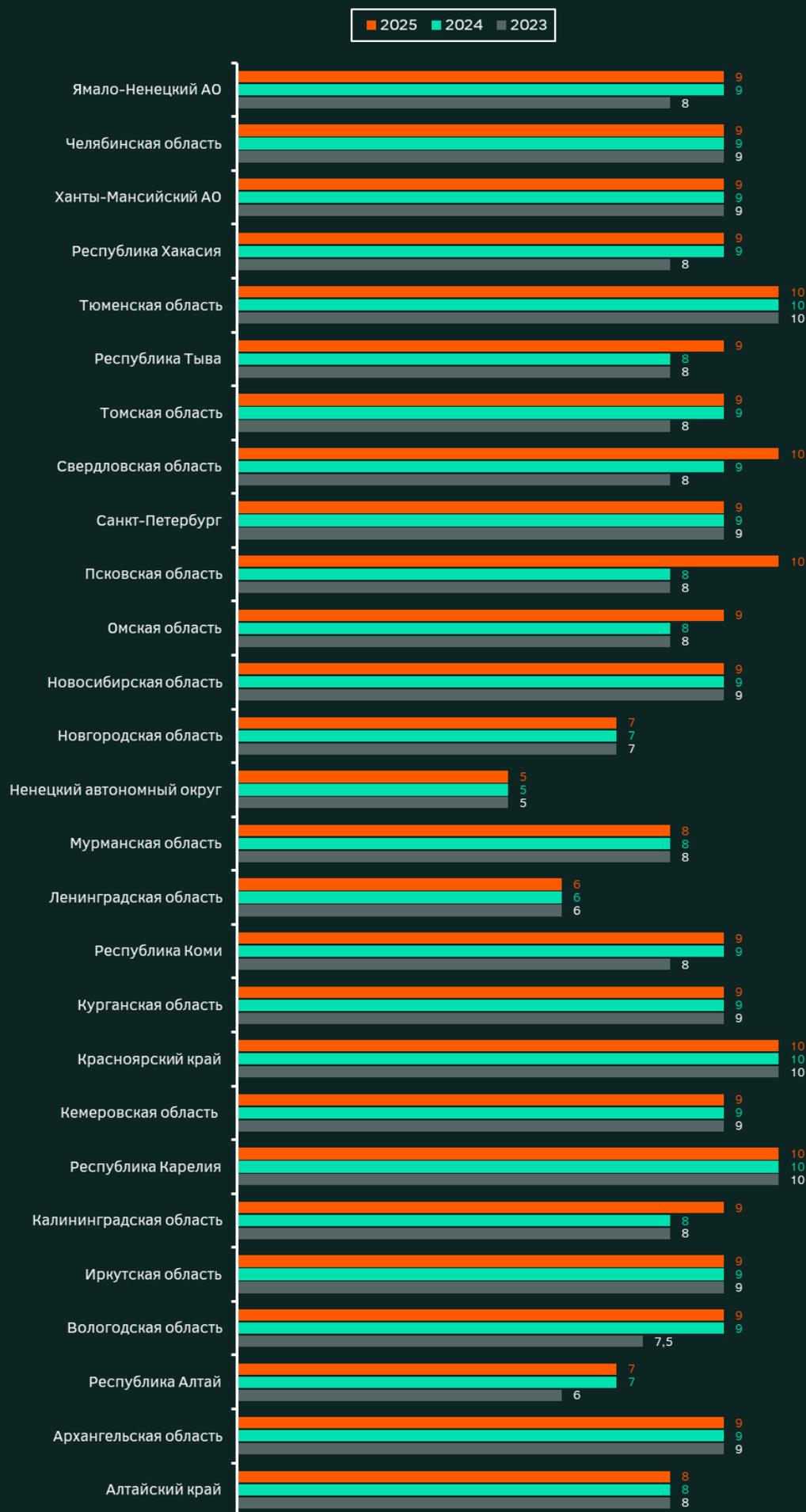
За период 2021-2025 года курируемым медицинским организациям субъектов РФ была предложена поэтапная схема внедрения, анализа и корректировки клинических рекомендаций. 96,2% посещенных в 2025 году организаций внедрили методику в работу структурных подразделений. При этом, отмечается недостаточный уровень контроля за их реализацией в «якорных» медицинских организациях.

В 2025 году отмечена положительная динамика. Средняя сумма баллов по системе СКМП в 2021 году – 6. В 2022 году (по посещенным повторно медицинским организациям) – 7,4. В 2023 году – 8,2, в 2024 году – 8,4., в 2025 году – 8,7.

Показатель обеспечения доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также системы информирования работников медицинской организации об опубликованных новых клинических рекомендациях, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре в 2021 году была реализована лишь в 25% медицинских организаций, в 2025 – в 100%.

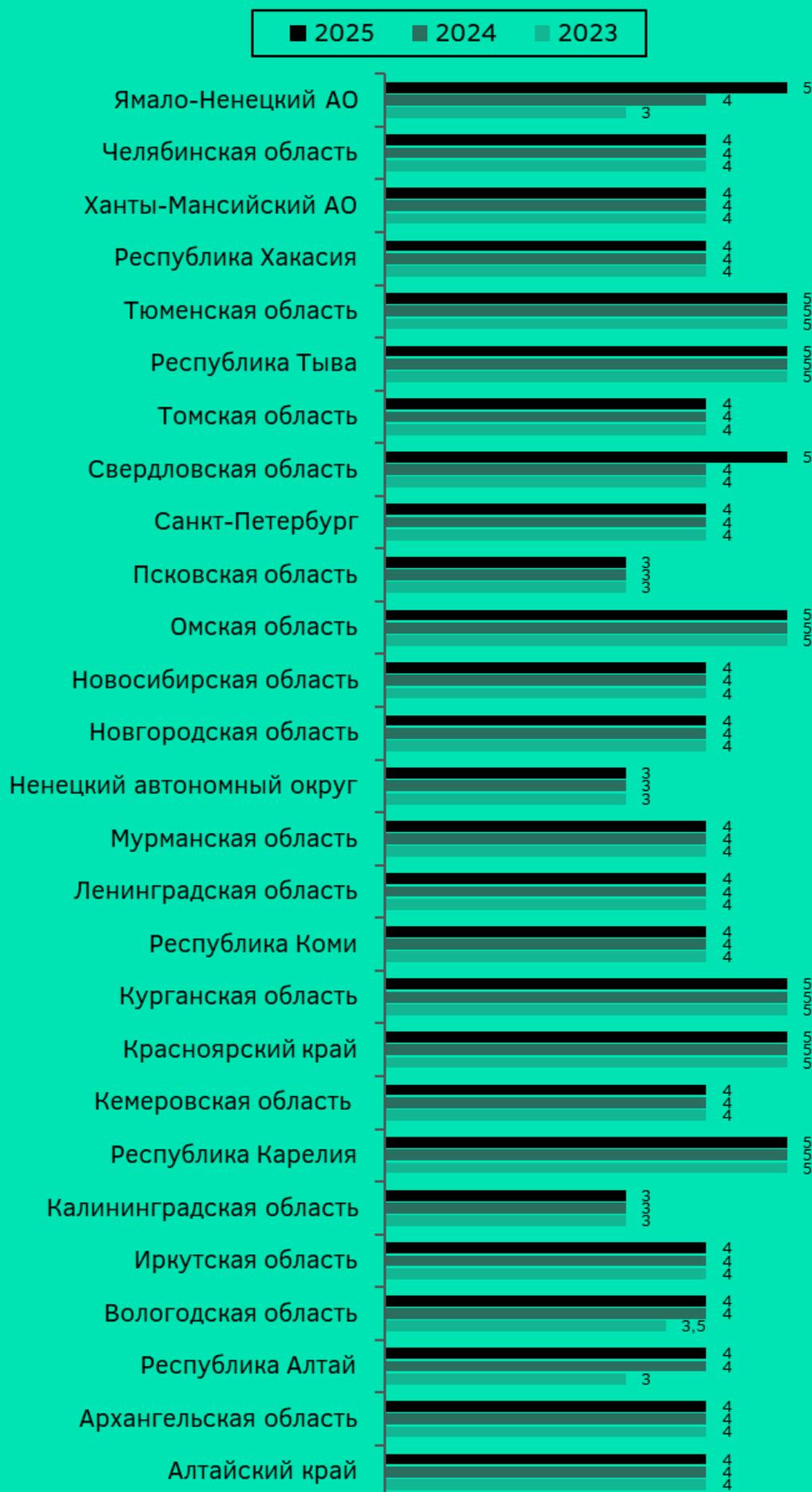
Низкие значения внедрения в медицинских организациях демонстрирует система по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями. Система была сформирована и утверждена локальными НПА лишь в 28% медицинских организаций в 2021 году, в 49% в 2022 году, 52% в 2023 году, 53% в 2024 году, 63% в 2025 году.

РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА «ЯКОРНЫХ» ОРГАНИЗАЦИЙ с учетом субъекта РФ по основным критериям 2023-2025 гг.



РЕЙТИНГ «ЯКОРНЫХ» ОРГАНИЗАЦИЙ
ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ

РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА «ЯКОРНЫХ» ОРГАНИЗАЦИЙ
с учетом субъекта РФ по дополнительным критериям 2023-2025 гг.



РЕЙТИНГ «ЯКОРНЫХ» ОРГАНИЗАЦИЙ
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ



4.2. Рейтинг субъектов Российской Федерации по результативности и качеству оказания медицинской помощи в соответствии с критериями, предлагаемыми НМИЦ

Сотрудниками НМИЦ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России проведены организационно-методические мероприятия с уполномоченными лицами всех медицинских организаций, посещенных в 2025 году. Предложены методы повышения эффективности внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, алгоритмы принятия управленческих решений по устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках контрольных мероприятий.

В рамках проведенных выездных мероприятий в 2025 году было выявлено, что:

74%

курируемых субъектов нуждаются в доработке положения и приказа о деятельности врачебных комиссий и подкомиссий врачебных комиссий*

*в соответствии в требованиями Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 10.04.2025 г. N 180н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «педиатрия».

В 2025 году проведены организационно-методические мероприятия с уполномоченными лицами медицинских организаций, в 100% посещенных медицинских организаций. За период 2021-2025 годы проведена стажировка на рабочем месте 5 уполномоченных лиц.

Качество ведения внутренних локально-нормативных актов имеет положительную динамику. В 2025 году продолжается работа по устранению выявленных в ходе выездных мероприятий нарушений с уполномоченным лицам в медицинских организациях, в рамках организационно-методического сопровождения.

92,5%

курируемых субъектов РФ требуется реализация или усиление контроля за деятельностью по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности*

*в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», в том числе формирования плана внутренних аудитов и их проведение, формирование планов корректирующих мероприятий, анализ выявленных нарушений в организациях, оказывающих медицинскую помощь детскому населению

88,8%

медицинских организаций требуется усиленный контроль за выполнением критериев оценки качества медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи, а также ведения первичной медицинской документации.

доля курируемых якорных организаций субъектов РФ, которые не реализуют функции анализа и оценки организации оказания медицинской помощи в регионе, организационно-методической помощи врачам медицинских организаций, расположенных на территории субъекта РФ в соответствии с Приказом 19н от 21.01.2022 «Об утверждении типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице».

65%

70%

курируемых субъектов требуется актуализация или разработка приказов по маршрутизации по профилю «педиатрия» с учетом порядков оказания медицинской помощи, принципов территориального планирования (с подробным описанием зон ответственности каждой медицинской организации), угрозометрических принципов (с разработкой карт оценки тяжести состояния пациента, угрозометрических шкал для оценки риска транспортировки) с учетом использования возможностей федеральных центров.

доля посещенных медицинских организаций (по данным контрольных мероприятий и Территориальных фондов ОМС субъектов РФ), где реализуется оценка соответствия фактической маршрутизации пациентов региональной нормативно-правовой базе по профилю «педиатрия».

99%

В ряде субъектов региональные приказы по маршрутизации пациентов не содержательны, или не разработаны по профилю «педиатрия». Оценка эффективности их реализации невозможна.

ТАБЛИЦА 1. ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В «ЯКОРНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ» В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2025 В СРАВНЕНИИ С 2023-2025 ГГ.

Округ	Субъекты Российской Федерации	Обоснование диагноза		Анамнез болезни и жизни		План лечения			Обоснование терапии		Полипра- гмазия	Клинические рекомендации		Оценка лаборат. результатов		Итого 2025	Динамика в сравнении с 2023 г	Итого 2024	Итого 2023
		Наличие	Качество	Наличие	Качество сбора	Наличие	Динамика наблюдения	Качество	Наличие	Качество	Наличие	Соответствие КР	Качество применения и КР (обследование и лечение)	Наличие	Качество				
		%	баллы*	%	баллы	%	%	баллы	%	баллы	%	%	баллы	%	баллы				
СЗФО	Архангельская область	25	10	70	14	60	70	14	40	8	0	60	12	60	12	12	↑	11	13
СЗФО	Вологодская область	50	8	35	7	90	40	8	30	6	2	50	8	0	0	6	↓	7	8
СЗФО	Калининградская область	50	8	50	10	40	60	10	40	8	0	30	6	25	5	8	↓	9	9
СЗФО	Ленинградская область	70	14	70	12	90	70	14	50	12	50	60	12	50	12	13	↑	12	9
СЗФО	Мурманская область	40	8	35	7	90	30	6	40	10	10	25	5	20	4	7	↑	6	6
СЗФО	Ненецкий АО	50	10	50	10	90	50	10	50	10	0	25	5	50	10	9		9	9
СЗФО	Новгородская область	60	12	75	15	90	60	12	0	0	13	70	14	50	10	11	↓	11	13
СЗФО	Псковская область	50	8	30	6	18	50	8	30	6	70	50	8	0	2	6	↓	7	7
СЗФО	Республика Карелия	80	14	45	12	18	50	10	50	8	0	50	12	20	6	10		10	10
СЗФО	Республика Коми	50	8	60	8	90	0	2	0	2	40	60	10	50	8	6		7	7
СЗФО	Санкт-Петербург	90	20	90	18	100	70	14	50	12	0	80	16	60	14	16	↑	15	16
Северо-Западный Федеральный округ		55,9	10,9	55,5	10,8	70,5	50,0	9,8	34,5	7,5	16,8	50,9	9,8	35,0	7,5	9		9	9,7
СФО	Алтайский край	80	16	50	10	90	40	10	50	10	0	50	12	60	12	12	↓	11	11
СФО	Иркутская область	70	12	70	12	90	60	12	50	10	0	50	8	50	10	11	↓	12	12
СФО	Кемеровская область	50	10	80	12	90	60	10	50	10	0	80	12	50	8	10	↓	12	12
СФО	Красноярский Край	70	14	60	12	90	50	10	40	8	0	50	10	50	10	11	↓	11	11
СФО	Новосибирская область	70	10	80	12	90	50	10	80	12	0	70	10	50	10	11	↓	13	13
СФО	Омская область	30	10	70	12	90	50	12	90	18	90	50	10	0	10	12	↑	10	10
СФО	Республика Алтай	50	10	70	14	80	30	10	30	6	0	40	8	50	10	10	↑	9	5
СФО	Республика Тыва	35	8	50	12	0	25	8	15	8	0	25	5	35	10	9		6	6
СФО	Республика Хакасия	75	15	50	10	90	40	8	50	10	7	25	5	30	6	9		9	9
СФО	Томская область	50	12	50	12	90	90	18	90	18	0	70	14	70	14	15	↑	14	15
Сибирский Федеральный округ		58,0	11,7	63,0	11,8	80,0	49,5	10,8	54,5	11,0	9,7	51,0	9,4	44,5	10,0	11		11	10,4
УФО	Курганская область	50	12	50	12	90	30	6	40	10	50	50	10	30	8	10	↑	5	5
УФО	Свердловская область	60	12	60	12	90	70	14	60	12	0	60	12	40	10	12		12	10
УФО	Тюменская область	70	12	80	12	90	60	12	50	10	0	60	12	50	8	11	↓	12	7
УФО	Ханты-Мансийский АО	90	18	75	15	90	80	16	70	14	0	50	10	75	15	15		15	15
УФО	Челябинская область	90	12	90	12	90	60	12	50	10	4	70	12	50	10	11	↓	14	14
УФО	Ямало-Ненецкий АО	70	14	70	14	90	50	10	80	16	0	70	14	60	12	13		13	13
Уральский Федеральный округ		71,7	13,3	70,8	12,8	90,0	58,3	11,7	58,3	12,0	9,0	60,0	11,7	50,8	10,5	12		12	10,7



Анализ заболеваемости детей 0-17 в курируемых регионах Российской Федерации

Первичная заболеваемость – частота впервые в жизни диагностированных (вновь выявленных) заболеваний в течение года.

Общая заболеваемость – частота, распространенность всех зарегистрированных случаев заболеваний, по поводу которых обратились в текущем году (острые и обострения хронических заболеваний). В регионах, где есть одновременный рост наряду с общей заболеваемостью и первичной заболеваемости свидетельствует об ухудшении здоровья населения.

Рост первичной заболеваемости требует углубленного анализа факторов, разработки и осуществления лечебно-профилактических мероприятий, создания целевых программ, программ профилактики. В случае, если отмечено снижение первичной заболеваемости, то это свидетельствует об улучшении качества оказания медицинской помощи даже при росте общей заболеваемости.

В связи с этим важно отметить регионы со снижением первичной заболеваемости и регионы с ростом первичной и общей заболеваемости, отметив структуру заболеваемости.

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРВИЧНОЙ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ НА 1000 ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЙ В 2022-2024 ГОДАХ В КУРИРУЕМЫХ СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Округ	Регион	0-14 лет			График 2022- 2024	15-17 лет			График 2022- 2024	0-14 лет			График 2022- 2024	15-17 лет			График 2022- 2024
		Общая заболеваемость				Общая заболеваемость				Первичная заболеваемость				Первичная заболеваемость			
		2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024	
СЗФО	Архангельская область	3270,7	3663,6	4196,7		3296,0	3847,7	3951,2		2487,5	2726,3	3225,6		2091,3	2360,4	2396,2	
	Вологодская область	2951,1	2969,4			2898,6	3111,9			2476,0	2452,7			2087,0	2200,7		
	Калининградская область	2061,6	2148,3	2246,2		1418,9	1671,3	1673,3		1544,7	1606,5	1704,5		889,5	990,0	991,7	
	Ленинградская область	2106,8	2305,0			1991,8	2090,9			1668,2	1789,3			1395,8	1433,6		
	Мурманская область	3164,5	3014,6	3055,8		3110,8	3200,1	3030,3		2519,5	2324,4	2309,1		1982,6	1992,6	1840,9	
	Ненецкий АО	3628,7	3711,2	3718,1		1912,1	2874,6	3243,3		3211,6	3262,3	3305,3		1474,5	2103,3	2321,0	
	Новгородская область	2358,8	2071,3	1982,4		2105,5	1934,7	1773,1		2007,7	1699,7	1589,4		1475,9	1329,0	1189,3	
	Псковская область	2145,3	2065,1	18480,6		2028,6	2162,3	3862,3		1800,2	1734,8	1538,5		1545,9	1546,2	2665,6	
	Республика Карелия	4453,0	4529,8	4782,9		4082,4	4458,9	4748,0		3781,7	3786,4	3698,6		2920,7	2907,4	3042,5	
	Республика Коми	2274,7	2178,9	3558,4		1386,3	1275,6	3286,6		2677,4	2719,5	2718,0		1937,8	2051,2	2033,0	
	Санкт-Петербург	3710,7	3617,8	3317,5		3837,5	4087,8	4068,1		2889,5	2706,0	2414,0		2366,9	2415,8	2303,2	
СФО	Алтайский край	2028,0	1907,8	2656,7		1923,2	1825,4	3034,9		2590,9	2502,9	2009,8		2989,8	2924,6	1875,1	
	Иркутская область	2552,6	2472,2	2492,1		2557,7	2532,0	2472,8		2015,0	1916,8	2010,4		1626,8	1532,5	1519,0	
	Кемеровская область	2063,8	2003,0	2060,9		2191,7	2166,2	2119,9		1661,3	1591,1	1580,8		1379,8	1394,0	1248,7	
	Красноярский край	1619,1	1600,7	2149,5		1367,8	1411,7	2278,6		2037,5	2052,2	1673,4		2102,1	2178,3	1498,7	
	Новосибирская область	1887,0	1956,3	2054,4		2057,7	2064,5	2240,9		1470,0	1571,3	1668,1		1336,9	1367,8	1486,9	
	Омская область	1833,0	1885,4	1928,8		1961,1	2030,3	2006,1		1396,9	1405,0	1419,9		1250,0	1295,4	1298,2	
	Республика Алтай	1913,9	2026,5	2099,4		2140,2	2020,9	2082,0		1562,0	1633,8	1681,9		1439,2	1293,8	1293,5	
	Республика Тыва	1238,9	1216,6	1258,4		1754,8	1500,0	1231,5		940,9	929,4	890,4		1328,2	1127,5	991,2	
	Республика Хакасия	2032,3	2039,0	2058,2		1639,4	1503,5	1679,1		1718,2	1707,4	1729,7		1213,2	1087,2	1177,4	
Томская область	1737,3	1898,2	2332,3		1486,1	1575,4	2228,4		1394,5	1562,1	1871,2		955,0	1033,4	1447,8		
УФО	Курганская область	2822,3	2938,5	3238,6		4039,7	3199,7	3154,7		2261,3	2367,0	2602,0		2744,0	2192,0	2047,9	
	Свердловская область	2221,3	2375,1	2596,0		2192,5	1578,9	2560,9		1788,1	2375,1	2061,9		2192,5	1578,9	1685,0	
	Тюменская область	1995,1	1841,4	1973,9		2265,5	1945,6	2036,0		1525,8	1379,0	1549,8		1359,2	1096,6	1199,8	
	Ханты-Мансийский АО	2592,5	2432,8	2432,7		2348,3	2280,4	2280,3		1938,3	1757,2	1757,0		1423,3	1383,4	1383,5	
	Челябинская область	2393,2	2425,0	2447,8		2150,1	2023,3	2423,0		1939,0	1953,6	1990,0		1412,6	1332,5	1675,5	
	Ямало-Ненецкий АО	3618,6	3469,2	3713,0		3780,8	3282,9	3967,3		2727,7	2643,2	2695,7		2371,3	2113,3	2312,0	
Итого		2469,4	2472,7	3313,2		2367,6	2357,6	2697,3		2075,2	2079,8	2067,8		1751,5	1713,4	1716,9	

ТАБЛИЦА 2. СТРУКТУРА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ 0-14 ЛЕТ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РФ

Регион РФ	инфекционные и паразитарные болезни	новообразования	болезни крови, кроветворных органов	болезни эндокринной системы	психические расстройства и	болезни нервной системы	болезни глаза и его придаточного аппарата	болезни уха и сосцевидного отростка	болезни системы кровообращения	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	болезни кожи и подкожной клетчатки	болезни костно-мышечной системы и	болезни мочеполовой системы	беременность, роды и послеродовой период	отдельные состояния перинатального периода	врожденные аномалии	симптомы, признаки и отклонения от нормы	Внешние причины	COVID-19	Всего
Алтайский край	51,6	12,2	35,1	58,4	53,2	150,1	127,2	42,2	12,9	1664,4	124,1	62,5	74,5	58,5	0,0	7,4	43,5	0,2	77,2	1,5	2656,7
Архангельская область	145,7	26,3	28,1	112,5	45,1	91,7	281,9	65,6	55,4	1864,2	283,3	124,8	220,7	74,6	0,1	517,1	93,2	0,0	163,3	3,1	3703,4
Иркутская область	75,3	14,1	22,3	70,7	27,4	71,5	139,8	48,8	11,2	1555,3	153,1	85,7	108,6	56,9	0,0	8,1	39,2	0,0	0,5	3,7	2544,7
Калининградская область	137,5	20,1	12,2	28,5	23,5	59,7	107,6	38,1	11,4	1197,8	195,3	88,4	87,2	32,9	0,0	102,9	38,0	0,0	57,1	8,0	2148,3
Кемеровская область	84,7	9,1	17,2	49,8	38,6	114,5	130,3	51,2	17,3	1083,7	76,5	78,2	91,4	38,2	0,1	15,3	46,3	0,0	113,2	5,3	2060,9
Красноярский край	72,2	13,0	17,6	64,1	34,5	78,9	135,9	49,7	33,4	1180,6	73,9	78,9	111,1	36,9	0,0	7,5	33,9	20,5	102,8	4,1	2149,4
Курганская область	82,5	24,0	92,2	38,6		77,5	248,9	42,7	20,3	2050,5	95,2	82,8	109,3	41,2	0,0	9,0	18,5	68,0	137,4		3247,0
Мурманская область	146,4	20,9	13,9	97,0	38,7	121,8	228,0	61,5	10,5	1592,5	136,1	145,2	138,1	71,3	0,0	9,9	26,5	85,5	106,7	5,3	3056,0
Ненецкий АО	246,8	16,8	20,5	65,0	56,9	79,8	219,8	58,8	7,6	2380,2	154,2	108,8	102,7	53,4	0,0	5,2	34,7	0,0	99,8	7,1	3718,5
Новгородская область	81,1	8,1	8,9	36,4	21,9	47,9	59,5	34,2	13,7	1325,7	47,8	64,2	60,2	16,7	0,1	5,5	45,7	11,0	89,9	4,1	1982,4
Новосибирская область	89,6	7,9	7,6	30,2	46,6	69,3	111,8	48,7	6,3	1260,1	54,1	52,3	57,7	34,5	0,0	25,1	21,3	0,0	129,8	1,6	2054,4
Омская область	68,2	6,4	20,8	38,5	30,1	86,8	115,9	40,8	18,9	1013,4	131,2	61,2	68,9	45,7	0,0	9,6	40,2	17,4	112,6	2,2	1928,9
Псковская область	55,1	9,2	12,5	30,4	26,1	54,5	69,7	30,4	4,2	1224,9	48,4	73,6	43,9	33,0	0,0	20,9	25,5	11,7	72,1	1,9	1848,1
Республика Алтай	83,3	11,2	30,6	56,7	14,4	76,5	120,1	43,2	9,0	1215,5	129,9	113,1	60,0	32,2	0,0	9,1	24,6	0,2	68,1	1,7	2099,8
Республика Карелия	366,4	34,3	24,7	109,3	34,9	169,1	286,3	109,4	33,5	2475,3	185,1	160,0	213,6	100,3	0,0	13,5	193,4	77,0	193,4	3,5	4782,9
Республика Коми	131,7	16,2	0,0	78,0	36,3	113,7	206,1	68,3	21,7	2164,3	83,8	166,9	142,4	63,1	0,0	29,2	51,3	0,0	177,7	7,7	3585,8
Республика Тыва	58,3	1,2	18,7	82,1	8,1	46,1	40,5	45,1	2,1	674,6	67,8	63,7	17,8	20,8		29,0	21,1	0,0	60,6	0,8	1258,6
Республика Хакасия	69,7	7,0	27,4	45,6	25,9	100,9	80,9	30,7	8,6	1227,5	70,6	81,4	42,6	21,8	0,2	4,9	24,8	28,5	155,4	3,8	2057,9
Санкт-Петербург	140,6	27,4	10,0	77,5	32,6	185,0	251,7	99,9	30,7	1558,7	182,0	164,7	220,9	84,5	0,0	14,6	56,1	0,0	172,4	8,5	3317,5
Свердловская область	103,7	8,4	27,7	72,6	42,0	117,7	158,6	55,2	14,5	1512,4	131,2	81,0	76,0	55,1	0,0	19,1	27,4	0,0	88,9	4,5	2595,0
Томская область	105,8	11,8	21,9	86,3	36,3	63,2	112,7	60,7	13,3	1342,4	154,0	77,7	73,1	32,6	0,0	6,1	27,9	43,3	58,6	4,6	2332,3
Тюменская область	70,5	9,6	36,9	31,2	24,2	58,2	107,6	50,2	17,4	1254,3	81,1	79,5	43,8	30,6	0,0	13,3	13,9	0,0	46,6	5,0	1973,9
ХМАО	107,6	11,1	18,3	64,6	23,8	117,2	122,4	55,1	16,4	1364,4	120,5	106,0	68,9	49,8	0,0	8,2	42,3	0,0	123,2	12,9	2432,8
Челябинская область	92,6	11,8	22,8	72,1	27,0	73,8	94,3	51,5	20,2	1403,0	106,4	90,5	75,1	49,2	30,0	14,9	53,6	0,0	155,3	3,7	2417,8
ЯНАО	136,6	16,5	29,2	117,1	51,1	179,5	309,8	75,3	27,1	2019,5	133,3	151,7	123,0	78,3	0,0	18,6	77,2	0,0	154,0	15,3	3713,0
Общий итог	112,1	14,2	23,1	64,5	33,3	96,2	154,7	54,3	17,5	1504,2	120,8	97,7	97,3	48,5	1,3	37,0	44,8	14,5	108,7	5,0	2626,6
Итог (%)	4,2%	0,5%	0,9%	2,4%	1,2%	3,6%	5,8%	2,0%	0,7%	56,1%	4,5%	3,6%	3,6%	1,8%	0,0%	1,4%	1,7%	0,5%	4,1%	0,2%	100,0

ТАБЛИЦА 3. СТРУКТУРА ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ 15-17 ЛЕТ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РФ

Регион РФ	инфекционные и паразитарные болезни	новообразования	болезни крови, кроветворных органов	болезни эндокринной системы	психические расстройства и болезни нервной системы	болезни глаза и его придаточного аппарата	болезни уха и сосцевидного отростка	болезни системы кровообращения	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	болезни кожи и подкожной клетчатки	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	болезни мочеполовой системы	беременность, роды и послеродовой период	отдельные состояния перинатального периода	врожденные аномалии	симптомы, признаки и отклонения от нормы	Внешние причины	COVID-19	Всего	
Алтайский край	25,8	15,0	24,5	152,0	69,6	195,7	282,3	46,7	45,5	1343,1	205,3	87,7	219,9	189,5	4,3	0,0	28,1	0,2	97,1	2,6	3034,9
Архангельская область	60,0	36,2	41,5	212,8	66,6	158,9	469,4	52,4	113,5	1496,9	267,7	151,2	407,9	155,9	4,9	0,0	56,0	0,0	196,9	2,5	3948,7
Иркутская область	36,7	16,4	24,7	168,4	51,9	115,2	274,8	43,2	40,6	974,3	141,3	106,7	237,0	133,9	1,5	0,0	29,7	0,0	72,4	4,2	2472,9
Калининградская область	113,2	16,1	9,2	61,6	52,8	83,1	172,7	30,6	38,7	563,8	146,3	73,9	146,0	57,1	3,6	0,0	15,4	0,0	77,0	12,2	1671,3
Кемеровская область	36,4	10,1	15,1	111,1	70,3	101,5	253,2	42,7	46,7	768,0	98,5	88,6	227,5	69,0	10,6	0,0	31,0	0,0	133,0	6,6	2114,7
Красноярский край	42,7	12,3	19,4	123,8	57,2	75,2	265,8	47,3	83,8	895,1	76,4	85,3	228,0	68,8	1,6	0,0	25,4	18,2	148,6	3,7	2278,7
Курганская область	57,9	20,7	227,1	82,8		132,3	325,2	29,1	84,3	1157,1	227,7	126,1	283,4	113,6	7,1	0,0	7,6	80,9	191,8		3177,5
Мурманская область	57,6	25,3	19,9	176,0	82,7	129,8	341,2	48,6	32,5	1098,7	130,2	188,1	315,8	157,7	0,9	0,0	21,2	64,0	134,7	5,4	3030,4
Ненецкий АО	70,5	13,5	17,0	114,6	99,3	77,0	505,9	64,0	24,7	1322,6	107,5	107,5	426,0	104,6	4,1	0,0	37,0	0,0	141,6	5,9	3243,2
Новгородская область	40,9	8,9	10,7	81,7	71,9	51,0	116,6	34,5	26,5	798,9	53,7	111,3	107,7	78,6	7,2	0,0	25,4	11,7	132,4	3,7	1773,1
Новосибирская область	71,7	12,9	11,0	81,4	107,9	93,3	223,5	42,4	28,4	1000,7	76,8	79,7	157,8	61,5	6,5	0,0	18,0	0,0	165,0	2,5	2237,5
Омская область	41,2	7,4	18,6	82,9	52,6	108,7	199,2	48,2	53,1	802,1	140,7	78,2	121,5	73,8	5,2	0,0	24,5	12,3	133,9	2,0	2003,4
Псковская область	94,2	17,7	31,0	127,9	104,0	179,6	365,3	54,3	43,5	1895,6	166,5	177,0	212,5	139,3	2,6	0,0	34,6	6,6	206,7		3862,3
Республика Алтай	58,2	13,7	31,9	145,5	38,6	99,1	292,3	55,9	34,5	688,7	165,7	124,2	178,6	56,1	4,5	0,0	15,0	0,1	78,6	0,8	2081,8
Республика Карелия	166,1	51,2	30,5	211,8	76,8	243,6	455,6	84,5	80,9	1871,4	187,2	184,2	425,1	179,1	5,7	0,0	136,0	59,3	294,0	5,0	4745,1
Республика Коми	58,5	23,9	20,6	121,3	61,1	149,8	353,9	57,9	54,8	1401,6	107,7	184,2	238,1	159,2	13,6	0,0	31,1	0,0	227,0	22,3	3272,4
Республика Тыва	79,1	2,2	30,5	224,1	24,2	22,6	90,8	58,4	2,5	409,6	64,8	65,1	18,7	26,3	4,9	0,0	10,1		97,2	0,4	1231,6
Республика Хакасия	32,0	9,5	16,2	84,1	45,7	81,9	135,2	29,3	24,7	662,6	88,6	90,3	100,4	40,9	11,0	0,0	16,9	37,1	170,2	2,5	1673,3
Санкт-Петербург	69,8	36,8	20,8	193,7	81,3	224,1	453,8	73,1	94,6	1322,6	197,7	219,8	577,1	196,3	2,7	0,0	45,9	0,0	247,0	11,1	4066,7
Свердловская область	42,6	10,4	22,4	146,6	65,9	134,6	272,9	54,1	44,9	1027,4	201,4	79,3	182,2	127,9	2,1	0,0	20,5	0,0	121,3	4,4	2561,5
Томская область	52,3	12,0	25,6	142,1	59,3	112,4	218,2	45,9	42,0	764,3	258,7	96,7	186,7	71,6	3,1	0,0	16,8	33,4	78,9	8,4	2228,5
Тюменская область	37,7	9,7	28,0	73,9	67,9	104,1	240,7	39,0	54,8	885,6	96,8	75,5	121,2	77,3	3,1	0,0	17,3	0,0	97,8	5,8	2036,0
ХМАО	39,7	12,7	19,2	116,6	34,0	115,6	217,7	35,3	45,5	976,4	130,7	109,2	148,0	92,4	2,0	0,0	20,1	0,0	151,3	13,9	2280,4
Челябинская область	38,9	12,8	15,3	98,2	50,2	86,5	148,9	41,0	49,9	815,5	147,8	94,6	143,9	94,2	373,0	0,0	28,5	0,1	180,9	2,8	2053,1
ЯНАО	68,0	19,9	48,8	229,7	86,9	229,3	525,2	63,4	80,9	1481,4	167,3	176,6	339,3	169,1	1,2	0,0	41,8	0,0	218,7	19,6	3967,3
Общий итог	59,7	17,1	31,2	134,6	65,8	124,2	288,0	48,9	50,9	1057,0	146,1	118,4	230,0	107,7	19,5	0,0	30,2	13,5	151,8	6,4	2681,9
Итог (%)	2,2%	0,6%	1,2%	5,0%	2,5%	4,6%	###	1,8%	1,9%	39,4%	5,4%	4,4%	8,6%	4,0%	0,7%	0,0%	1,1%	0,5%	5,7%	0,2%	100,0

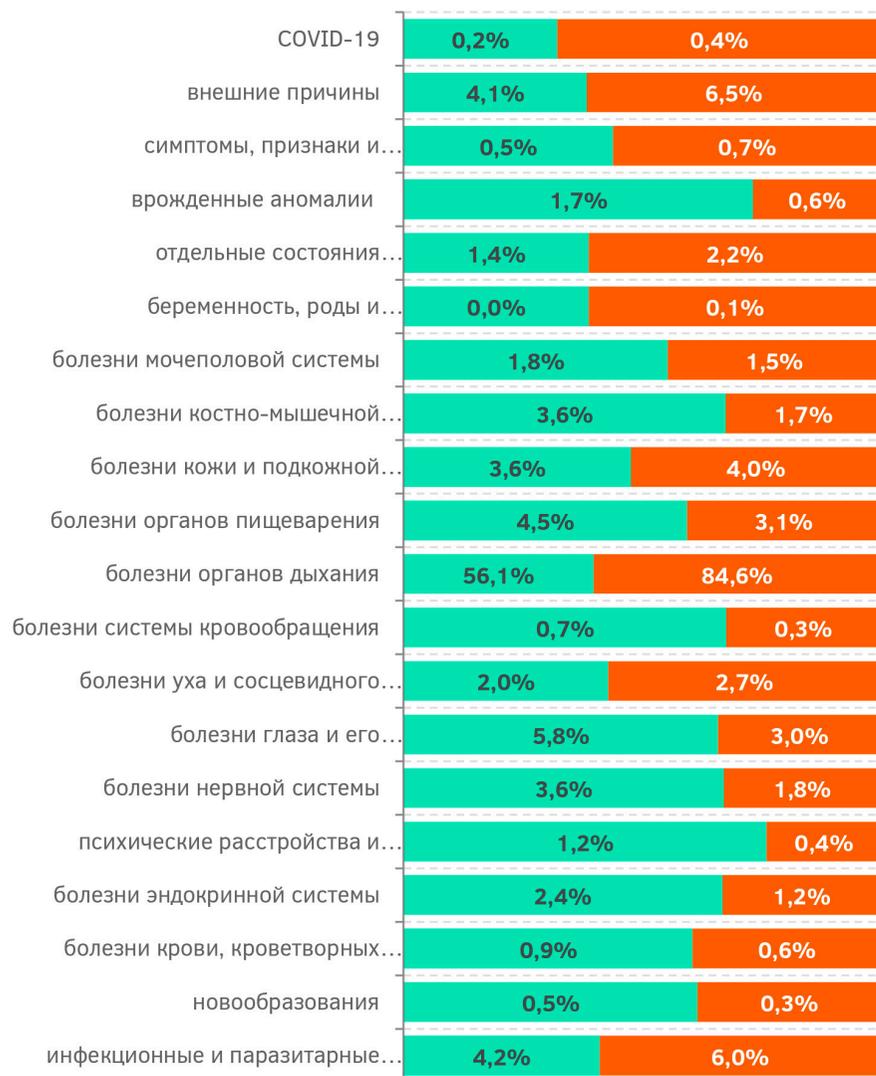
ТАБЛИЦА 4. СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ 0-14 ЛЕТ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РФ

Регион РФ	инфекционные и паразитарные болезни	новообразования	болезни крови, кровяных органов	болезни эндокринной системы	психические расстройства и	болезни нервной системы	болезни глаза и его придаточного аппарата	болезни уха и сосцевидного отростка	болезни системы кровообращения	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	болезни кожи и подкожной клетчатки	болезни костно-мышечной системы и	болезни мочеполовой системы	беременность, роды и послеродовой период	отдельные состояния перинатального	врожденные аномалии	симптомы, признаки и отклонения от нормы	Внешние причины	COVID-19	Всего
Алтайский край	46,4	3,5	7,9	13,8	10,3	31,7	34,6	35,2	2,5	1606,1	36,8	48,3	19,2	19,8	0,0	7,4	7,8	0,2	77,2	1,5	2009,8
Архангельская область	142,7	11,7	14,4	33,2	9,1	35,0	74,8	53,6	17,3	1798,9	137,4	90,9	60,1	39,2	0,1	517,1	23,7	0,0	163,3	3,1	2732,3
Иркутская область	66,5	6,5	10,9	26,6	6,9	30,8	59,5	40,8	4,7	1504,0	56,1	49,5	38,0	31,9	0,0	8,1	12,7	0,0	53,2	3,7	2010,4
Калининградская область	121,1	11,7	6,3	12,0	1,8	27,8	47,9	34,1	5,9	1073,2	53,1	66,3	39,2	22,0	0,0	102,9	14,1	0,0	57,1	8,0	1606,5
Кемеровская область	78,3	3,9	8,7	17,1	5,5	37,1	43,4	47,0	6,8	1043,0	33,8	53,5	31,2	23,8	0,1	15,3	13,8	0,0	113,2	5,3	1580,9
Красноярский край	63,7	5,4	7,5	23,7	5,8	27,9	51,2	41,2	13,2	1130,0	42,6	61,2	37,3	22,3	0,0	7,5	6,6	19,4	102,8	4,1	1673,5
Курганская область	75,2	1,5	9,2	27,2	6,2	17,4	62,8	37,2	3,1	1995,7	40,6	57,4	37,2	17,1	0,0	9,0	4,7	61,3	137,4	1,8	2601,9
Мурманская область	131,2	10,0	6,0	33,0	6,1	43,4	73,7	55,9	5,1	1528,7	57,6	85,4	39,4	43,0	0,0	9,9	6,0	62,7	106,7	5,3	2309,2
Ненецкий АО	240,6	6,9	15,2	24,5	15,1	30,6	117,4	55,9	3,3	2346,4	124,8	96,1	61,1	38,7	0,0	5,2	16,6	0,0	99,8	7,1	3305,7
Новгородская область	64,7	4,4	3,6	10,3	3,6	16,5	12,6	28,1	2,6	1275,6	6,6	28,0	13,1	4,9	0,0	5,5	7,7	7,9	89,9	4,1	1589,4
Новосибирская область	78,3	3,9	3,6	9,3	8,8	22,1	46,6	43,2	3,0	1200,9	22,4	31,5	18,0	14,4	0,0	25,1	5,7	0,0	129,8	1,6	1668,1
Омская область	57,0	2,0	10,0	13,2	4,9	32,7	33,7	32,9	7,7	957,4	43,5	43,5	16,4	17,6	0,0	9,6	12,1	10,9	112,6	2,2	1423,0
Псковская область	49,1	3,9	5,5	9,1	3,5	14,8	20,3	27,4	1,6	1187,3	12,8	57,4	13,7	19,1	0,0	20,9	7,2	11,0	72,1	1,9	1538,5
Республика Алтай	68,3	4,4	16,3	21,7	2,1	24,3	49,1	33,5	2,0	1176,5	70,8	91,0	21,2	17,2	0,0	9,1	4,4	0,2	68,1	1,7	1687,3
Республика Карелия	359,5	11,4	13,7	30,1	5,1	61,4	104,2	97,9	9,5	2386,9	93,9	119,8	56,7	52,7	0,0	13,5	26,6	58,6	193,4	3,5	3698,6
Республика Коми	126,4	6,5	10,4	11,5	7,6	23,1	47,6	44,2	5,5	2010,8	33,0	120,4	20,6	28,1	0,0	29,2	7,7	0,0	177,7	7,7	2718,1
Республика Тыва	41,2	0,2	7,9	23,1	2,4	11,9	25,8	30,3	0,7	568,2	26,4	44,6	3,9	9,2		29,0	4,2	0,0	60,6	0,8	890,5
Республика Хакасия	67,7	2,7	8,6	19,7	5,4	43,0	24,7	27,7	1,7	1206,0	19,7	71,3	17,0	16,3	0,2	4,9	5,9	28,0	155,4	3,8	1729,7
Санкт-Петербург	134,4	14,4	4,8	27,0	7,4	57,8	83,3	87,3	9,4	1460,9	84,9	116,1	70,8	46,4	0,0	14,6	13,5	0,0	172,4	8,5	2414,0
Свердловская область	95,0	3,3	14,3	28,6	10,9	38,7	63,7	49,4	5,4	1465,0	65,9	49,5	30,7	23,2	0,0	19,1	5,8	0,0	88,9	4,5	2061,1
Томская область	97,0	6,1	12,3	25,7	7,9	27,3	50,3	52,7	5,2	1266,0	99,1	59,4	29,2	19,4	0,0	6,1	10,2	34,1	58,6	4,6	1871,4
Тюменская область	47,7	2,3	12,9	6,9	7,2	11,0	31,7	36,9	3,8	1197,9	23,4	35,9	9,5	11,3	0,0	13,3	2,0	0,0	46,6	49,8	1505,0
ХМАО	83,3	3,5	5,8	10,0	4,8	19,6	20,2	42,5	3,2	1279,0	30,5	66,9	13,1	20,8	0,0	8,2	9,5	0,0	123,2	12,9	1757,2
Челябинская область	85,7	5,9	11,0	31,4	6,7	35,4	35,5	44,6	7,1	1346,7	43,1	65,7	27,1	22,0	30,0	14,9	18,2	0,0	155,3	3,7	1960,1
ЯНАО	125,8	4,1	11,3	18,4	10,9	26,8	53,5	65,7	2,6	1975,6	49,2	93,1	18,8	39,4	0,0	18,6	12,8	0,0	154,0	15,3	2695,8
Общий итог	101,9	5,6	9,5	20,3	6,6	29,9	50,7	45,8	5,3	1439,5	52,3	68,1	29,7	24,8	1,3	37,0	10,4	11,8	110,8	6,7	2041,5
Итог (%)	6,0%	0,3%	0,6%	1,2%	0,4%	1,8%	3,0%	2,7%	0,3%	84,6%	3,1%	4,0%	1,7%	1,5%	0,1%	2,2%	0,6%	0,7%	6,5%	0,4%	100,0

ТАБЛИЦА 5. СТРУКТУРА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ 15-17 ЛЕТ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РФ

Регион РФ	инфекционные и паразитарные болезни	новообразования	болезни крови, кроветворных органов	болезни эндокринной системы	психические расстройства и расстройства поведения	болезни нервной системы	болезни глаза и его придаточного аппарата	болезни уха и сосцевидного отростка	болезни системы кровообращения	болезни органов дыхания	болезни органов пищеварения	болезни кожи и подкожной клетчатки	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	болезни мочеполовой системы	беременность, роды и послеродовой период	отдельные состояния перинатального периода	врожденные аномалии	симптомы, признаки и отклонения от нормы	Внешние причины	COVID-19	Всего
Алтайский край	21,7	4,9	6,7	31,5	8,4	62,5	56,4	37,9	9,4	1263,7	55,9	64,8	58,0	86,7	2,1	0,0	4,7	0,2	97,1	2,6	1875,1
Архангельская область	52,9	16,4	21,6	60,3	12,5	64,5	65,1	42,3	32,4	1419,4	113,2	96,7	104,1	85,9	4,2	0,0	5,3	0,0	196,9	2,5	2394,0
Иркутская область	26,7	6,9	11,6	61,4	5,9	45,7	70,6	34,5	15,6	890,2	46,4	63,5	77,3	79,8	1,2	0,0	5,0	0,0	72,4	4,2	1519,0
Калининградская область	80,1	10,2	4,0	20,4	3,9	30,3	39,7	24,4	17,3	492,2	34,7	43,5	62,5	33,7	3,4	0,0	2,2	0,0	77,0	12,2	990,0
Кемеровская область	26,6	3,9	7,1	27,2	8,9	28,7	48,0	32,6	16,7	701,4	35,3	51,0	68,9	40,3	10,3	0,0	2,2	0,0	133,0	6,6	1243,3
Красноярский край	36,5	6,1	8,4	37,9	5,3	27,9	76,8	38,7	30,1	845,0	38,6	60,8	73,3	40,1	1,2	0,0	2,5	17,2	148,6	3,7	1498,4
Курганская область	55,3	3,5	10,4	79,6	12,1	43,3	84,2	25,0	16,3	1117,3	85,5	87,5	100,6	54,5	3,1	0,0	0,9	73,7	191,8	3,3	2047,9
Мурманская область	43,5	10,7	8,9	44,6	11,3	44,3	67,5	40,6	13,4	1033,2	50,9	99,9	75,1	103,8	0,6	0,0	2,6	49,9	134,7	5,4	1840,9
Ненецкий АО	63,4	9,9	9,9	39,4	17,0	45,8	132,2	59,9	8,8	1283,2	74,0	98,1	235,6	80,5	4,1	0,0	11,7	0,0	141,6	5,9	2321,4
Новгородская область	28,2	4,7	4,5	30,3	12,2	12,3	34,9	29,5	7,5	739,7	11,4	41,2	30,1	47,6	5,1	0,0	3,0	10,9	132,4	3,7	1189,3
Новосибирская область	53,9	6,0	5,4	23,8	8,1	26,3	78,3	34,7	9,4	912,3	24,0	49,4	51,3	31,0	5,3	0,0	0,1	0,0	165,0	2,5	1484,1
Омская область	32,7	2,1	9,3	26,7	5,9	33,2	52,5	34,1	19,9	747,8	47,0	55,2	31,0	34,7	4,9	0,0	18,6	6,7	133,9	2,0	1278,8
#ЗНАЧ!	69,7	4,1	13,8	35,5	10,9	67,7	63,7	46,5	13,1	1798,7	44,5	135,4	63,7	82,0	1,5	0,0	4,7	0,0	206,7	3,4	2672,2
Республика Алтай	44,0	4,4	18,5	48,5	4,3	23,8	98,0	41,3	9,7	641,9	75,1	95,9	72,0	30,9	4,5	0,0	1,2	0,1	78,6	0,8	1293,3
Республика Карелия	87,9	20,7	17,3	56,1	9,1	90,1	82,2	73,7	25,3	1771,8	76,1	132,1	133,3	102,3	5,2	0,0	7,5	52,9	294,0	5,0	3039,9
Республика Коми	42,2	9,9	9,3	17,8	10,0	23,8	34,2	39,8	11,1	1297,1	23,0	140,0	34,5	89,0	11,8	0,0	2,6	0,0	228,6	8,3	2026,9
Республика Тыва	72,0	0,6	26,8	96,5	4,7	12,7	76,3	54,3	2,0	401,8	51,1	55,8	10,2	21,3	4,9	0,0	2,6		97,2	0,4	991,2
Республика Хакасия	29,2	4,1	6,8	30,5	5,5	39,9	36,8	24,0	5,9	612,6	19,0	76,9	38,2	26,9	8,7	0,0	3,0	36,7	170,2	2,5	1172,9
Санкт-Петербург	62,5	18,8	10,2	58,5	15,1	67,3	90,8	60,7	30,8	1152,0	87,6	151,4	138,3	93,5	2,3	0,0	5,4	0,0	247,0	11,1	2301,9
Свердловская область	33,5	3,7	11,7	51,9	11,5	44,6	94,4	44,5	18,1	961,4	107,0	47,7	62,8	62,0	1,4	0,0	3,1	0,0	121,3	4,4	1685,0
Томская область	44,4	5,5	13,3	41,2	7,1	50,5	59,1	37,8	15,8	689,3	185,5	72,8	62,6	39,0	2,6	0,0	3,9	30,1	78,9	8,4	1448,0
Тюменская область	28,0	3,0	7,0	15,6	12,4	17,9	50,2	28,9	14,2	794,9	30,1	31,2	22,3	35,3	3,1	0,0	2,0	0,0	97,8	5,8	1199,7
ХМАО	28,6	3,9	6,1	20,1	6,7	21,4	26,1	23,3	8,6	902,2	35,9	64,0	29,8	38,4	1,5	0,0	1,7	0,0	151,3	13,9	1383,4
Челябинская область	32,7	6,9	7,6	29,4	7,4	32,7	39,9	28,8	17,5	747,6	53,6	70,3	40,5	45,4	330,0	0,0	1,4	0,1	180,9	2,8	1348,0
ЯНАО	57,7	5,5	23,5	37,5	15,7	49,3	95,6	51,1	10,9	1426,6	58,1	106,9	47,4	82,4	1,0	0,0	4,6	0,0	218,7	19,6	2312,0
Общий итог	46,2	7,1	11,2	40,9	9,3	40,3	66,1	39,6	15,2	985,7	58,5	79,7	68,9	58,7	17,0	0,0	4,1	11,6	151,8	5,6	1702,3
Итог (%)	2,7%	0,4%	0,7%	2,4%	0,5%	2,4%	3,9%	2,3%	0,9%	57,9%	3,4%	4,7%	4,0%	3,4%	1,0%	0,0%	0,2%	0,7%	8,9%	0,3%	100,0

ГРАФИК 1. ДОЛИ ОСНОВНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЕЗНЕЙ В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0-14 ЛЕТ



■ Общая заболеваемость ■ Первичная заболеваемость

ГРАФИК 1. ДОЛИ ОСНОВНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЕЗНЕЙ В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНОЙ И ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 15-17 ЛЕТ



■ Общая заболеваемость ■ Первичная заболеваемость

Выводы по анализу

АНАЛИЗ ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ 0 ДО 14 ЛЕТ И В ВОЗРАСТЕ ОТ 15 ДО 17 ЛЕТ (ТАБЛИЦЫ 1,2) ВЫЯВИЛ СЛЕДУЮЩИЕ ОСОБЕННОСТИ:

За три года 2022-2024 отмечаются стабильные показатели первичной заболеваемости приблизительно 210 заболевших детей на 100 детей в возрасте от 0 до 14 лет и 175 заболевших детей на 100 детей в возрасте 15-17 лет. Общая заболеваемость в этот период времени показывает рост с 245 до 330 детей с хронической патологией на 100 детей в возрасте 0-14 лет и с 235 до 270 в возрасте 15-17 лет.

Анализ долей различных диагнозов в объеме первичной и общей заболеваемости приведен в представленном графике и таблицах. При оценке вклада в общий объем первичной заболеваемости различных нозологических групп в 2024 году стабильно высокий вес имеет группа болезней органов дыхания – в группе 0-14 лет – 85%, в группе 15-17 лет – 58%. Общая заболеваемость показывает похожие тенденции, но доля поражения органов дыхания здесь ниже – 0-14 – 56%, 15-17 лет – 40%. *Остальные группы патологий не превышают 7% в общем объеме при первичной заболеваемости и 10% при общей заболеваемости.*

В группе детей от 0 до 14 лет при первичной заболеваемости после заболеваний органов дыхания следуют внешние причины (6,5%), инфекционные заболевания (6,0%), болезни кожи и подкожной клетчатки (4,0%), как проявления острых патологий. При общей заболеваемости после поражения органов дыхания следуют – болезни глаза (5,8%), болезни органов пищеварения (4,5%), инфекционные заболевания (4,2%).

В возрастной группе 15-17 лет при первичной заболеваемости после заболеваний органов дыхания следуют с большим отрывом внешние причины (8,9%), а также болезни кожи и подкожной клетчатки (4,7%), болезни глаз (3,9%). Общая заболеваемость – на втором месте болезни глаз (10,7%), болезни костно-мышечной системы (8,6%) внешние причины (5,7%) и болезни органов пищеварения (5,4%)

В сравнении первичной заболеваемости между возрастными группами обращает внимание в 1,5-2 раза более высокая заболеваемость среди подростков от 15 до 17 лет в сравнении с детьми от 0 до 14 лет среди болезней эндокринной системы, болезней костно-мышечной системы и мочеполовой системы и болезней от воздействия внешних причин. Дети в возрасте от 0 до 14 лет имеют большую заболеваемость от инфекционных болезней, болезней уха, врожденных аномалий.

Выводы по анализу

При анализе заболеваемости в 2024 году в курируемых регионах Российской Федерации можно отметить разброс значений как первичной, так и общей заболеваемости.

Первичная заболеваемость варьирует у детей от 0 до 14 лет от 89 заболевших на 100 детей (Республика Тыва) до 369 на 100 (Республика Карелия), у подростков 15-17 лет от 99 заболевших в Республике Тыва до 300 детей в Республике Карелия.

Можно отметить что более высокие цифры заболеваемости характерны для регионов с большим количеством населения и более компактных по территории. Более 200 заболевших на 100 детей отмечено в 11 регионах (из которых 7 в СЗФО) в групп от 0 до 14 лет и в 8 регионах в группе подростков (5 в СЗФО).

Общая заболеваемость имеет более высокие цифры, но такую же вариабельность как и первичная заболеваемость, достигая цифр в 470 больных детей на 100 в Республике Карелия.

Значения более 300 больных на 100 детей отмечаются в группе от 0 до 14 лет в 7 регионах (5 в СЗФО, а таже Курганская и Ямало-Ненецкая области). В группе подростков – 9 регионов (7 в СЗФО, также Курганская и Ямало-Ненецкие области).

Наименьшие цифры общей заболеваемости (менее 200 больных на 100 детей), отмечаются в группе 0-14 лет в Республике Тыва, Омской области, Тюменской области, Новгородской области.

У подростков такие показатели наблюдаются в меньшем количестве регионов – *Республика Тыва, Республика Хакасия, Новгородская область.*



Анализ младенческой и детской смертности в курируемых регионах Российской Федерации

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Младенческая смертность в Российской Федерации в 2025 году стабильно снизилась с 4,1‰ в декабре 2024 года до 3,4‰ в октябре 2025 года. Курируемые регионы демонстрируют аналогичную динамику, снижение показателя с 4,2‰ до 3,8‰ (-9,5%).

В большинстве федеральных округов отмечено уменьшение младенческой смертности, однако имеются исключения:

- Уральский федеральный округ — стабильное снижение, за исключением Челябинской области (+0,7‰);
- Сибирский федеральный округ — рост показателя в Новосибирской области (+0,7‰) и Алтайском крае (+0,3‰);
- Северо-Западный федеральный округ — увеличение младенческой смертности в семи регионах из десяти.

Согласно оценкам достижения целей Минздрава России на 2025 год, существует риск невыполнения показателя младенческой смертности в девяти регионах (*Калининградская, Мурманская, Новгородская, Псковская области, Республики Карелия, Коми, Ненецкий автономный округ, Новосибирская и Томская области*). Однако число таких регионов уменьшилось с 13 в 2024 году.

Ниже отметки в 3,0‰ находятся пять регионов (*Ленинградская область, Республика Алтай, Республика Хакасия, Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа*), тогда как в 2024 году их было два.

Несмотря на общее снижение ранних неонатальных потерь, в отдельных регионах наблюдается повышение мертворождения (Архангельская, Калининградская области, Санкт-Петербург, Омская и Новосибирская области), хотя общий показатель уменьшается с 5,9‰ в 2023 году до 5,3‰ в 2025 г.

Неонатальные периоды характеризуются снижением смертности:

- ранняя неонатальная смертность отражает качество маршрутизации и предгравидарной подготовки,
- поздняя — качество диагностики и лечения врожденных патологий и инфекций.

Количество регионов с показателем ранней неонатальной смертности ниже 1,0‰ возросло с 7 до 14.

Наблюдается рост постнеонатальной смертности (с 1,9‰ до 2,2‰), что связано с качеством медицинской помощи на амбулаторном и стационарном этапах.

Количество спасенных жизней заметно выросло: если в ноябре 2024 года оно составляло всего семь, то в октябре 2025 г. достигло 229.

Лишь восемь регионов продемонстрировали отрицательную динамику по этому показателю (-27 детей), но даже в регионе с повышением младенческой смертности (Мурманская область) сохраняется положительный баланс (+1 ребенок).

ТАБЛИЦА 1. КОЛИЧЕСТВО СОХРАНЕННЫХ ЖИЗНЕЙ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РФ В СРАВНЕНИИ С АНОЛОГИЧНЫМИ ПЕРИОДАМИ 2024-2025 ГГ.

Округ	Курируемые регионы Российской Федерации	Умершие, январь-октябрь 2024	Умершие, январь-октябрь 2025	Сохраненные жизни, абс.	Разница, %
СЗФО	Архангельская область	23	17	6	▽-26,1%
СЗФО	Вологодская область	43	21	22	▽-51,2%
СЗФО	Калининградская область	18	23	-5	▲+27,8%
СЗФО	Ленинградская область	37	28	9	▽-24,3%
СЗФО	Мурманская область	20	19	1	▽-5,0%
СЗФО	Ненецкий авт.округ	1	3	-2	▲+200,0%
СЗФО	Новгородская область	17	18	-1	▲+5,9%
СЗФО	Псковская область	11	12	-1	▲+9,1%
СЗФО	Республика Карелия	13	16	-3	▲+23,1%
СЗФО	Республика Коми	19	23	-4	▲+21,1%
СЗФО	Санкт-Петербург	163	141	22	▽-13,5%
СФО	Алтайский край	47	41	6	▽-12,8%
СФО	Иркутская область	106	70	36	▽-34,0%
СФО	Кемеровская область	80	40	40	▽-50,0%
СФО	Красноярский край	89	74	15	▽-16,9%
СФО	Новосибирская область	91	96	-5	▲+5,5%
СФО	Омская область	48	40	8	▽-16,7%
СФО	Республика Алтай	12	4	8	▽-66,7%
СФО	Республика Тыва	34	16	18	▽-52,9%
СФО	Республика Хакасия	14	10	4	▽-28,6%
СФО	Томская область	26	25	1	▽-3,8%
УФО	Курганская область	30	21	9	▽-30,0%
УФО	Свердловская область	120	105	15	▽-12,5%
УФО	Тюменская область	43	42	1	▽-2,3%
УФО	Ханты-Мансийский авт.округ-Югра	61	34	27	▽-44,3%
УФО	Челябинская область	76	83	-7	▲+9,2%
УФО	Ямало-Ненецкий авт.округ	20	11	9	▽-45,0%
	Всего	1262	1033	229	▽-18,1%

ТАБЛИЦА 2. ДИНАМИКА МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В АНАЛОГИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ 2024 И 2025 ГОДОВ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РФ

Округ	Курируемые регионы Российской Федерации	Младенческая смертность, январь-октябрь 2024	Младенческая смертность, январь-октябрь 2025	Разница, промилле
СЗФО	Архангельская область	3,8	3,3	▽-0,5
СЗФО	Вологодская область	6,0	3,0	▽-3,0
СЗФО	Калининградская область	2,9	3,8	▲+0,9
СЗФО	Ленинградская область	3,7	2,4	▽-1,3
СЗФО	Мурманская область	4,5	5,1	▲+0,6
СЗФО	Ненецкий авт.округ	2,4	10,3	▲+7,9
СЗФО	Новгородская область	5,3	6,2	▲+0,9
СЗФО	Псковская область	3,3	4,3	▲+1,0
СЗФО	Республика Карелия	3,7	5,0	▲+1,3
СЗФО	Республика Коми	3,7	5,0	▲+1,3
СЗФО	Санкт-Петербург	4,1	3,6	▽-0,5
СФО	Алтайский край	3,5	3,8	▲+0,3
СФО	Иркутская область	5,6	3,9	▽-1,7
СФО	Кемеровская область	5,3	3,1	▽-2,2
СФО	Красноярский край	4,2	4,1	▽-0,1
СФО	Новосибирская область	4,3	5,0	▲+0,7
СФО	Омская область	3,9	3,3	▽-0,6
СФО	Республика Алтай	5,5	2,5	▽-3,0
СФО	Республика Тыва	7,3	3,9	▽-3,4
СФО	Республика Хакасия	3,5	2,8	▽-0,7
СФО	Томская область	4,0	4,7	▲+0,7
УФО	Курганская область	6,2	4,6	▽-1,6
УФО	Свердловская область	3,8	3,7	▽-0,1
УФО	Тюменская область	3,5	3,4	▽-0,1
УФО	Ханты-Мансийский авт.округ-Югра	3,9	2,5	▽-1,4
УФО	Челябинская область	3,1	3,8	▲+0,7
УФО	Ямало-Ненецкий авт.округ	3,6	2,3	▽-1,3
	Всего	4,2	3,8	▽-0,4

ТАБЛИЦА 3. ДИНАМИКА МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В АНАЛОГИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ 2024 И 2025 ГОДОВ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РФ

Округ	Курируемые регионы Российской Федерации	Родившиеся, январь-октябрь 2024	Родившиеся, январь-октябрь 2025	Разница, абс.	Разница, %
СЗФО	Архангельская область	5829	5155	674	▼-11,6%
СЗФО	Вологодская область	6975	6567	408	▼-5,8%
СЗФО	Калининградская область	6325	5996	329	▼-5,2%
СЗФО	Ленинградская область	9824	9318	506	▼-5,2%
СЗФО	Мурманская область	4298	3752	546	▼-12,7%
СЗФО	Ненецкий авт.округ	388	292	96	▼-24,7%
СЗФО	Новгородская область	3158	2924	234	▼-7,4%
СЗФО	Псковская область	3315	2779	536	▼-16,2%
СЗФО	Республика Карелия	3412	3193	219	▼-6,4%
СЗФО	Республика Коми	4981	4560	421	▼-8,5%
СЗФО	Санкт-Петербург	39632	39137	495	▼-1,2%
СФО	Алтайский край	13051	10697	2354	▼-18,0%
СФО	Иркутская область	18810	17805	1005	▼-5,3%
СФО	Кемеровская область	14645	12978	1667	▼-11,4%
СФО	Красноярский край	20902	18015	2887	▼-13,8%
СФО	Новосибирская область	20854	19260	1594	▼-7,6%
СФО	Омская область	11912	11119	793	▼-6,7%
СФО	Республика Алтай	2057	1575	482	▼-23,4%
СФО	Республика Тыва	4547	4152	395	▼-8,7%
СФО	Республика Хакасия	3895	3541	354	▼-9,1%
СФО	Томская область	6375	5370	1005	▼-15,8%
УФО	Курганская область	4684	4170	514	▼-11,0%
УФО	Свердловская область	31304	28287	3017	▼-9,6%
УФО	Тюменская область	14305	14020	285	▼-2,0%
УФО	Ханты-Мансийский авт.округ-Югра	15756	13485	2271	▼-14,4%
УФО	Челябинская область	24493	21612	2881	▼-11,8%
УФО	Ямало-Ненецкий авт.округ	5518	4885	633	▼-11,5%
	Всего	301245	274644	26601	▼-8,8%

ТАБЛИЦА 4. ПОКАЗАТЕЛИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В 2024 Г. И В ПЕРИОД ЯНВАРЬ-ОКТАБРЬ 2025 Г. В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РФ В СРАВНЕНИИ С ЦЕЛЕВЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ МИНЗДРАВА РОССИИ

Округ	Курируемые регионы Российской Федерации	Младенческая смертность, январь-декабрь, 2024	Целевой показатель на 2024 год	Разница с целевым показателем, 2024	Младенческая смертность, январь-октябрь, 2025	Целевой на 2025 год (МЗ РФ)	Разница с целевым показателем, 2025
СЗФО	Архангельская область	4,5	4,9	▽-8,6%	3,3	3,7	▽-10,9%
СЗФО	Вологодская область	5,8	5,0	▲+16,6%	3,0	5,0	▽-39,1%
СЗФО	Калининградская область	3,7	3,5	▲+7,0%	3,8	3,8	▲+0,9%
СЗФО	Ленинградская область	3,4	3,5	▽-3,5%	2,4	3,9	▽-39,5%
СЗФО	Мурманская область	4,1	4,7	▽-12,5%	5,1	3,7	▲+36,9%
СЗФО	Ненецкий автономный округ	4,1	4,5	▽-7,8%	10,3	4,5	▲+128,3%
СЗФО	Новгородская область	4,5	4,0	▲+13,1%	6,2	3,9	▲+57,8%
СЗФО	Псковская область	4,3	4,5	▽-4,0%	4,3	4,0	▲+8,0%
СЗФО	Республика Карелия	4,0	5,0	▽-20,3%	5,0	4,5	▲+11,4%
СЗФО	Республика Коми	3,9	4,0	▽-3,3%	5,0	3,8	▲+32,7%
СЗФО	Санкт-Петербург	4,1	3,5	▲+17,0%	3,6	4,5	▽-19,9%
СФО	Алтайский край	3,8	4,8	▽-19,9%	3,8	4,0	▽-4,2%
СФО	Иркутская область	5,8	5,8	▽-0,3%	3,9	4,7	▽-16,4%
СФО	Кемеровская область	5,8	4,5	▲+29,2%	3,1	4,7	▽-34,4%
СФО	Красноярский край	4,5	4,7	▽-4,3%	4,1	4,8	▽-14,4%
СФО	Новосибирская область	4,3	3,8	▲+13,0%	5,0	4,0	▲+24,6%
СФО	Омская область	4,2	5,5	▽-23,6%	3,3	4,2	▽-20,8%
СФО	Республика Алтай	5,4	7,8	▽-31,4%	2,5	6,2	▽-59,0%
СФО	Республика Тыва	6,9	6,6	▲+4,7%	3,9	5,3	▽-27,3%
СФО	Республика Хакасия	3,1	4,4	▽-29,9%	2,8	4,5	▽-37,2%
СФО	Томская область	4,2	3,4	▲+24,1%	4,7	4,2	▲+10,8%
УФО	Курганская область	6,4	4,3	▲+47,8%	4,6	4,9	▽-7,0%
УФО	Свердловская область	4,0	4,0	▲+0,8%	3,7	4,1	▽-9,5%
УФО	Тюменская область	3,5	3,2	▲+8,4%	3,4	3,7	▽-7,5%
УФО	Ханты-Мансийский АО-Югра	3,9	3,7	▲+5,3%	2,5	3,3	▽-23,6%
УФО	Челябинская область	3,1	5,0	▽-37,1%	3,8	4,2	▽-8,6%
УФО	Ямало-Ненецкий АО	3,5	4,6	▽-24,8%	2,3	4,1	▽-45,1%

ТАБЛИЦА 5. ОТДЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНО ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ МЛАДЕНЧЕСКУЮ СМЕРТНОСТЬ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2023-2025 ГГ.

Округ	Курируемые регионы Российской Федерации	Мертворожденность				Ранняя неонатальная смертность				Поздняя неонатальная смертность				Постнеонатальная смертность			
		2023	2024	2025		2023	2024	2025		2023	2024	2025		2023	2024	2025	
СЗФО	Архангельская область	4,9	6,7	7,4	↗	0,9	0,4	0,2	↘	0,0	0,0	1,4	↗	0,0	0,0	1,4	↗
СЗФО	Вологодская область	0,0		6,8		1,5		1,1		1,3		1,1		2,7		1,1	
СЗФО	Калининградская область	4,7	5,1	5,7	↗	1,1	1,4	1,0	↗	1,1	0,0	0,8	↘	1,5	1,4	3,0	↗
СЗФО	Ленинградская область		6,3	3,9	↘		0,0	2,1	↗		0,0	0,1	↗		0,0	0,5	↗
СЗФО	Мурманская область	24,0	7,4	7,0	↘	2,5	2,7	1,6	↘	0,3	0,3	1,0	↗	1,9	2,1	1,6	↘
СЗФО	Ненецкий автономный округ	1,0	7,3	16,7	↗	1,0	0,0	4,2	↘	0,0	0,0	0,0	↔	1,0	0,0	4,2	↘
СЗФО	Новгородская область	5,2	8,7	6,5	↗	1,5	0,8	1,6	↘	0,7	1,2	0,4	↗	0,7	4,0	3,3	↗
СЗФО	Псковская область	0,0	6,7	0,0	↗	1,5	0,0	0,0	↘	0,0	0,3	0,0	↗	2,2	1,1	0,3	↘
СЗФО	Республика Карелия	4,6	3,6	5,3	↘	1,4	0,7	2,3	↘	0,3	1,1	0,0	↗	1,0	2,9	2,7	↗
СЗФО	Республика Коми	7,0	3,6	5,1	↘	2,2	1,5	1,5	↘	0,5	0,5	1,0	↗	1,9	2,3	2,4	↗
СЗФО	Санкт-Петербург	7,6	6,1	7,1	↘	1,0	1,3	0,9	↗	1,2	1,0	1,0	↘	1,8	1,9	1,4	↘
СФО	Алтайский край	5,6	5,3	4,4	↘	1,2	1,0	0,6	↘	0,9	1,3	0,4	↗	2,3	1,4	1,8	↘
СФО	Иркутская область	4,2	4,6	4,3	↗	1,3	1,4	0,9	↘	0,8	1,1	0,8	↗	2,7	2,7	2,6	↘
СФО	Кемеровская область	5,4	7,0		↗	1,0	1,4		↗	0,7	1,5		↗	1,8	2,9		↗
СФО	Красноярский край	6,4	5,7	3,9	↘	1,5	1,4	2,0	↘	0,9	1,9	2,6	↗	2,6	2,6	2,2	↘
СФО	Новосибирская область	6,3	5,9	6,3	↘	1,9	0,9	1,1	↘	1,1	1,1	1,6	↗	1,3	2,5	2,6	↗
СФО	Омская область	6,1	5,8	6,6	↘	1,2	1,3	1,5	↗	1,0	0,6	0,9	↘	2,0	1,4	1,5	↘
СФО	Республика Алтай	11,7	8,7	10,0	↘	2,3	0,0	1,4	↘	1,7	2,6	0,0	↗	2,3	1,9	3,6	↗
СФО	Республика Тыва	5,6	6,0		↗	2,1	0,6	0,3	↘	3,1	1,9	0,3	↘	3,6	5,6	2,7	↗
СФО	Республика Хакасия	5,5	3,2	2,0	↘	0,3	0,0	0,0	↘	1,0	0,6	0,7	↘	3,8	3,2	2,4	↘
СФО	Томская область					0,6	0,8	0,9	↗	0,7	1,8	1,1	↗	0,9	2,4	2,6	↗
УФО	Курганская область	10,5	6,7	4,1	↘	1,6	1,0	0,9	↘	1,0	1,6	0,6	↗	2,3	2,2	2,9	↘
УФО	Свердловская область	6,4	7,0	5,9	↗	1,6	0,9	1,1	↘	0,8	0,3	0,7	↘	1,7	2,1	2,0	↗
УФО	Тюменская область	5,7	5,0	3,7	↘	0,7	0,4	0,9	↘	1,4	0,5	1,0	↘	2,1	1,4	2,5	↘
УФО	Ханты-Мансийский автономный округ	4,1	3,9	3,4	↘	0,9	0,3	0,9	↘	0,5	1,0	0,9	↗	1,1	2,8	1,2	↗
УФО	Челябинская область	5,7	6,2	6,7	↗	1,1	0,4	0,8	↘	0,8	1,0	1,1	↗	2,2	1,9	2,4	↘
Общий итог		5,9	5,7	5,3	↘	1,4	0,8	1,2	↘	0,9	0,9	0,8	↗	1,9	2,1	2,2	↗



ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ 0-17 ЛЕТ

Детская смертность 0-17 лет является дополнительным показателем в Национальном проекте «Здравоохранение».

На конец октября 2025 года показатель детской смертности от 0 до 17 лет был выше уровня аналогичного показателя детской смертности 2024 года среди курируемых регионов у 10 субъектов РФ. В прошлом году подобное сравнение показывало 11 регионов в сравнении с 2023 годом.

На показатель детской смертности от 0 до 17 лет большое влияние имеет как младенческая смертность, так и смертность от внешних причин. В связи с этим стабильное снижение этого показателя связано чаще со снижением младенческой смертности и улучшением качества ведения хронических больных. К сожалению, внешние причины не связаны с медицинской помощью и требуют межведомственного подхода для организации мероприятий по их стабильному снижению. Поэтому количество потерь связанное с внешними причинами, является стабильным фактором и имеет статистически не значимые колебания.

**ТАБЛИЦА 6. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ
В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ЯНВАРЕ- ОКТЯБРЕ 2024-2025 ГГ.**

Округ	Курируемые регионы Российской Федерации	2024 год	2025 год	Разница, %	Умершие 2024	Умершие 2025	Разница, абс.	Разница, %
СЗФО	Архангельская область	34,5	35,9	▲+4,1%	60	58	-2	▽-3,3%
СЗФО	Вологодская область		37,0		89	75	-14	▽-15,7%
СЗФО	Калининградская область	30,2	39,2	▲+29,8%	57	68	11	▲+19,3%
СЗФО	Ленинградская область		26,8		88	74	-14	▽-15,9%
СЗФО	Мурманская область	32,4	30,5	▽-5,9%	40	36	-4	▽-10,0%
СЗФО	Ненецкий автономный округ	52,6	44,7	▽-15,0%	5	4	-1	▽-20,0%
СЗФО	Новгородская область	28,9	42,9	▲+48,4%	33	41	8	▲+24,2%
СЗФО	Псковская область	45,8	33,0	▽-27,9%	48	30	-18	▽-37,5%
СЗФО	Республика Карелия	35,5	49,9	▲+40,6%	34	43	9	▲+26,5%
СЗФО	Республика Коми	35,4	46,8	▲+32,4%	53	60	7	▲+13,2%
СЗФО	Санкт-Петербург	43,6	39,0	▽-10,4%	287	249	-38	▽-13,2%
СФО	Алтайский край	38,5	37,8	▽-1,8%	166	148	-18	▽-10,8%
СФО	Иркутская область	51,5	47,0	▽-8,7%	255	228	-27	▽-10,6%
СФО	Кемеровская область	44,1	34,6	▽-21,5%	217	157	-60	▽-27,6%
СФО	Красноярский край	39,3	41,3	▲+5,1%	225	224	-1	▽-0,4%
СФО	Новосибирская область	49,7	44,8	▽-9,9%	270	230	-40	▽-14,8%
СФО	Омская область	35,3	32,6	▽-7,6%	127	110	-17	▽-13,4%
СФО	Республика Алтай	62,9	52,2	▽-17,0%	36	28	-8	▽-22,2%
СФО	Республика Тыва	63,7	80,0	▲+25,6%	80	85	5	▲+6,3%
СФО	Республика Хакасия	47,5	46,6	▽-1,9%	52	50	-2	▽-3,8%
СФО	Томская область	32,2	34,5	▲+7,1%	64	64	0	0
УФО	Курганская область	40,4	39,8	▽-1,5%	62	56	-6	▽-9,7%
УФО	Свердловская область	40,5	38,3	▽-5,4%	333	305	-28	▽-8,4%
УФО	Тюменская область	35,7	45,6	▲+27,7%	115	153	38	▲+33,0%
УФО	Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	34,7	24,1	▽-30,5%	110	92	-18	▽-16,4%
УФО	Челябинская область	36,2	37,5	▲+3,6%	254	237	-17	▽-6,7%
УФО	Ямало-Ненецкий автономный округ		28,7		34	33	-1	▽-2,9%

ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ 0-4 ЛЕТ

Детская смертность 0-4 года является дополнительным показателем в Национальном проекте «Здравоохранение» 2019-2024 гг. С 2025 года показатель не входит в оценку национальных проектов.

При сравнении показателя детской смертности у детей от 0 до 4 лет – в динамике в сравнении с 2024 годом – 8 регионов имеют отрицательную динамику (*Калининградская область, Мурманская область, Ненецкий автономный округ, Новгородская область, Республика Карелия, Омская и Тюменская области*).

Обращает внимание, что высокие показатели детской смертности 0-4 года, корректируют с данными постнеонатальной смертности у детей 1 года жизни, что обобщает процесс анализа и принятия мер по снижению смертности в этих возрастных периодах.

Также следует отметить, что степень снижения показателя детской смертности от 0 до 4 лет включительно происходит значительно медленнее, чем показателя младенческой смертности.

Основными проблемами детей в этой возрастной группе являются:

1. смерти на дому,
2. недооценка тяжести состояния ребенка на амбулаторном этапе и в стационарах 1 и 2 уровней,
3. проблемы маршрутизации детей в регионах (частое отсутствие консультирования, только эвакуация),
4. нарушения клинических рекомендаций особенно на 1 и 2 уровнях оказания медицинской помощи,
5. недостаточное качество ведения детей с высокими группами риска, либо недоношенных на амбулаторном этапе.

**ТАБЛИЦА 7. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ 0 ДО 4 ЛЕТ
В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ЯНВАРЕ- ОКТЯБРЕ 2024-2025 ГГ.**

Округ	Курируемые регионы Российской Федерации	2024 год	2025 год	Разница, %	Умершие 2024	Умершие 2025	Разница, абс.	Разница, %
СЗФО	Архангельская область	4,8	4,4	▽-8,3%	25	20	-5	▽-20,0%
СЗФО	Вологодская область	5,9	4,5	▽-23,7%	47	27	-20	▽-42,6%
СЗФО	Калининградская область	3,5	4,1	▲+17,1%	21	30	9	▲+42,9%
СЗФО	Ленинградская область	4,3	3,9	▽-9,3%	39	31	-8	▽-20,5%
СЗФО	Мурманская область	5,8	6,2	▲+7,6%	21	23	2	▲+9,5%
СЗФО	Ненецкий автономный округ	3,4	11,4	▲+235,3%	1	3	2	▲+200,0%
СЗФО	Новгородская область	6,7	7,0	▲+4,5%	20	20	0	0
СЗФО	Псковская область	5,7	5,6	▽-1,8%	19	15	-4	▽-21,1%
СЗФО	Республика Карелия	5,3	5,5	▲+3,8%	17	17	0	0
СЗФО	Республика Коми	6,2	5,7	▽-8,4%	28	22	-6	▽-21,4%
СЗФО	Санкт-Петербург	5,4	4,5	▽-16,7%	139	121	-18	▽-12,9%
СФО	Алтайский край	5,3	4,2	▽-21,4%	64	48	-16	▽-25,0%
СФО	Иркутская область	6,9	5,1	▽-26,1%	113	60	-53	▽-46,9%
СФО	Кемеровская область	6,7	н/д		98	н/д		
СФО	Красноярский край	5,9	5,7	▽-3,4%	110	91	-19	▽-17,3%
СФО	Новосибирская область	6,6	6,5	▽-1,5%	124	116	-8	▽-6,5%
СФО	Омская область	4,3	5,4	▲+25,6%	51	55	4	▲+7,8%
СФО	Республика Алтай	7,0	6,9	▽-1,4%	12	11	-1	▽-8,3%
СФО	Республика Тыва	11,1	7,0	▽-36,9%	45	27	-18	▽-40,0%
СФО	Республика Хакасия	5,9	6,1	▲+3,4%	22	30	8	▲+36,4%
СФО	Томская область	5,8	5,4	▽-6,9%	33	27	-6	▽-18,2%
СФО	Курганская область	5,9	5,4	▽-8,5%	25	24	-1	▽-4,0%
УФО	Свердловская область	4,1	3,9	▽-4,9%	146	141	-5	▽-3,4%
УФО	Тюменская область	3,1	4,8	▲+54,8%	43	68	25	▲+58,1%
УФО	Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	4,9	4,7	▽-4,1%	54	48	-6	▽-11,1%
УФО	Челябинская область	4,4	4,4	▽-1,1%	96	95	-1	▽-1,0%
УФО	Ямало-Ненецкая область	3,6	3	▽-16,7%	24	12	-12	▽-50,0%

ТАБЛИЦА 8. КОЛИЧЕСТВО ДЕТЕЙ УМЕРШИХ ОТ ВНЕШНИХ ПРИЧИН В 2025 Г. В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РФ, И ИХ ДОЛЯ (%) СРЕДИ УМЕРШИХ ДЕТЕЙ 0-17 ЛЕТ ЖИЗНИ В СРАВНЕНИИ С 2024 Г.

Названия строк	Умершие дети 0-17 лет в 2025 году	Умершие от внешних причин в 2025 году	Доля внешних причин, %		Доля внешних причин в 2024 году, %
Алтайский край	142	57	40,1%	-	39,6%
Архангельская область	46	18	39,1%	-	34,8%
Вологодская область	72	34	47,2%	-	28,1%
Иркутская область	115	39	33,9%	-	41,0%
Калининградская область	68	19	27,9%	-	22,4%
Кемеровская область	92	43	46,7%	-	34,3%
Красноярский Край	167	60	35,9%	-	34,7%
Курганская область	56	21	37,5%	-	33,8%
Ленинградская область	70	30	42,9%	-	33,3%
Мурманская область	37	11	29,7%	-	19,5%
Ненецкий автономный округ	5	2	40,0%	-	40,0%
Новгородская область	34	14	41,2%	-	28,6%
Новосибирская область	213	61	28,6%	-	29,2%
Омская область	108	39	36,1%	-	26,1%
Республика Алтай	22	9	40,9%	-	60,0%
Республика Карелия	31	11	35,5%	-	28,9%
Республика Коми	41	15	36,6%	-	28,6%
Республика Тыва	70	40	57,1%	-	43,4%
Республика Хакасия	84	36	42,9%	-	40,4%
Санкт-Петербург	230	50	21,7%	-	24,3%
Свердловская область	314	111	35,4%	-	31,2%
Томская область	49	20	40,8%	-	18,6%
Тюменская область	116	36	31,0%	-	33,1%
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	77	18	23,4%	-	23,5%
Челябинская область	192	64	33,3%	-	30,0%
Ямало-Ненецкий автономный округ	18	6	33,3%	-	20,6%
Общий итог	2497	868	34,8%	-	31,8%

**СПИСОК СТАЦИОНАРНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПОСЕЩЕННЫХ
В ТЕЧЕНИЕ АУДИТА В 2025 ГОДУ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ**

№	Субъект РФ	Медицинские учреждения
1.	Алтайский край	КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (стационар, перинатальный центр), КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр» ДАР. КБУЗ «Городская детская больница, г. Бийск» (стационар и поликлиника). КБУЗ «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи № 2», детское инфекционное отделение. КГБУЗ «Родильный дом №2». КБУЗ «Городская детская больница №1», поликлиника №2.
2.	Архангельская область	ГБУЗ АО «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова» - стационар, консультативная поликлиника. Перинатальный центр ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница». ГБУЗ АО «Северодвинская городская детская клиническая больница» - стационар, детская поликлиника №5. ГБУЗ АО «Северодвинская городская клиническая больница №2 скорой медицинской помощи» стационар.
3.	Вологодская область	БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница №2»; БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 3»; БУЗ ВО «Вологодская областная больница №3» (родильный дом); БУЗ ВО «Вологодская областная детская клиническая больница»; БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника №4»; БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница» (перинатальный центр); БУЗ ВО «Сокольская ЦРБ».
4.	Иркутская область	ГБУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница» (стационар, консультативно-диагностический центр); ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница»; ОГБУЗ «Иркутский городской перинатальный центр им. Малиновского М.С.»; ГБУЗ «Иркутская Областная клиническая больница» (Областной перинатальный центр); ОГБУЗ ИО «Иркутская районная больница» (детская поликлиника).
5.	Калининградская область	ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области», ГБУЗ КО «Балтийская центральная городская больница» (стационар и поликлиника). ГБУЗ КО «Городская детская поликлиника», г. Калининград.
6.	Кемеровская область	ГАУЗ «Кузбасская областная детская клиническая больница имени Ю.А. Атаманова» (стационар, родильный дом, КДП, детская поликлиника №1); ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница имени С.В. Беляева», Областной Перинатальный центр; ГАУЗ «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1», Перинатальный центр; ГБУЗ «Кузбасская детская клиническая больница имени профессора Ю.Е. Малаховского»; ГБУЗ «Кузбасская клиническая инфекционная больница»
7.	Красноярский Край	КГБУЗ Красноярский краевой центр охраны материнства и детства №1, г. Красноярск (стационар и перинатальный центр). КГБУЗ Красноярская городская детская поликлиника №1. КГБУЗ Красноярская межрайонная детская клиническая больница №5 (детская поликлиника №3). КГБУЗ Канская межрайонная детская больница

8.	Курганская область	ГБУ Курганский областной перинатальный центр ГБУЗ КО «Областная детская клиническая больница им. Красного Креста» стационар ГБУЗ КО «Областная детская клиническая больница им. Красного Креста» консультативно-диагностический центр ГБУ «Шадринская центральная районная больница», детское отделение. ГБУ "Шадринская городская больница", детская поликлиника ГБУ «Курганская детская поликлиника» ГБУ «Курганская областная специализированная инфекционная больница»
9.	Ленинградская область	ГБУЗ ЛО «Киришская межрайонная больница» (стационар, детская поликлиника). ГБУЗ «Ленинградский областной перинатальный центр». ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница» (стационар, КДЦ).
10.	Мурманская область	ГОБУЗ «Мурманская областная детская клиническая больница» (стационар, включая инфекционные отделения; амбулаторные подразделения) ГОБУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр» (Перинатальный центр, родильный дом) ГОБУЗ Мурманская городская детская поликлиника №1 ГОБУЗ «Кольская ЦРБ» (поликлиника)
11.	Ненецкий АО	ГБУЗ НАО «Ненецкая окружная больница имени Р.И. Батмановой» Стационар ГОБУЗ НАО «Ненецкая окружная больница имени Р.И. Батмановой» Детская поликлиника ГБУЗ НАО «Центральная районная поликлиника» Заполярного района Ненецкого автономного округа
12.	Новгородская область	ГОБУЗ «Маловишерская ЦРБ» детская поликлиника, стационар ГОБУЗ «Областная детская клиническая больница» ГОБУЗ «Новгородская областная клиническая инфекционная больница»
13.	Новосибирская область	ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Областной перинатальный центр, детский стационар, детский консультативно-диагностический центр); ГБУЗ НСО «Городская детская клиническая больница №1»; ГБУЗ НСО «Детская клиническая больница скорой медицинской помощи»; ГБУЗ НСО «Новосибирский городской клинический перинатальный центр»; ГБУЗ НСО «Родильный дом №6»; ГБУЗ НСО «Городская поликлиника № 20» (детское отделение); ГБУЗ НСО «Городская клиническая поликлиника №29» (детское отделение).
14.	Омская область	БУЗОО «Городская детская клиническая больница № 3». БУЗОО «Областная детская клиническая больница». БУЗОО «Городская детская клиническая больница №2 имени В.П. Бисяриной» (стационар, детская поликлиника). БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр». БУЗОО «Областная клиническая больница» (перинатальный центр).
15.	Псковская область	ГБУЗ ПО «Псковская межрайонная больница», детская поликлиника. ГБУЗ ПО «Детская областная клиническая больница». ГБУЗ ПО «Псковская детская городская поликлиника». ГБУЗ ПО «Псковский клинический перинатальный центр». ГБУЗ ПО «Областная клиническая инфекционная больница». Врачебная амбулатория д. Писковичи.
16.	Республика Алтай	БУЗ Республики Алтай «Перинатальный Центр». БУЗ Республики Алтай «Чемальская районная больница». БУЗ Республики Алтай «Республиканская Больница». БУЗ Республики Алтай «Майминская районная больница».

17.	Республика Карелия	ГБУЗ РК «Детская республиканская больница им. И.Н. Григovichа» (стационар), ГБУЗ РК «Республиканский перинатальный центр им. К.А. Гуткина», ГБУЗ РК «Республиканская инфекционная больница» ГБУЗ РК «Городская детская поликлиника №2», ГБУЗ Республики Карелия «Межрайонная больница № 1» г. Костомукша стационар и детская поликлиника).
18.	Республика Коми	ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» стационар; ГБУЗ РК «Клинический кардиологический диспансер» ГБУЗ РК «Коми республиканский клинический перинатальный центр» ГБУЗ РК «Усть-Вымская центральная районная больница» стационар, поликлиника; ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3».
19.	Республика Тыва	ГБУЗ РТ «Перинатальный Центр РТ». ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница». ГБУЗ РТ «Улуг-Хемский ММЦ». ГБУЗ РТ «Инфекционная больница».
20.	Республика Хакасия	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканская детская клиническая больница» Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Черногорская межрайонная детская больница» Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия "Республиканский клинический перинатальный центр" Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Хакасия «Республиканская клиническая инфекционная больница»
21.	Санкт-Петербург	СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический центр высоких медицинских технологий им. К. А. Раухфуса», стационар, консультативно диагностический центр. СПб ГБУЗ «Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф. Филатова» (стационар, КДЦ). СПб ГБУЗ «Детская инфекционная больница №3». СПб ГБУЗ «Городской перинатальный центр №1». СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий», стационар. СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №17».
22.	Свердловская область	ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница», г. Екатеринбург ГАУЗ СО «ОДКБ» ДКДЦ. ГАУЗ СО «Областной перинатальный центр». ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр». ГАУЗ СО «ДГКБ №9», г. Екатеринбург. Детская поликлиника №1 при ГАУЗ СО «ДГБ №9 г. Екатеринбург» ГБУЗ СО «Детская городская клиническая больница г. Асбест», поликлиника
23.	Томская область	Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная детская больница». Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская больница №1». Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Детская городская больница №2». Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская инфекционная больница имени Г.Е. Сибирцева». Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «областной перинатальный центр им. И.Д.Евтушенко». Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Кожевниковская районная больница».

24.	Тюменская область	<p>ГАУЗ ТО «Областная клиническая больница №1» г.Тюмень стационар и КДЦ;</p> <p>ГАУЗ ТО «Областная клиническая больница №2» г.Тюмень;</p> <p>ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №5» г.Тюмень;</p> <p>ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень;</p> <p>ГАУЗ ТО «Областная больница №13»», г. Исецкое, поликлиника;</p> <p>ГБУЗ ТО «Областная клиническая инфекционная больница» г.Тюмень.</p>
25.	Ханты-Мансийский АО	<p>БУ ХМАО-Югры «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства».</p> <p>БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника № 4».</p> <p>БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница».</p> <p>БУ ХМАО-Югры «Окружная клиническая больница» (г. Ханты-Мансийск).</p>
26.	Челябинская область	<p>ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница» (стационар, консультативно-диагностический центр),</p> <p>ГБУЗ Областной перинатальный центр</p> <p>ГАУЗ ДГКБ №8</p> <p>ГАУЗ ГКБ №9 (детские отделения)</p> <p>ГАУЗ «Центр охраны материнства и детства г. Магнитогорск». (перинатальный центр, детские отделения поликлиники №3 и №4)</p> <p>ГБУЗ ДГКБ №7 детская поликлиника</p>
27.	Ямало-Ненецкий АО	<p>ГБУЗ Ямало-Ненецкого автономного округа «Новоуренгойская центральная городская больница» стационар, поликлиника;</p> <p>ГБУЗ Ямало-Ненецкого автономного округа «Ноябрьская ЦГБ» стационар, поликлиника.</p>
28.	Запорожская область	<p>Строительная площадка Областной детской больницы г.Мелитополь.</p> <p>ГБУЗ Приморская ЦРБ.</p> <p>ГБУЗ Бердянская межрайонная поликлиника.</p> <p>ГБУЗ Бердянская ЦРБ.</p> <p>ГБУЗ Куйбышевская ЦРБ.</p> <p>ГБУЗ Васильевская ЦРБ.</p> <p>ГБУЗ Токмакская ЦРБ.</p> <p>ГБУЗ Днепрорудненская ЦРБ.</p> <p>ГБУЗ «Мелитопольская областная больница».</p> <p>ГБУЗ «Мелитопольский областной перинатальный центр».</p>
29.	Херсонская область	<p>ГБУЗ ХО «Скадовская центральная районная больница».</p> <p>ГБУЗ ХО «Геническая центральная районная больница».</p>

ЧАСТОТА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ НА 100 ТЫС. ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ НА СОМАТИЧЕСКИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ КОЙКИ ПО ПРОФИЛЯМ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2024 ГОДУ

Округ	Регион РФ	Педиатрия	Инфекционные болезни	Аллергология и иммунология	Гастроэнтерология	Гематология	Дерматология	Кардиология (детская)	Неврология	Нефрология	Пульмонология	Ревматология	Эндокринология (детская)
СЗФО	Архангельская область	37,4	29,3	0,0	0,0	0,1	0,1	1,9	2,7	1,4	0,5	0,5	1,2
СЗФО	Вологодская область	33,1	23,0	1,0	0,7	1,8	0,9	1,6	3,4	1,3	4,0	1,0	2,7
СЗФО	Калининградская область	23,9	25,0	0,7	5,2	1,4	1,6	2,4	5,0	1,5	1,4	1,2	3,7
СЗФО	Ленинградская область	41,8	23,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	3,6	0,0	0,0
СЗФО	Мурманская область	25,0	34,4	2,9	3,5	1,3	0,5	1,7	5,9	4,6	0,0	3,6	2,1
СЗФО	Новгородская область	47,3	23,8	4,1	0,0	2,3	0,0	2,6	8,2	2,5	1,9	0,8	2,7
СЗФО	Псковская область	57,1	33,8	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	12,9	0,0	0,0	0,0	0,0
СЗФО	Республика Карелия	35,0	21,6	6,0	3,2	0,0	0,5	7,3	8,0	1,3	2,9	0,5	5,4
СЗФО	Республика Коми	59,5	40,2	5,3	1,6	0,4	0,3	4,3	7,8	2,5	0,6	0,0	0,0
СЗФО	Санкт-Петербург	9,8	37,0	5,0	3,7	0,1	4,8	2,5	6,6	3,0	1,8	4,9	3,8
	СЗФО	37,0	29,2	2,5	1,8	0,7	0,9	2,4	6,5	1,8	1,7	1,3	2,2
СФО	Алтайский край	43,9	19,9	0,4	2,4	0,3	4,1	0,7	4,1	3,3	2,6	1,6	1,5
СФО	Иркутская область	51,0	38,9	0,8	1,9	0,3	0,1	1,2	4,9	4,2	3,5	1,6	2,0
СФО	Кемеровская область	41,3	31,4	0,3	1,7	0,5	0,7	4,1	6,6	1,8	2,7	0,0	3,3
СФО	Красноярский край	23,6	13,5	0,0	0,3	0,2	0,3	0,9	2,2	0,6	0,0	0,5	0,9
СФО	Новосибирская область	44,1	47,8	1,8	2,0	0,4	1,0	1,7	4,5	2,6	4,0	1,6	2,3
СФО	Омская область	40,4	28,9	2,5	3,0	0,4	0,0	2,1	6,5	4,9	3,2	2,1	3,9
СФО	Республика Тыва	120,7	71,0	1,4	2,5	3,0	3,0	2,3	7,4	2,5	5,1	1,9	1,2
СФО	Республика Хакасия	65,8	34,2	0,0	0,0	1,6	1,2	0,2	3,1	0,0	0,3	3,1	1,2
СФО	Томская область	49,4	24,3	2,5	5,8	2,7	0,3	5,5	4,3	2,4	1,1	2,2	3,3
	СФО	53,4	34,4	1,1	2,2	1,0	1,2	2,1	4,8	2,5	2,5	1,6	2,2
УФО	Курганская область	37,8	14,7	0,8	1,1	1,1	0,0	0,8	4,7	1,6	3,1	7,1	1,6
УФО	Свердловская область	10,6	1,6	0,7	2,0	1,3	25,7	5,4	1,1	41,1	8,8	1,2	0,4
УФО	Тюменская область	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
УФО	Ханты-Мансийский АО	27,4	15,8	0,5	0,3	0,5	0,6	1,2	4,5	0,8	0,7	1,7	1,3
УФО	Челябинская область	49,9	24,2	2,4	3,8	0,5	1,3	2,1	6,5	2,8	1,1	2,1	2,4
УФО	Ямало-Ненецкий АО	58,7	63,7	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0
	УФО	30,8	20,0	0,7	1,2	0,6	4,7	1,7	3,0	7,7	2,3	2,0	0,9
	Всего	41,4	28,9	1,6	1,8	0,8	1,9	2,1	5,1	3,5	2,1	1,6	1,9

РАБОТА ПЕДИАТРИЧЕСКИХ, ИНФЕКЦИОННЫХ И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ КОЕК В 2024 ГОДУ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РФ

Округ	Регион	Педиатрические					Инфекционные					Специализированные				
		Средне-годовые койки	Средне-годовая занятость койки	Среднее фактическое пребывание в стационаре	Оборот койки	Умерло	Средне-годовые койки	Средне-годовая занятость койки	Среднее фактическое пребывание в стационаре	Оборот койки	Умерло	Средне-годовые койки	Средне-годовая занятость койки	Среднее фактическое пребывание в стационаре	Оборот койки	Умерло
СЗФО	Архангельская область	345	282,7	13,0	21,2	0	137	278,7	7,9	35,0	0	171	264,3	13,4	21,1	10
	Вологодская область	391	253,3	7,0	35,6	2	165	116,3	5,4	21,3	0	336	262,2	11,8	28,7	2
	Калининградская область	127	302,0	8,0	37,9	2	131	263,4	6,8	38,7	1	287	309,3	13,3	28,2	13
	Ленинградская область	574	258,7	7,5	34,8	14	178	233,0	5,8	40,1	5	239	291,0	22,2	19,7	18
	Мурманская область	132	300,1	9,8	29,9	2	98	208,4	5,1	40,5	1	169	284,8	12,7	28,4	4
	Ненецкий автономный округ	22	253,0	5,9	42,2	0	9	387,3	6,4	60,3	0					
	Новгородская область	180	319,5	8,9	36,1	3	70	290,3	7,6	38,5	0	149	275,9	13,3	26,0	3
	Псковская область	199	263,3	8,4	31,0	0	106	228,6	6,5	34,5	0	105	250,3	18,6	18,4	0
	Республика Карелия	94	316,9	8,5	37,4	1	82	169,9	6,4	26,6	3	201	290,2	10,8	29,9	4
	Республика Коми	349	215,5	8,2	26,0	0	139	218,5	5,3	40,5	0	287	191,7	12,0	20,2	24
Санкт-Петербург	507	271,9	10,3	22,2	0	918	245,1	6,5	37,8	1	1778	367,9	14,7	31,8	23	
СФО	Алтайский Край	707	308,1	8,7	35,2	7	243	280,3	5,3	52,9	3	534	307,5	13,3	26,6	45
	Иркутская область	868	276,5	8,3	33,2	15	561	235,1	6,0	39,1	12	602	307,6	13,4	26,9	25
	Кемеровская область - Кузбасс	684	304,6	8,1	37,5	17	400	299,0	7,1	42,2	4	802	316,5	16,8	26,4	4
	Красноярский Край	821	298,2	8,5	33,7	9	308	300,2	6,9	43,2	2	480	282,4	13,7	25,4	16
	Новосибирская область	700	322,0	8,6	37,3	14	600	308,8	6,5	47,1	0	594	320,6	13,0	33,3	15
	Омская область	582	275,6	8,7	31,5	3	238	259,7	5,4	48,1	0	706	281,6	15,2	25,1	0
	Республика Алтай	106	254,4	8,6	30,5	6	41	178,0	5,3	32,6	0	70	242,4	21,3	21,8	17
	Республика Тыва	340	231,7	7,8	29,8	8	157	220,1	5,8	37,8	1	184	245,7	13,0	20,0	5
	Республика Хакасия	163	310,5	6,5	47,8	1	77	299,0	5,6	53,1	0	87	306,1	27,5	41,7	1
Томская область	341	315,9	8,9	34,5	0	92	288,5	7,6	37,7	0	335	307,7	12,6	27,0	7	
УФО	Курганская область	181	317,1	8,0	38,6	9	68	346,9	10,3	34,4	1	200	298,4	12,5	29,9	5
	Тюменская область	509	341,4	6,5	52,5	8	160	336,8	5,3	63,1	0	275	335,7	12,8	45,4	11
	Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	413	322,0	8,1	37,7	1	122	303,7	5,3	56,6	0	291	324,5	13,2	33,7	33
	Челябинская область	1058	305,9	8,8	33,9	11	445	249,8	6,4	38,5	3	1143	296,6	14,0	24,6	2
	Ямало-Ненецкий автономный округ	358	247,3	7,1	34,9	8	183	298,6	6,6	45,2	0	87	250,1	18,7	18,6	1
Общий итог		414	287,2	8,3	34,7	141	220	263,2	6,4	41,7	37	404,5	288,4	15,0	27,2	288

ОЦЕНКА РАБОТЫ КОЕЧНОГО ФОНДА КРУГЛОСУТОЧНЫХ СТАЦИОНАРОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В 2024 ГОДУ В КУРИРУЕМЫХ СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Показатель работы педиатрической койки в 2016 – 2018 годах в РФ составлял – все детские койки (включая специализированные) 51,9 и 49,3 коек на 10 000 детского населения, соответственно, а педиатрические койки – 17,8 и 16,9 коек на 10 000 детского населения, соответственно. В течение последних 10 лет идет активный процесс снижения количества детских коек в регионах с заменой круглосуточного стационарного лечения на дневные стационары и амбулаторную помощь. Среднее количество педиатрических коек на 10 000 детского населения в курируемых субъектах РФ составило 13,0 коек.

Педиатрическая койка представлена на всех уровнях оказания медицинской помощи детям. Однако, в большей степени она представлена на 1 и 2 уровнях и ее общая работа характеризует именно эти уровни. Учитывая региональные особенности два субъекта РФ из курируемых регионов имеют кардинальные особенности, не позволяющие их рассматривать в общей группе – это *Ненецкий автономный округ (29 коек – единственные педиатрические койки в «Ненецкой окружной больнице имени Р.И. Батмановой» и город Санкт-Петербург, где практически отсутствуют медицинские организации 2 и 1 уровня.*

При оценке работы педиатрической койки в курируемых регионах РФ в 2024 году отмечается широкий разброс количества коек на 10 000 детского населения в разных субъектах РФ от 27,8 коек (*Ямало-Ненецкий автономный округ и Республика Тыва*) до 6,8 коек (*Калининградская область*).

Среднегодовая работа койки также сильно варьирует от 230,2 (Республика Тыва) до 325,7 (Ханты-Мансийский автономный округ). Если в 2023 году ни один регион не показал нормативные уровни среднегодовой работы педиатрической койки в 332 койко-дня (Приказ N 555н от 17 мая 2012 года) и только 8 регионов превысили в работе 300 койко-дней в году, то в 2024 году на фоне оптимизации коечного фонда 4 региона показали работу педиатрической койки выше 330 (*Новгородская область, Новосибирская область, Ханты-Мансийский автономный округ и Тюменская область*), а 13 регионов имеют более 300 дней работы койки в году. Остальные показали результаты ниже – средний койко-день в курируемых регионах составил 287 дней у педиатрической койки, 263 у инфекционной и 288 у детской специализированной койки.

Следует отметить, что низкие показатели работы педиатрической койки коррелируют с большим количеством коек на 10 000 детского населения в субъекте РФ. При превышении 15 коек на 10 000 детского населения работа койки была стабильно ниже 280, доходя до 220-240 койко-дней при 25-28 койках. Количество коек от 9 до 15 на 10 000 детского населения показали достаточно хорошую среднегодовую работу от 285 до 325 койко-дней.

Особенности специализированной помощи в курируемых регионах показана на через количество госпитализаций на 100 тыс. детского населения (таблица). Можно отметить большую долю госпитализаций на койки квалифицированной медицинской помощи – педиатрическую и инфекционную. Количество специализированных коек сильно варьирует в различных регионах РФ, при этом в ряде регионов отсутствуют койки по определенным профилям.

Анализ всех этих данных позволяет сохранить выводы прошлого года:

1. Работа педиатрической койки на 1 и 2 уровнях оказания медицинской помощи требует оптимизации, возможного укрупнения в межрайонных медицинских организациях. Необходимо рассмотреть вопрос о необходимости выделении социальных коек на детских отделениях.

2. Требуется анализа профицит инфекционных коек для детей в низкой среднегодовой загруженностью.

3. Руководству медицинских учреждений 3 уровня необходимо проанализировать наличие, потребность и качество работы специализированных детских коек.

- Обращает внимание в ряде регионов низкая среднегодовая занятость этих коек (*Республика Коми, Республика Тыва, Республика Алтай, Омская область*).
- В ряде регионов отсутствуют специализированные детские койки по целому ряду профилей (*Тюменская область, Ямало-Ненецкий автономный округ, Архангельская область, Псковская область, Красноярский край*), что вызывает вопросы по доступности и качеству оказания помощи в регионе.

ВЫВОДЫ

- Качество оказания медицинской помощи в субъектах РФ по профилю «педиатрия» (с позиции стандартизации ее оказания в РФ) значительно варьирует в курируемых регионах РФ.
- Избыточный объем коечного фонда формирует представление о существовании кадрового дефицита.
- Низкие показатели работы койки требуют переоценки объемов коечного фонда по профилю «педиатрия» в территориальной программе регионов на следующие годы.



Выводы по анализу

ОСНОВНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ ПОВЫШЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ И ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

Проблемы организации сети медицинских организаций по профилю

- Избыточный объем коечного фонда (может формировать представление о существовании кадрового дефицита).
- Низкие показатели работы койки по профилю «акушерство и гинекология», «неонатология», «педиатрия».
- Недостаточно эффективна функция «якорных» организаций в системе организации помощи в регионе.

Нарушения маршрутизации пациентов

- Высокие показатели младенческой смертности на 1 и 2 уровне оказания медицинской помощи, что свидетельствует либо о недостаточном качестве маршрутизации в регионе, как беременных со степенями риска, так и новорожденных, либо о недооценке тяжести состояния детей с задержкой их перегоспитализации на 3 уровень
- Высокая доля смерти детей 1 года жизни в раннем неонатальном периоде (может свидетельствовать о несоблюдении клинических рекомендаций и протоколов, либо о недостаточном оснащении медицинских организаций и неподготовленности персонала)
- Высокая доля детей, умерших от врожденных пороков развития (может свидетельствовать о низкой пренатальной выявляемости, врожденных пороках плода, отсутствии возможности оказания помощи в учреждении родовспоможения, нарушениях маршрутизации).
-



Выводы по анализу

- Высокая доля случаев смерти от врожденных пороков развития в возрасте старше 1 месяца свидетельствует о комплексе мультидисциплинарных (организационных, клинических, эпидемиологических проблем) определяющие качество оказания помощи детям с хирургической патологией.
- Высокая доля случаев смерти детей 1 года жизни на дому (может быть связана с недооценкой степени риска или недооценкой тяжести состояния ребенка при наблюдении детей на амбулаторном этапе, отсутствие сформированных индивидуальных «траекторий» наблюдения детей из групп риска).
- Высокая доля «других причин смерти» у детей 1 года жизни – организационно –методическое взаимодействие со службами патологической анатомии и/или судмедэкспертизы.
- Высокий уровень смерти детей 1 года жизни от инфекционных причин при отсутствии смертей от симптомов, признаков и отклонений от нормы. (как правило, в регионах с большим количеством смертей на дому).

Проблемы в организации работы РКЦ

- Отсутствие/неэффективность структуры РКЦ
- Отсутствие/несоблюдение протокола дистанционного мониторинга.
- Отсутствие возможности проведения консультаций с использованием телемедицинских технологий внутри региона между медицинскими организациями всех уровней.
- Недостаточный контроль качества исполнения рекомендации по принципу обратной связи.
- Неисполнение организационно-методической функции по определению маршрутизации пациентов.



Выводы по анализу

Дефекты системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности

- Отсутствие организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», в том числе формирования плана внутренних аудитов и их проведение, формирование планов корректирующих мероприятий, анализ выявленных нарушений.
- Не обеспечен контроль качества оказания медицинской помощи, ведения первичной медицинской документации, соблюдения клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи.
- Отсутствие систем доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи
- На уровне «якорной» организации не реализованы функции анализа и оценки организации оказания медицинской помощи, организационно-методической помощи врачам медицинских организаций, расположенных на территории субъекта РФ (в соответствии с Приказом МЗ РФ 19н от 21.01.2022 «Об утверждении типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице».
- Отсутствие механизма информирования работников медицинской организации о новых клинических рекомендациях, порядках оказания медицинской помощи и их пересмотре.
- Отсутствие системы мониторинга сроков проведения консультаций врачей-специалистов при оказании медицинской помощи в плановой форме
- Отсутствие системы пресечения и/или устранения нарушений, выявленных в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями.

Выводы по анализу

Проблемы лекарственного обеспечения

- Отсутствует/неэффективна система регистрации и сбора сведений и репортирования о серьёзных и непредвиденных нежелательных реакций
- Низкое качество письменных назначений лекарственных средств и их обоснования
- Низкий уровень внедрения системы обучения и информирования пациентов/сопровождающих.
- Низкий уровень внедрения и освоения технологий, снижающих риски при использовании лекарственных средств (индивидуальные таблетницы, электронные браслеты и т.д.)
- Качество ведения регистров
- Отсутствие отдельного регионального сегмента Федерального регистра льготного лекарственного обеспечения для детского населения,
- Отсутствие в регистрах информации о персонифицированных потребностях граждан льготных категорий среди детского населения в структуре общего населения,
- Отсутствие в регистрах информации о прогнозируемых потребностях граждан льготных категорий детского населения в структуре общего населения
- Эффективность и безопасность фармакотерапии:
- Несоответствие фармакотерапии диагнозу
- Низкая доля назначений в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи
- Необоснованный объем лабораторно-инструментальных исследований, отсутствие анализа и интерпретации их результатов
- Назначение антибактериальных препаратов без учета результатов бактериальных посевов, чувствительности микрофлоры, распространенности нозокомиальной флоры
- Полипрагмазия
- Отсутствие врача-клинического фармаколога в медицинском учреждении
- Низкое качество бактериального мониторинга в медицинском учреждении
- Отсутствие/низкое качество работы врачебной комиссии
- Отсутствие системы персонифицированного учета, списания медикаментов в медицинском учреждении
- Отсутствие/неэффективность формулярной системы фармакотерапии в стационарах.

При анализе структуры детской смертности в 2025 году в ряде регионов обращает внимание высокий удельный вес (более 25%) ряда показателей, потенциально контролируемых:

ПО МЕСТУ СМЕРТИ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ

смерти
на дому **>25%**

Алтайский край, Архангельская
Вологодская, Псковская,
Тюменская, Челябинская
области, Республики Тыва,
Хакасия.

смерть на дому среди детей
до 1 года

Алтайский край, Архангельская область,
Республики Тыва и Хакасия.

>25%

>20% смерти
в стационарах
на I и II уровне

Красноярский Край, Новосибирская область

ПО ПРИЧИНЕ СМЕРТИ

смерти от
врожденных
пороков
развития
(дети 0-1 года)

>25%

Калининградская, Новосибирская, Новгородская, Омская, Тюменская области,
Республика Карелия, Санкт-Петербург

>40%

смерти от
внешних причин
(дети 1-17 лет)

Алтайский край, Вологодская, Кемеровская, Ленинградская, Новгородская, Томская
области, Ненецкий автономный округ, Республики Хакасия, Тыва, Алтай

ОБОБЩЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СНИЖЕНИЮ МЛАДЕНЧЕСКОЙ И ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ:

- Актуализировать региональный план по снижению младенческой смертности.
- Сформировать или актуализировать план по снижению детской смертности в субъекте РФ.
- Проводить 100% разбор случаев младенческой и детской смерти с оценкой соблюдения стандартов оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, соблюдения приказов Минздрава Российской Федерации в плане документарной проверки по всей цепочке оказания медицинской помощи ребенку (от женской консультации до факта смерти) с привлечением (по возможности) представителей всех заинтересованных медицинских организаций.
- Проводить анализ работы пренатального консилиума и качество пренатальной диагностики с разработкой мероприятий по снижению смертности новорожденных от пороков развития.
- Усилить контроль соблюдения порядков, стандартов и критериев качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях.
- Актуализировать приказ по маршрутизации в регионе с целью снижения неоправданных перегоспитализаций между уровнями оказания медицинской помощи.
- Обеспечить своевременную передачу данных в поликлинику о больном ребенке при отказе от госпитализации в 100% случаев.
- Усилить контроль проведения дородовых патронажей с передачей информации по защищенному каналу в детские поликлиники по месту проживания, для организации наблюдения новорожденного ребенка.
- Актуализировать методические рекомендации по диагностированию и ведению групп риска новорожденных детей в амбулаторном звене.
- Обеспечить регулярное наблюдение на дому детей первого года жизни с диагнозом ОРВИ.
- Усилить фармакологический контроль по использованию антибиотиков в соответствии результатами бактериологических исследований.
- Проанализировать работу паллиативной службы в регионе, и наметить пути активизации ее работы и связи с участковой педиатрической службой.
- В рамках разборов смерти паллиативных пациентов провести анализ качества оказания помощи на амбулаторном этапе, степени подготовленности родителей и участковых врачей к ведению хронических лежачих больных и оценке тяжести течения у них интеркуррентных заболеваний.
- Провести совещание с привлечением специалистов судебно-медицинских и патологоанатомических служб с целью снижения числа случаев смерти с неуточненными диагнозами.
- Привлечь внешних экспертов для разрешения разногласий между клиницистами и судебно-медицинскими экспертами при формировании окончательного заключения лечебно-контрольных комиссий.

РЕЙТИНГ КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНОВ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ АМБУЛАТОРНОЙ СЛУЖБЫ (РАБОТА ПОЛИКЛИНИК В ГОРОДСКОЙ СРЕДЕ И НА СЕЛЕ)

Оценка организации амбулаторной службы проводилась по критериям, характеризующих профилактическую и лечебную работу.

При оценке оснащения поликлиник учитывались следующие параметры – обеспеченность необходимыми лекарственными препаратами, инструментарием, организацией бережливого производства, а также учитывалось соответствие в организации поликлиник Приказу №92 МЗ РФ.

При оценке охвата детей профилактическими осмотрами, охвата грудным вскармливанием в разных возрастных группах использовались данные статистических форм № 30 и №12 по региону и поликлинике.

Параметр «достижение целевых показателей» учитывал соответствие всех составляющих целевых показателей по региону за 2024 год.

При оценке ведения диспансерных групп детей, инвалидов учитывалось количество и качество осмотров в этих группах и динамика численности этих групп на протяжении 2 лет. Эффективность работы информационной системы в амбулаторном звене оценивалась в соответствии с эффективностью ее внедрения в амбулаторной сети.

При оценке кадрового состава учитывался процент укомплектованности и удельный вес фельдшеров в педиатрической службе.

УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

ГРАФИК 1. РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ УРАЛЬСКОГО ФО



Согласно проведенному рейтингу по организации медицинской помощи на уровне амбулаторного звена, в Уральском Федеральном округе в 2024 году 1 место разделили Ханты-Мансийский автономный округ и Свердловская область, 2 место занял Ямало-Ненецкий автономный округ, 3 место – разделили Тюменская область и Курганская область.

По сравнению с 2021-2022 -2023 гг. отмечено улучшение показателей практически во всех регионах внутри округа, за исключением показателей в Челябинской и Тюменской областях в 2024 году.

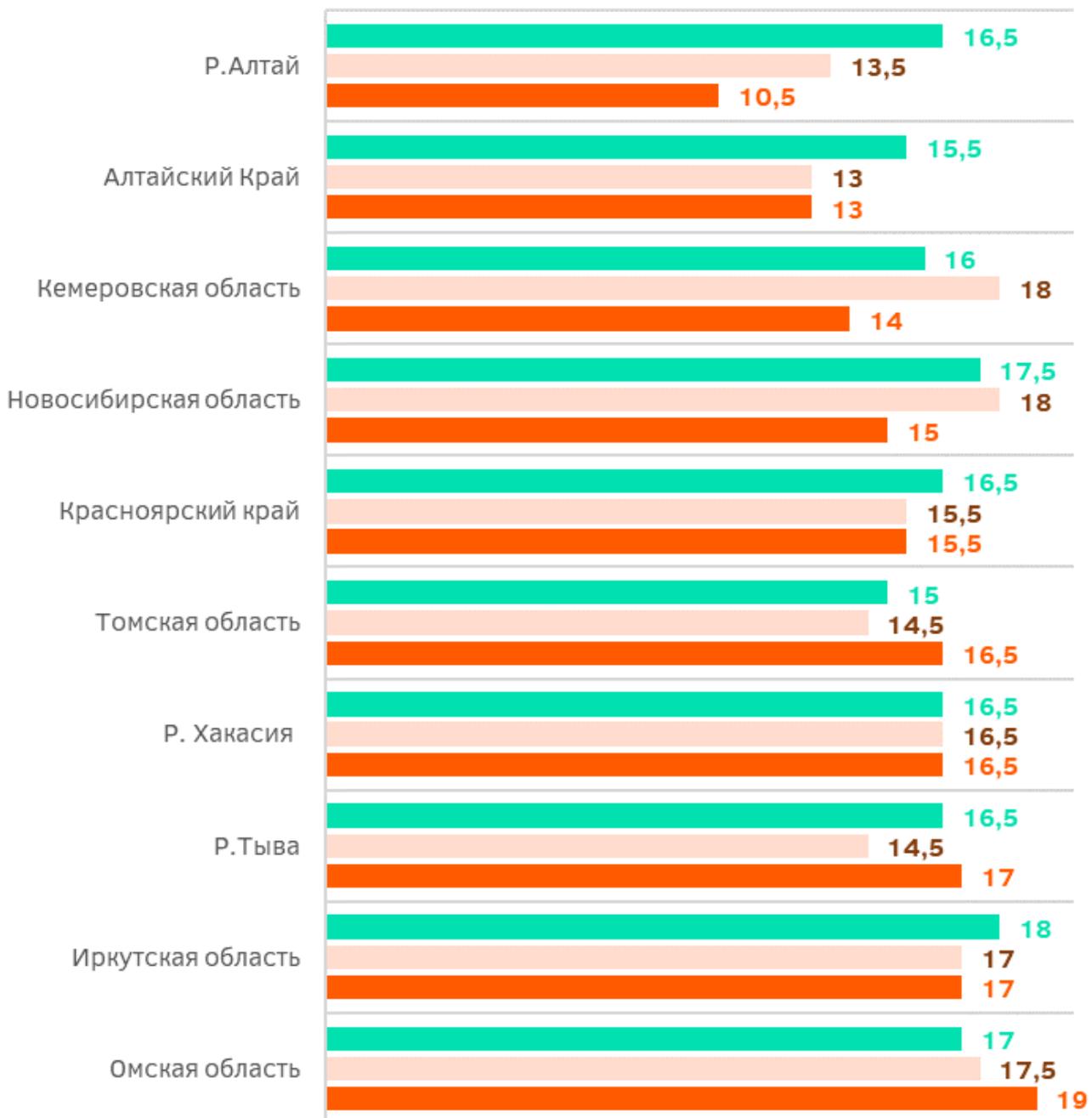
ТАБЛИЦА 1. УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

		ОСНАЩЕНИЕ ДП	ОХВАТ ПРОФ. ОСМОТРАМИ	ОХВАТ ДЕТЕЙ 15-17 ЛЕТ, РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ	ПРОВЕДЕНИЕ ДОРОДОВЫХ ПАТРОНАЖЕЙ	ОХВАТ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ГРУДНЫМ СКАРМЛИВАНИЕМ	ИНВАЛИДНОСТЬ И РЕАБИЛИТАЦИЯ	ВЫПОЛНЕНИЕ КР	ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА	КАДРЫ УЧ.ПЕДИАТРЫ	СПЕЦИАЛИСТЫ	ВЕДЕНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ	ПАЛЛИАТИВНАЯ СЛУЖБА		ИТОГО 2023/2024
КУРГАНСКАЯ ОБЛ.	г	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	17	13/ 16,5
	с	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	16	
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛ.	г	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	2	19	18,5/ 16,5
	с	2	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1	2	14	
СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ.	г	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	20	16,5/ 19,5
	с	1	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	19	
ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛ.	г	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	17	17/ 16
	с	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	
	с	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	18	
ХМАО	г	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	21	20/ 19,5
	с	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	18	

СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

Согласно рейтингу, в Сибирском ФО в 2024 году 1 место заняла Иркутская область, 2 место – Новосибирская область, 3 место – Омская область. По сравнению с 2021, 2022, 2023 годами сохраняют свои позиции Республика Хакасия, Томская область, отмечено улучшение показателей в Республике Алтай, Алтайском крае, Красноярском крае, Республике Тыва.

ГРАФИК 2. РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ СИБИРСКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА



	Омская область	Иркутская область	Р.Тыва	Р. Хакасия	Томская область	Красноярский край	Новосибирская область	Кемеровская область	Алтайский Край	Р.Алтай
■ 2024 год	17	18	16,5	16,5	15	16,5	17,5	16	15,5	16,5
■ 2023 год	17,5	17	14,5	16,5	14,5	15,5	18	18	13	13,5
■ 2022 год	19	17	17	16,5	16,5	15,5	15	14	13	10,5

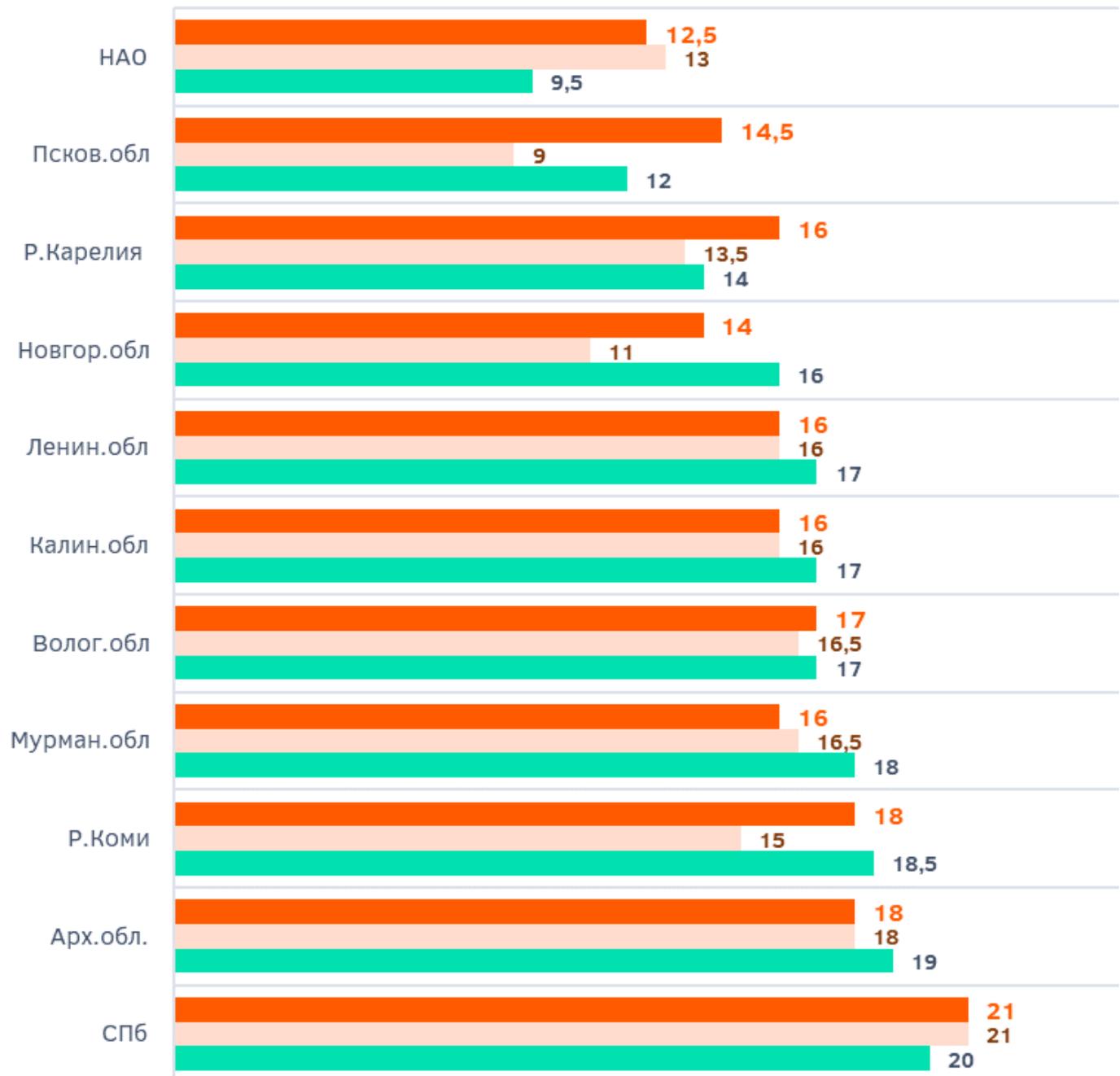
ТАБЛИЦА 2. СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

	ГОРОД/СЕЛО	ОСНАЩЕНИЕ ДП	ОХВАТ ПРОФ. ОСМОТРАМИ	ОХВАТ ДЕТЕЙ 15-17 ЛЕТ, РЕПРОД. ЗДОРОВЬЕ	ПРОВЕДЕНИЕ ДОРОДОВЫХ ПАТРОНАЖЕЙ	ОХВАТ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ГВ	ИНВАЛИДНОСТЬ И РЕАБИЛИТАЦИЯ	ВЫПОЛНЕНИЕ КР	ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА	КАДРЫ УЧ. ПЕДИАТРЫ	СПЕЦИАЛИСТЫ	ВЕДЕНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ	ПАЛЛИАТИВНАЯ СЛУЖБА	ИТОГО 2023/2024	
РЕСПУБЛИКА АЛТАЙ	г	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	16	13,5/
	с	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	17	16,5
АЛТАЙСКИЙ КРАЙ	г	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	1	20	13/
	с	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	17	18,5
ИРКУТСКАЯ ОБЛ.	г														17/
	с	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	18	18
КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛ.	г	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	16	18/
	с	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	16	16
КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ	г	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	17	15,5/
	с	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	16	16,5
НОВОСИБИР-СКАЯ ОБЛ.	г	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	19	18/
	с	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	16	17,5
ОМСКАЯ ОБЛ.	г	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	18	17,5/
	с	1	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	16	17
РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ	г	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	17	16,5/
	с	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	16	16,5
ТОМСКАЯ ОБЛ.	г	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	17	14,5/
	с	2	1	1	0	1	1	1	1	2	1	1	1	13	15
РЕСПУБЛИКА ТЫВА	г	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	17	14,5/
	с	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	16	16,5

СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

Согласно рейтингу, в Северо-Западном ФО по организации медицинской помощи на уровне амбулаторного звена в 2024 году 1 место занял Санкт-Петербург, 2 место – Архангельская область и Республика Коми, 3 место - Вологодская область. Необходимо отметить улучшение показателей работы в Новгородской области, Республике Карелия, Псковской области.

ГРАФИК 3. РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФО



	СПБ	Арх.обл.	Р.Коми	Мурман.обл	Волог.обл	Калин.обл	Ленин.обл	Новгор.обл	Р.Карелия	Псков.обл	НАО
■ 2024	21	18	18	16	17	16	16	14	16	14,5	12,5
■ 2023	21	18	15	16,5	16,5	16	16	11	13,5	9	13
■ 2022	20	19	18,5	18	17	17	17	16	14	12	9,5

ТАБЛИЦА 3. СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ

	ГОРОД/СЕЛО	ОСНАЩЕНИЕ ДП	ОХВАТ ПРОФ. ОСМОТРАМИ	ОХВАТ ДЕТЕЙ 15-17 ЛЕТ, РЕПРОД. ЗДОРОВЬЕ	ПРОВЕДЕНИЕ ДОРОДОВЫХ ПАТРОНАЖЕЙ	ОХВАТ ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ ГВ	ИНВАЛИДНОСТЬ И РЕАБИЛИТАЦИЯ	ВЫПОЛНЕНИЕ КР	ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА	КАДРЫ УЧ. ПЕДИАТРЫ	СПЕЦИАЛИСТЫ	ВЕДЕНИЕ НЕДОНОШЕННЫХ	ПАЛЛИАТИВНАЯ СЛУЖБА	ИТОГО 2023/2024	
АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ.	Г	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	18	18/
	С	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	18	18
ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛ.	Г	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	18	16,5/
	С	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	16	17
КАЛИНИГРАДСКАЯ ОБЛ.	Г	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	17	16/
	С	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	15	16
РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ	Г	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	15	13,5/
	С	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	17	16
РЕСПУБЛИКА КОМИ	Г	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	20	15/
	С	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	16	18
МУРМАНСКАЯ ОБЛ.	Г	2	2	2	0	1	1	1	1	2	2	1	1	16	16,5/
	С	2	2	2	1	1	0	1	1	2	2	1	1	16	16
ПСКОВСКАЯ ОБЛ.	Г	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	17	9/
	С	2	2	1	0	0	1	1	1	2	0	1	1	12	14,5
НОВГОРОДСКАЯ ОБЛ.	Г	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15	11/
	С	2	2	0	1	1	0	1	1	2	0	1	1	13	14
НЕНЕЦКИЙ АО	Г	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	14	13/
	С	2	-	-	0	1	1	1	1	2	1	1	1	11	12,5
ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛ	Г	1	2	2	0	2	2	1	1	1	2	1	1	16	16/
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ	Г	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	21	21/21

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИСТОРИЙ РАЗВИТИЯ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

Оценивалось ведение детей 1 года жизни, ведение детей при острой патологии, своевременность осмотров по приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н., лечение согласно Клиническим рекомендациям, оценка физического развития, правильность постановки диагноза и своевременное назначение активного посещения врача к больным детям. Показатели оценивались при помощи ответов «Да» (наличие, соответствие, исполнение) и «нет» (отсутствие, несоответствие, неисполнение, неправильное или неполное исполнение).

Каждый показатель оценивался отдельно, затем проводился общий подсчет по разделу в процентах и в целом по МО. Градация оценок в общем по разделам:

- **Выше 80 %** ведение документации эффективное, требует контроля и минимальных улучшений.
- **75-80%** - требуются корректировки по отдельным разделам.
- **75% и ниже** – выявлены значительные нарушения, требуются существенные изменения.

При анализе первичной медицинской документации соответствие клиническим рекомендациям отмечено на высоком уровне в регионах – Челябинской, Свердловской области, Архангельской области и Красноярском крае.

Необходимо отметить положительную динамику в 2024 году по сравнению с 2023 годом в двух регионах – в Республике Хакасия и Свердловской области в плане разработки алгоритмов работы первичного звена. Но работа в районах регионов, особенно работа фельдшерско-акушерских пунктов требует серьезного контроля со стороны районных педиатров, введения новых алгоритмов работы.

При анализе оформления медицинской документации в 2024 году самые низкие показатели были выявлены в Мурманской области, Республике Тыва. Наиболее полные, с учетом клинических рекомендаций, сроков проведения профилактических осмотров, лабораторных и инструментальных исследований заполнения первичной медицинской документации - в Ханты-Мансийском округе, Архангельской области, Тюменской области, Ямало-Ненецком округе и Санкт-Петербурге, которые на протяжении последних 2 лет сохраняют свои показатели.

В динамике оценки амбулаторных карт отмечена положительная динамика, во многих регионах учтены замечания (н-р, Республика Хакасия, Свердловская область, Новгородская область, Челябинская область, НАО), созданы шаблоны для осмотра детей на профилактических, диспансерных осмотрах, созданы приказы по диспансерному наблюдению детей с хронической патологией, по организации дородовых патронажей.

Отрицательная динамика, которая была зафиксирована в 2024 году в Томской области, Свердловской, Псковской, Новосибирской, Вологодской областях, Красноярском крае связана с посещением новых учреждений в областях регионов, где были не учтены предыдущие рекомендации.

С 2021 года происходит активизация образования службы по проверке качества ведения детей на амбулаторном этапе, в том числе, соответствие ведения детей клиническим рекомендациям. Однако надо отметить, что система оценки качества и безопасности медицинской деятельности на амбулаторном уровне на настоящий момент организована недостаточно, в связи с чем, в 2026 планируется строгий контроль со стороны НМИЦ за ее работой на данном уровне оказания медицинской помощи.

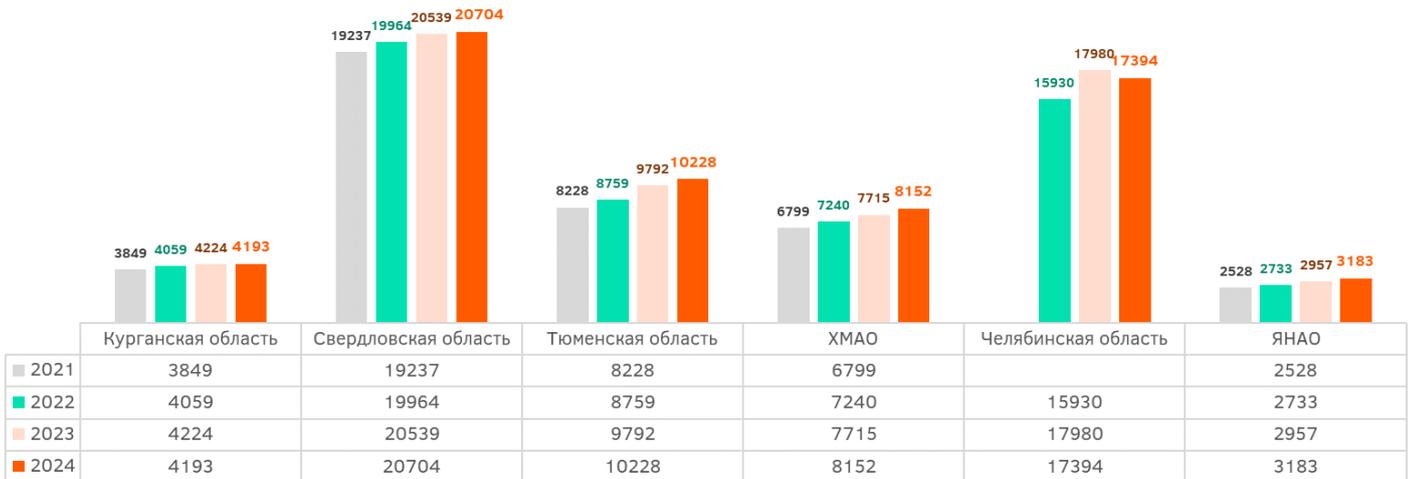
ТАБЛИЦА 4. ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИСТОРИЙ РАЗВИТИЯ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЯХ

№	Субъект	Выполнение пр.№514/313	Лечение по КР	Ведение гр. риска	Оценка ФР	Диагноз	Активное наблюдение	Итого Ср. ариф.
		22/23/24	22/23/24	22/23/24	22/23/24	22/23/24	22/23/24	22/23/24
1	Алтайский край	92,5/90/92	50/55/55	20/20/40	75/50/55	65/65/65	40/40/40	57,1/46,7/58
2	Архангельская область	92/95	50/65	20/20	92.5/93	70/70	70/70	65,8/69
3	Республика Алтай	67/68/90	50/50/65	20/20/20	40/40/50	55/55/55	40/40/40	45,3/45,5/53
4	Вологодская обл.	90/90/89	53/60/53	20/20/33	63/55/50	63/60/63	53/45/	57/55,5/51
5	Иркутская обл.	65/90/82	50/50/65	20/20/20	45/45/50	90/60/83	30/30/70	50/49,2
6	Калининградская обл.	80/85	55/55	20/20	60/60	65/70	50/60	55/58
7	Республика Карелия	77/88	50/60	20/20	40/50	75/83	40/70	50,3/62
8	Кемеровская обл.	72/60/77	60/50/50	20/20/20	50/40/50	65/60/60	65/60/60	55,3/48,3/53
9	Красноярский край	92/92/91	60/53/45	20/20/20	50/53/40	65/60/60	70/60/50	59,5/56,3/51
10	Курганская обл.	78/90/90	60/50/60	20/20/20	60/40/40	65/55/65	80/80/70	60,5/55,8/58
11	Республика Коми	92/81	60/50	20/20	50/50	65/65	70\50	59,5/52,7
12	Ленинградская обл.	90/95	60/50	20/20	60/50	80/80	70\60	63,3/59,1
13	Мурманская обл.	90	50	20	40	70	20	48,3
14	Ненецкий АО	90/90	50/50	20/20	40/40	60/60	40/40	50/50
15	Новгородская обл.	59/80	60/75	20/7	57,5/50	70/85	55/65	53,5/60
16	Новосибирская обл.	72/83/84	55/57/53	20/20/20	45/47/33	65/60/60	50/53/50	51,2/53,3/50
17	Омская обл.	92/93	55/65	20/20	65/50	65/83	70/65	61,2/63
18	Псковская обл.	78/93	50/50	20/20	50/25	47/65	68/55	52,2/51,3
19	Санкт-Петербург	95/95/95	70/70/70	40/20/20	50/60/60	60/80/80	80/60/60	65,8/64,2/64,2
20	Свердловская обл.	90/90/90	50/55/55	20/20/20	70/65/50	80/75/75	90/75/75	66,7/63,3/61
21	Томская обл.	82/79/74	60/50/50	20/20/20	60/50/50	70/65/65	70/63/40	60,3/54,3/50
22	Республика Тыва	90/87/87	50/45/45	20/20/20	60/35/40	70/65/65	40/40/40	55/48,6/49,5
23	Тюменская обл.	92/87/92	60/60/70	20/20/20	77/77,5/83	70/70/70	60/60/60	63,2/62,4/66
24	Республика Хакасия	68/68/77	70/70/70	40/20/30	70/70/60	70/70/70	55/55/55	62,2/58,8/60,3
25	Ханты-Мансийский АО	93/91/80	65/65/80	30/20/20	92/92,5/80	70/70/95	70/65/60	70/67,3/69,2
26	Челябинская обл.	90/90/93	55/55/65	20/20/20	60/50/50	65/65/83	80/60/65	61,7/56,7/63
27	Ямало-Ненецкий АО	85/85	60/75	30/0	60/60	80/95	80/90	65,8/67,5

ИНВАЛИДНОСТЬ. ОБЩАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ

Одним из критериев оценки качества оказания медицинской помощи на педиатрическом участке является качество диспансерного наблюдения, в частности динамика численности детей-инвалидов, удельный вес количества выполненных индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов от общего числа детей-инвалидов (таблицы 1,2,3). В данном разделе проведен анализ общей и первичной инвалидности с возрастной структурой по регионам.

ГРАФИК 4. УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (АБС.КОЛ-ВО)



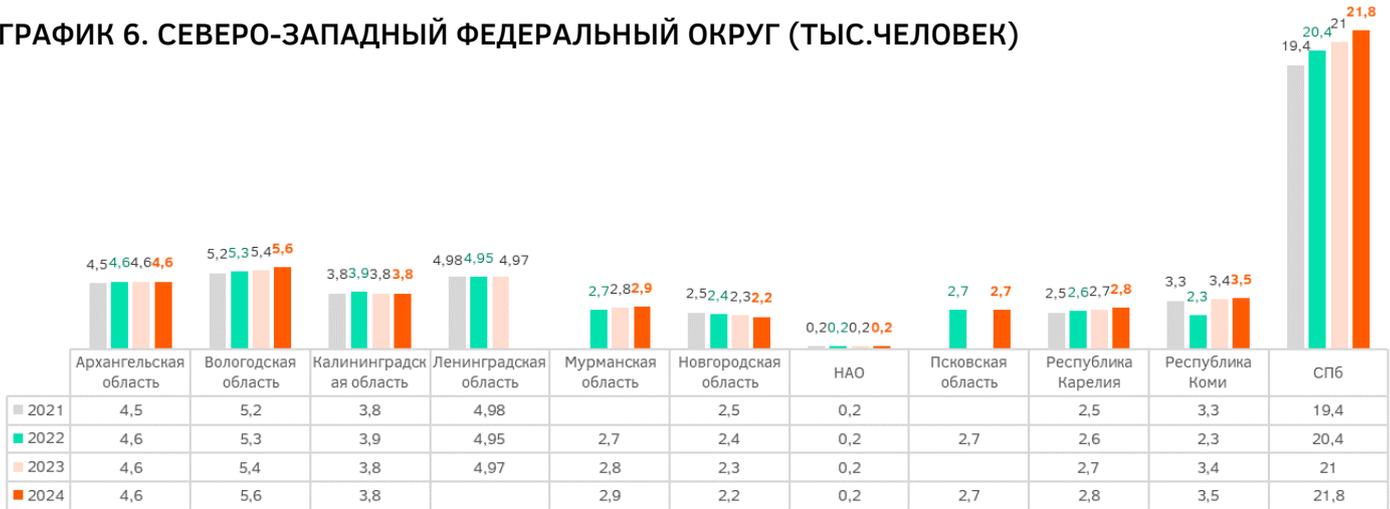
Вывод. В Уральском ФО во всех регионах отмечен рост общей инвалидности на протяжении последних 3 лет, более выраженный в Тюменской области и ЯНАО, ХМАО, незначительное снижение общей инвалидности – в Курганской, Свердловской и Челябинской областях.

ГРАФИК 5. СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (ТЫС.ЧЕЛОВЕК)



Вывод. В течение последних четырех лет в Сибирском ФО наблюдается рост общей инвалидности практически во всех регионах, за исключением Республики Тыва. Наиболее выраженный — в Алтайском крае, Новосибирской области и Красноярском крае.

ГРАФИК 6. СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (ТЫС.ЧЕЛОВЕК)

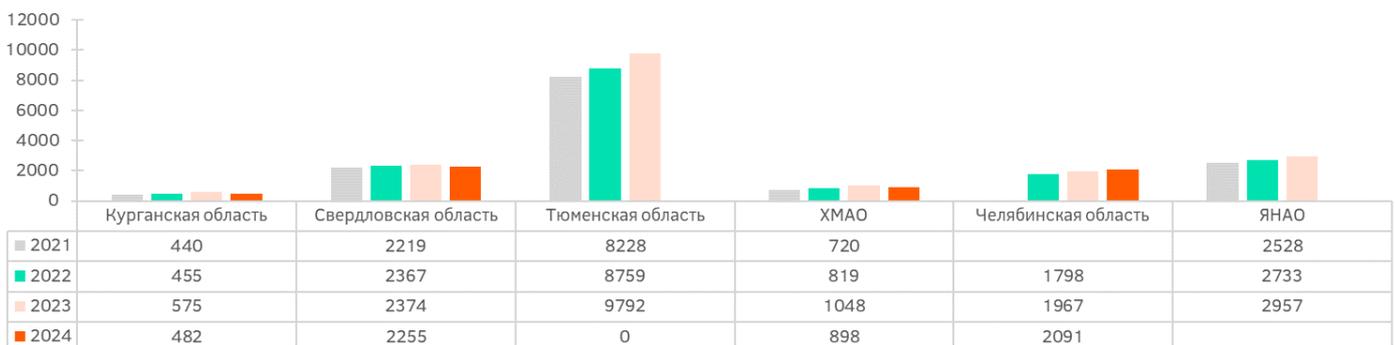


Вывод. в Северо-Западном ФО отмечен рост общей инвалидности практически во всех регионах, за исключением НАО, Псковской, Калининградской и Новгородской областей.

В структуре общей инвалидности в большинстве регионов лидирующие позиции занимают психические расстройства и расстройства поведения; болезни нервной системы; врожденные аномалии; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ и болезни уха и сосцевидного отростка. Лишь в ряде регионов пятое место занимают новообразования (Тюменская область, Республика Тыва, Республика Коми), болезни костно-мышечной системы (ЯНАО, Алтайский край, Иркутская область, Вологодская область, Калининградская область, Мурманская область, НАО, Псковская область, Республика Карелия).

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ

ГРАФИК 7. УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (АБС.КОЛИЧЕСТВО)



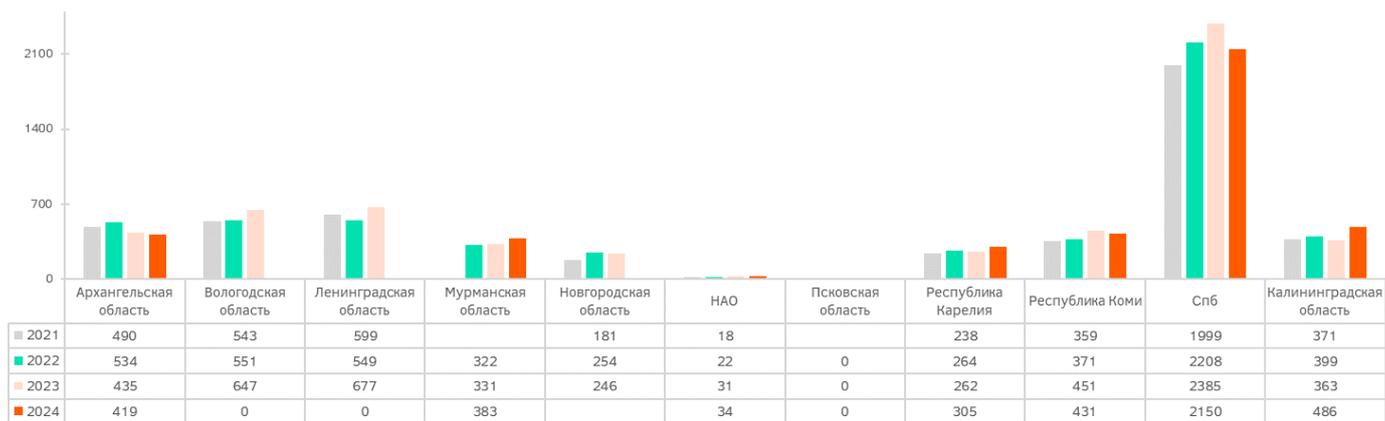
Вывод. По данным диаграммы – рост первичной инвалидности отмечен в Челябинской области Уральского ФО.

ГРАФИК 8. СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (АБС.КОЛИЧЕСТВО)



Вывод. В Сибирском ФО в 2024 году отмечается снижение первичной инвалидности во всех регионах, за исключением Республики Хакасия.

ГРАФИК 9. СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (АБС.КОЛИЧЕСТВО)



Вывод. В Северо-Западном ФО отмечен рост первичной инвалидности в 2024 году в Мурманской области, Республике Карелия, Калининградской области.

Была проанализирована возрастная структура общей и первичной инвалидности и ее изменения в течение трех последних лет. Выраженные изменения были получены за период 2022-2023-2024 гг. В возрастной структуре общей инвалидности практически во всех регионах наблюдается высокий удельный вес возрастных групп от 10 до 14 лет или/и 15-17 лет, в структуре же первичной инвалидности – возрастных групп 0-4 года и/или 5-9 лет, в зависимости от региона.

ТАБЛИЦА 5. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В УФО

Возраст	Общая инвалидность				Первичная инвалидность			
	10-14 лет		15-17 лет		0-4 года		5-9 лет	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Курганская область	294,4	292,3	341,5	331,2	54,6	51,3	40,7	37,3
Свердловская область	288,2	288,3	320,8	321	34,1	34	28,9	28,7
Тюменская область	250,7	260	424,3	411	52,4	55	51,9	53
ХМАО	205,0	207	222,6	223	31,3	31,6	31,1	31,8
Челябинская область	88,8	98,0	290,8	296	36,4	36,5	31,6	32
ЯНАО	265,3	296,6	270,5	296,3	41,7	н/д	41,2	н/д

По данным таблицы 5 виден рост в 2024 году общей инвалидности в отдельных регионах, в возрастной группе от 10 до 14 лет в Тюменской, Челябинской областях, ХМАО и ЯНАО, в возрастной группе от 15 до 17 лет - в Челябинской области и ЯНАО, в возрастной структуре первичной инвалидности в 2024 году в Уральском ФО отмечен незначительный рост в группах от 0 до 4 лет и в группе от 5 до 9 лет лишь в Тюменской области.

ТАБЛИЦА 6. ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В СФО

Инвалидность	Общая инвалидность				Первичная инвалидность			
	10-14 лет		15-17 лет		0-4 года		5-9 лет	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Омская область	298,3	296,6	354,6	367,2	27,4	25,7	33,6	23
Иркутская область	281,2	276,1	356,3	348,6	30,8	16,8	27,05	12,5
Томская область	268,0	277,7	289,7	307,0	29,0	28,9	25,3	26,7
Республика Хакасия	221,0	228,8	253,0	285,9	25,3	22,4	15,7	22,4
Республика Тыва	281,6	259,7	278,2	248,4	34,7	22,5	33,4	24,3
Красноярский край	256,9	266,9	287,4	322,3	24,8	28,8	24,3	22,1
Новосибирская область	253,6	268,1	273,7	299,5	29,4	26,2	31,1	24,3
Кемеровская область	287,8	290,2	331,9	334,5	42,1	40	29,9	23,4
Алтайский край	310,6	317,7	344,2	317,7	35,7	36,8	34,3	29,9
Республика Алтай	263,2	261,6	228,7	215,8	36,7	33,7	26,1	31,6

В данной таблице необходимо обратить внимание на рост общей инвалидности в возрастной группе от 10 до 14 лет в 2024 году – в Томской, Новосибирской, Кемеровской областях, Красноярском и Алтайском крае, в возрастной группе от 15 до 17 лет - практически во всех регионах Сибирского ФО, за исключением Иркутской области, Алтайского края и Республики Алтай. В возрастной структуре первичной инвалидности отмечен рост в возрастной группе от 0 до 4 лет – в Красноярском и Алтайском крае, в возрастной группе от 5 до 9 лет – в Томской области и Республике Хакасия. Необходимо проанализировать структуру первичной инвалидности в этих возрастных группах.

ТАБЛИЦА 7. ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В СЗФО

Инвалидность	Общая инвалидность				Первичная инвалидность			
	10-14 лет		15-17 лет		0-4 года		5-9 лет	
Возраст								
Регион / Год	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Архангельская область	258,8	304,4	313,1	340,3	34,2	23,6	24,4	22,8
Вологодская область	279,3	279,5	317,3	318,3	37,0	35,1	26,7	29,5
Калининградская область	369,9	н/д	238,4	н/д	24,1	н/д	25,7	н/д
Ленинградская область	194,4	203,1	198,9	192,0	211,9	214,7	25,2	18,3
Мурманская область	246,4	257,2	268,9	266,8	29,6	32,7	32,7	35,4
Новгородская область	256,7	275,0	272,1	288,5	25,1	16,9	28,7	27
НАО	241,2	228,6	316,4	323,6	24,8	54,1	47,1	51,3
Республика Карелия	29,8	29,8	33,5	36,9	4,2	4,7	2,5	3,3
Республика Коми	250,3		308,2	223	25,7		33,7	
Псковская область	313,7	320,8	333,8	341,4	25,6	28,2	25	21,1
СПб	292,2		326,1		28,0	31,7	33,6	33,1

В данной таблице отмечен значительный рост общей инвалидности в возрастной группе от 10 до 14 лет в Псковской, Архангельской, Мурманской, Новгородской областях, в возрастной группе от 15 до 17 лет – в Архангельской, Вологодской областях, НАО, Республике Карелия. В возрастной структуре первичной инвалидности в 2024 году в Северо-Западном ФО в возрастной группе от 0 до 4 лет выявлен рост в Мурманской и Псковской областях, НАО, в возрастной группе от 5 до 9 лет – в Мурманской области, НАО и Республике Карелия.

ТАБЛИЦА 8. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ
 (по данным статистических форм №12 детских поликлиник столиц регионов)

Регион	0-14 лет		15-17 лет	
	Доля от детского населения, %	Структура диспансерной группы	Доля от детского населения, %	Структура диспансерной группы
Свердловская область	20	Болезни глаз, нервной, пищеварительной, дыхательной, мочеполовой систем	30	Болезни глаз, мочеполовой, пищеварительной, эндокринной, костно-мышечной систем
Тюменская область	18	Болезни дыхательной, нервной систем, глаз, пищеварительной и мочеполовой систем	50	Болезни глаз, костно-мышечной системы, нервной системы, дыхательной системы, травмы, болезни мочеполовой систем
Челябинская область	22,4	Болезни дыхательной системы, мочеполовой, пищеварительной, эндокринной систем и болезни глаз	39,5	Болезни пищеварительной, дыхательной, мочеполовой, костно-мышечной систем, болезни глаз
Алтайский край	55	Болезни нервной системы, дыхательной, мочеполовой систем, болезни глаз	61	Болезни костно-мышечной, пищеварительной, дыхательной, мочеполовой систем, болезни глаз
Иркутская область	27,7	Болезни глаз, костно-мышечной, нервной, эндокринной систем (44% - дети с ожирением), врожденные аномалии	17,9	Болезни костно-мышечной, мочеполовой, нервной, эндокринной (30% - дети с ожирением) систем, болезни глаз
Кемеровская область	69	Болезни глаз, костно-мышечной, пищеварительной, эндокринной (48% дети с ожирением), нервной систем.	91	Болезни глаз, костно-мышечной, эндокринной (47% дети с ожирением), пищеварительной систем и системы кровообращения.
Красноярский край	56	Болезни глаз, нервной, костно-мышечной, эндокринной (36% дети с ожирением), нервной систем.	83	Болезни глаз, костно-мышечной, эндокринной (34% дети с ожирением), дыхательной систем и системы кровообращения
Новосибирская область	64	Болезни дыхательной, пищеварительной, костно-мышечной, нервной систем и болезни глаз	60	Болезни пищеварительной, костно-мышечной, дыхательной, эндокринной систем и болезни глаз.

Регион	0-14 лет		15-17 лет	
	Доля от детского населения, %	Структура диспансерной группы	Доля от детского населения, %	Структура диспансерной группы
Омская область	24,3	Болезни глаз, дыхательной, мочеполовой, эндокринной (39% дети с ожирением) систем, врожденные аномалии	44,5	Болезни глаз, дыхательной, костно-мышечной, эндокринной, пищеварительной систем
Республика Хакасия	21	Болезни глаз, пищеварительной, дыхательной, костно-мышечной, эндокринной (40% дети с ожирением) систем	32	Болезни эндокринной, пищеварительной, дыхательной, костно-мышечной систем и болезни глаз
Архангельская область	43	Болезни пищеварительной, костно-мышечной, эндокринной систем, болезни глаз и врожденные аномалии	61	Болезни костно-мышечной, эндокринной, пищеварительной систем и системы кровообращения, болезни глаз
Вологодская область	26	Болезни глаз, пищеварительной, эндокринной (38% дети с ожирением), дыхательной, костно-мышечной систем	32	Болезни пищеварительной, эндокринной, дыхательной, костно-мышечной систем, болезни глаз
Республика Карелия	51	Болезни глаз, костно-мышечной, эндокринной (39% - дети с ожирением), пищеварительной систем	74	Болезни глаз, эндокринной (34% дети с ожирением), костно-мышечной, мочеполовой систем
НАО	28	Болезни глаз, эндокринной, костно-мышечной, пищеварительной и дыхательной систем	21,5	Болезни пищеварительной, эндокринной, костно-мышечной, дыхательной систем и болезни глаз
Псковская область	22	Болезни глаз, дыхательной, нервной, эндокринной систем, врожденные аномалии	27	Болезни глаз, дыхательной, костно-мышечной, нервной и эндокринной систем
Калининградская область	32	Болезни пищеварительной, костно-мышечной, эндокринной (25% дети с ожирением), нервной систем, болезни глаз	28	Болезни костно-мышечной, дыхательной, эндокринной систем, системы кровообращения, болезни глаз
СПб	44	Болезни глаз, врожденные аномалии, костно-мышечной, нервной систем	59	Болезни пищеварительной, костно-мышечной, дыхательной, нервной систем и болезни глаз

Необходимо обратить внимание на рост удельного веса хронической патологии в диспансерной группе детей на амбулаторном этапе от 20 до 60 %, более высокие цифры наблюдаются в возрастной группе от 15 до 17 лет. Структура патологии практически идентична в различных регионах - это патологии пищеварительной, дыхательной, костно-мышечной, нервной и эндокринной систем, а также болезни глаза и придаточного аппарата. Обращает на себя внимание высокий процент детей с ожирением в диспансерной группе наблюдения детей с эндокринной патологией (30-40%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Необходимо отметить наиболее частые замечания по работе амбулаторного звена практически во всех регионах:

- Недостаток справочных материалов у участковых врачей.
- Низкая осведомленность врачей о ведении недоношенных детей.
- Небрежное ведение и неправильное оформление медицинской документации.
- несовершенство системы внутреннего контроля качества и безопасности.
- Недостаточный кадровый ресурс врачей в дошкольных и школьных отделениях поликлиник.
- невыполнение клинических рекомендаций в половине случаев.
- Недостаточно высокие знания по ведению детей с паллиативным состоянием.

2. Особо необходимо отметить ряд регионов, в которых катастрофически малое количество участковых врачей, что безусловно отражается и на качестве работы с детским населением и на качестве ведения медицинской документации – *Новгородская область, Псковская область, Кемеровская область (Новокузнецк), Курганская область, Республика Хакасия, Челябинская область (Магнитогорск), Алтайский край (Бийск)*. В настоящее время предпринимаются меры по привлечению врачей первичного звена в данные регионы (см. ниже).

3. Выявлены регионы, в которых не проводят дородовые патронажи: *Республика Алтай (районы), Тюменская область, Челябинская область, НАО, Псковская область, Республика Карелия, Томская область*. После выездов состоялись встречи в местных органах управления. Приняты приказы по организации дородовых патронажей.

4. Важно функционирование кабинетов здорового ребенка, поскольку короткие приемы участковых врачей (до 15 минут) ограничивают возможности полноценной оценки питания, развития и адаптации детей. В 2024 году отмечены регионы, где кабинет здорового ребенка не функционирует в связи с отсутствием специалистов: *Курганская область, Алтайский край, Республика Хакасия, Республика Тыва, Томская область, Красноярский край, Омская область, Новосибирская область, Иркутская и Кемеровская области, Вологодская область, Псковская область, Мурманская область, Республика Карелия, Калининградская область*.

5. Необходимо анализировать первичную и общую заболеваемость для выявления знаковых моментов в работе медицинских организаций региона – обеспеченность педиатрами, обеспеченность специалистами, оснащенность амбулаторного или стационарного звена, маршрутизация пациентов, недостаточная квалифицированность медицинских кадров и т.д.

6. По данным статистических форм №12 выявлены регионы с высоким процентом детей с 1 группой здоровья: *Псковская область (в группе от 0 до 1 года – 31%, 0-14 лет – 41%, школьники – 44,6%), Новгородская область (0-1 год – 74%, 0-14 лет – 58%, школьники – 37%), Республика Карелия (58%) , Республика Коми (70%)*, что может свидетельствовать о низком качестве проводимых профилактических осмотров.

7. Важно обращать внимание и анализировать структуру первичной и общей инвалидности в зависимости от возрастной группы для принятия своевременных решений по своевременной диагностике хронических и острых заболеваний и ведению этих пациентов с учетом коморбидной патологии и преимственности.

Предложения

- Ввести контроль за проведением дородовых патронажей участковой службой.
- Разработать индивидуальную программу ведения детей первого года жизни с группами риска.
- Рассмотреть возможность организации дистанционного кабинета здорового ребенка в регионах.
- Обеспечить контроль ведения всех детей первого года жизни с острой патологией со стороны заведующей отделения с ежедневным отчетом.
- Создать региональные программы наблюдения недоношенных детей на амбулаторном этапе; проанализировать возможность ведения недоношенных детей одним специалистом в поликлиниках, предварительно прошедшего обучение.
- Усовершенствовать шаблоны и качество ведения детей с хронической патологией, детей-инвалидов и детей с паллиативным статусом с обеспечением преемственности в ведении таких пациентов между выездными паллиативными бригадами и участковыми врачами поликлиник.
- Обеспечить создание папок на рабочем столе компьютера у врачей участковых педиатров с необходимой справочной информацией по всем разделам, обратить внимание на формирование отдельной папки с актуальными Клиническими рекомендациями для доступа оффлайн.
- Разработать и реализовать на межведомственном уровне план мероприятий по профилактике смерти детей от внешних причин. Профилактика «необращения» или «позднего обращения» на амбулаторном этапе.
- Обеспечить привлечение кадров в участковую службу и службу дошкольно-школьного наблюдения детей.
- Усилить междисциплинарное взаимодействие при проведении психологического тестирования в образовательных учреждениях с формированием групп риска суицидального поведения с проведением своевременной консультации психиатра.
- Провести проверку наличия справочной информации по ведению детей с профилактической и лечебной целью на амбулаторном этапе на ФАПах. Создать алгоритмы «красных флагов» по ведению детей с острой патологией для фельдшеров.
- Усилить контроль качества и безопасности медицинской деятельности согласно Рекомендациям от 2023г. на амбулаторном этапе (чек-листы по клиническим рекомендациям, направленная проверка карт по нозологиям, ведение первичной документации).

РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ И КАЧЕСТВУ ВЕДЕНИЯ РЕГИСТРОВ НА ПРЕДМЕТ ПОЛУЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

С целью оценки уровня лекарственного обеспечения оценивалась работа по снабжению лекарственными препаратами, изделиями для медицинского назначения и продуктами лечебного питания детей за счет средств Федерального и регионального бюджета. Отдельным пунктом анализировалась организация льготного лекарственного обеспечения детей, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями.

Информация по численности детей, включенных в региональный сегмент Федерального регистра, и пациентов, получающих лекарственные препараты, оценивалась по следующим высокочувствительным нозологиям:

Болезнь Гоше	Гемофилия	Гипофизарный нанизм	Злокачественные новообразования лимфоидной, кровяной и родственных им тканей
Муковисцидоз	Рассеянный склероз	Трансплантация	Гемолитико-уремический синдром
Мукополисахаридоз, I тип	Мукополисахаридоз, II тип	Мукополисахаридоз, VI тип	Юношеский артрит с системным началом
	Апластическая анемия неуточненная	Наследственный дефицит факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра)	

Также запрашивалась информация по количеству выписанных и отпущенных детям рецептов по каждой из 14 высокочувствительных нозологий.

В каждом регионе обсуждались мероприятия, направленные на обеспечение своевременного проведения закупок лекарственных препаратов, предоставляемых бесплатно или на льготных условиях, бесперебойное обеспечение отдельных категорий граждан, в том числе детей, при недостаточном финансировании.

Показатели качества ведения и/или мониторинга регистров на предмет получения лекарственной терапии и использования мед. изделий представлены следующим образом:

Показатели	Есть/нет
Наличие регионального сегмента ФР ЛЛО	есть в большинстве анализируемых регионов*
Наличие ответственных за ведение и актуализацию регистров	есть в большинстве анализируемых регионов*
Регулярность обновления данных в регистре	есть в большинстве анализируемых регионов*
Наличие в регистрах информации о плановых персонифицированных потребностях граждан льготных категорий	есть в большинстве анализируемых регионов*
Наличие в регистрах информации о прогнозируемых потребностях граждан льготных категорий	есть в большинстве анализируемых регионов*

Примечание: ФР ЛЛО – Федеральный регистр льготного лекарственного обеспечения

** Однако в части регионов в 2025 году, также как и в 2024 году, по-прежнему отмечены недостатки в отношении детализации показателей регистров и их анализа отдельно по педиатрическому сегменту в структуре общих сведений.*

ВЫВОДЫ

Работу большинства регионов по ведению регистров на предмет получения лекарственной терапии можно охарактеризовать как удовлетворительную, требующую отдельных уточнений и доработки.

В целом работу большинства регионов по лекарственному обеспечению пациентов педиатрического профиля и расходование финансовых ресурсов на лекарственные средства на уровне субъекта РФ по профилю: «Педиатрия» можно охарактеризовать как приемлемую.

Основными несоответствиями по ведению и мониторингу регистров на предмет получения лекарственной терапии в 2025 году остаются:

- Отсутствие отдельного регионального сегмента Федерального регистра льготного лекарственного обеспечения для детского населения,
- Отсутствие в регистрах информации о персонифицированных потребностях граждан льготных категорий среди детского населения в структуре общего населения,
- Отсутствие в регистрах информации о прогнозируемых потребностях граждан льготных категорий детского населения в структуре общего населения.

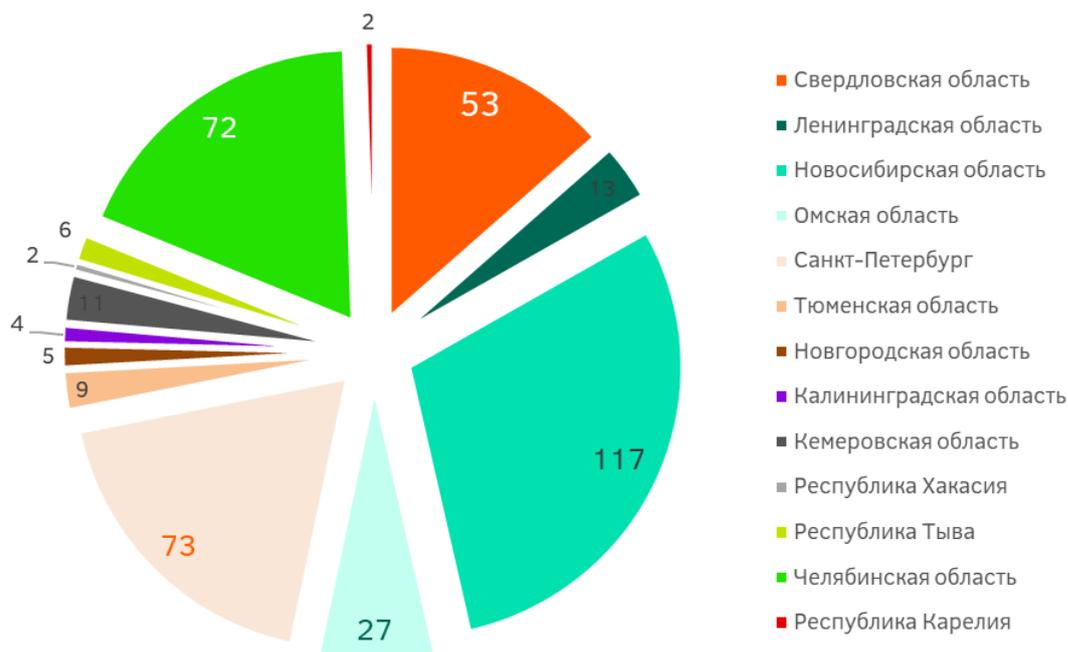
Одной из существенных проблем преемственности лекарственного обеспечения в медицинских учреждениях выступает низкая эффективность действующей формулярной системы в стационарах.



Результаты сравнения

В динамике по сравнению с 2021 годом, в 2025 году в большинстве курируемых регионов Северо-Западного, Уральского и Сибирского Федеральных Округов, количество пациентов, включенных в регистр 14-ти высокозатратных нозологий, увеличилось.

ДИНАМИКА УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ДЕТЕЙ, ВХОДЯЩИХ В РЕГИСТР 14 ВЗН



В динамике по сравнению с 2021 годом, в 2025 году в большинстве курируемых регионов Северо-Западного, Уральского и Сибирского Федеральных Округов, количество пациентов, включенных в регистр 14-ти высокозатратных нозологий, увеличилось.

В рамках педиатрического профиля функционируют несколько Федеральных регистров с представительством на уровне регионального сегмента: «Региональный сегмент Федерального регистра больных гемофилией, кистозным фиброзом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта - Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей», «Региональный сегмент Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности».

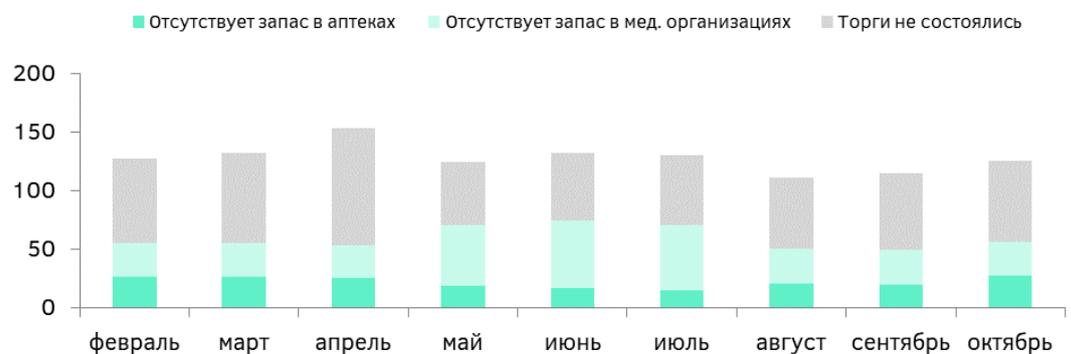
Работа по ведению и актуализации, регулярному обновлению данных регистров ведется, отмечена некоторая положительная динамика в отношении процесса освоения автоматического формирования регистров, по сравнению с предыдущим годом.

Результаты сравнения

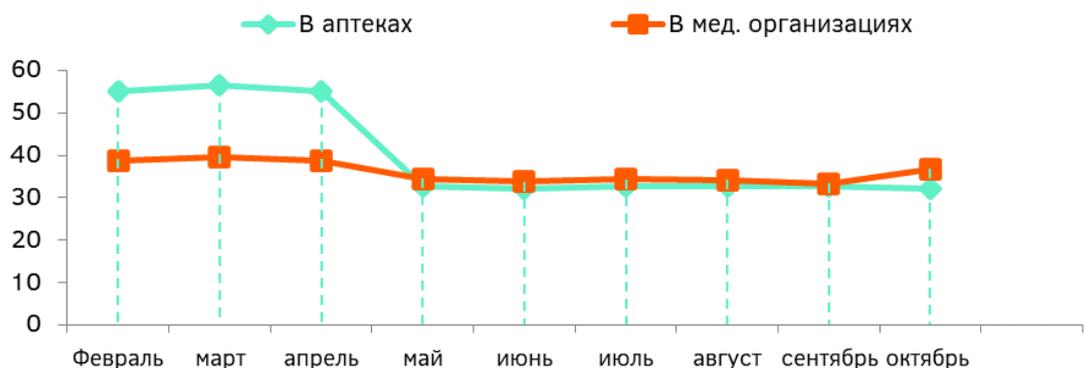
В большинстве регионов, особенно в стационарах I и II уровня оказания медицинской помощи, нет значимой динамики по освоению и имплементации в медицинской информационной системы персонафицированного учета лекарственных средств и медицинских изделий. В единичных регионах осуществлен переход на электронный документооборот.

В 2023, 2024 и 2025 гг. проведена работа по оценке уникальности лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, их применению, наличию и возможности замены указанных лекарственных препаратов по профилю: «Педиатрия» в курируемых регионах. Изучена обеспеченность лекарственными препаратами в субъектах путем анализа данных аналитической витрины Координационного центра при Правительстве РФ «Мониторинг дефектуры лекарственных препаратов и медицинских изделий» о состоянии лекарственного обеспечения в субъектах Российской Федерации. Динамика за 2025 год представлена на диаграммах.

ЗАПАС МЕДИКАМЕНТОВ И % СОСТОЯВШИХСЯ ТОРГОВ по лекарственным препаратам в 2025 году



РЕГИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ ДЕФЕКТУРЫ лекарственных препаратов в 2025 году



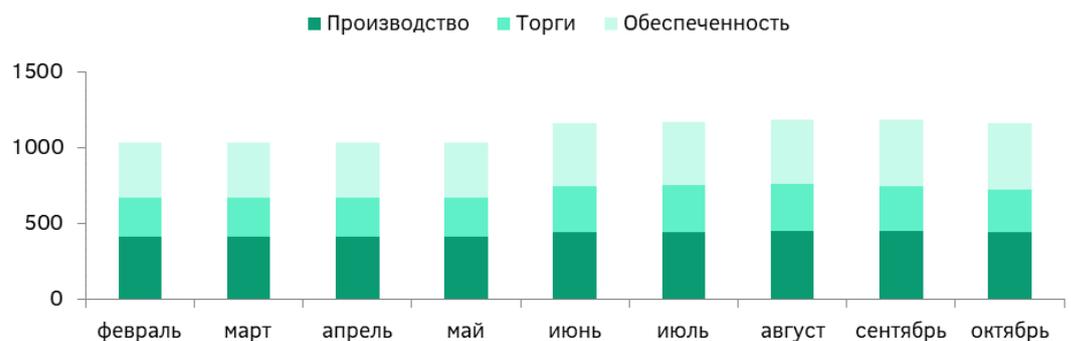
С учетом проанализированных данных фармацевтического рынка, суммарно по 27-ми курируемым регионам (с февраля по октябрь 2025 года) запас лекарственных препаратов в аптеках отсутствует для 22,1% позиций препаратов, в медицинских организациях – для 37,6% лекарственных препаратов. Подробный перечень лекарственных препаратов по группам приведен в ежемесячных отчетах НМИЦ.

Результаты сравнения

Суммарно по 27 курируемым регионам с начала февраля по октябрь 2025 года не состоялось торгов по 69,6% позиций лекарственных препаратов. Состоялись торги в 80-100% для 17,5% позиций лекарственных препаратов. На 21-79% торги не состоялись для 9,78% позиций лекарственных препаратов. Более, чем на 80% торги не состоялись для 3,1% позиций лекарственных препаратов.

Подробный перечень лекарственных препаратов по группам приведен в ежемесячных отчетах НМИЦ. Тремя регионами (Ненецкий АО, Ямало-Ненецкий АО, Ханты-Мансийский АО), по-прежнему, систематически не предоставляется информация о доле несостоявшихся торгов.

КОЛИЧЕСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ С РИСКОМ ДЕФЕКТУРЫ по обеспеченности, торгам и производству на федеральном уровне



РИСК ДЕФЕКТУРЫ (КОЛИЧЕСТВО ПОЗИЦИЙ ЛП) И НАЛИЧИЕ ЗАМЕНЫ лекарственных препаратов, находящихся в риске, на федеральном уровне



На конец октября 2025 года по импорту и производству на федеральном уровне в риске дефектуры находится 443 наименований лекарственных препаратов из перечня ЖНВЛП, по торгам – 281 лекарственных препаратов, по обеспеченности – 434 лекарственных препарата.

По сравнению с 2024 годом, количество препаратов в риске дефектуры на федеральном уровне увеличилось. Максимальный процент увеличения приходится на противомикробные ЛП для системного использования и противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы.

РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В 2021-2025 ГГ

2025	Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Екатеринбург	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ Алтай	Респ Коми	Респ Тува	Респ Хакасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Тюменская обл	Ханты-Мансийский ФО	Челябинская обл	Ямало-ненецкий ФО
Организация формулярной системы медицинской организации	66,7	100,0	33,3	75,0	100,0	50,0	58,3	58,3	45,0	25,0	50,0	50,0	25,0	25,0	50,0	62,5	0,0	33,3	62,5	41,7	75,0	70,0	37,5	75,0	66,7	50,0	50,0
Анализ рациональности объемов потребления ЛП в соответствии с профилем медицинской организации	33,3	66,6	55,6	58,3	100,0	33,3	66,7	61,1	20,0	50,0	16,6	0,0	0,0	50,0	16,7	13,3	0,0	11,1	16,6	33,3	50,0	22,2	0,0	33,3	44,5	45,8	0,0
Оценка структуры медицинской организации	50,0	100,0	33,3	25,0	75,0	0,0	75,0	66,7	18,7	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	12,5	50,0	50,0	75,0	18,7	91,7	58,5	18,7	75,0
2025	150,0	266,6	122,2	158,3	275,0	83,3	200,0	186,1	83,7	125,0	66,6	50,0	25,0	125,0	66,7	125,8	0,0	44,4	91,6	125,0	175,0	167,2	56,2	200,0	169,7	114,5	125,0

2021	Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Екатеринбург	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ Алтай	Респ Коми	Респ Тува	Респ Хакасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Тюменская обл	Ханты-Мансийский ФО	Челябинская обл	Ямало-ненецкий ФО
Организация формулярной системы медицинской организации	73,3	75,0	75,0	37,5	100,0	100,0	25,0	62,5	25,0	50,0	75,0	25,0	75,0	41,7	41,7	75,0	75,0	12,5	25,0	75,0	100,0	75,0	12,5	0,0	25,0	37,5	25,0
Анализ рациональности объемов потребления ЛП в соответствии с профилем медицинской организации	33,3	33,3	33,4	0,0	33,4	25,0	33,4	50,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,4	0,0	12,5	33,3	100,0	33,3
Оценка структуры медицинской организации	33,3	100,0	25,0	34,4	75,0	0,0	25,0	43,8	0,0	0,0	75,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	75,0	87,5	0,0	50,0	50,0	100,0	50,0	
2021	140,0	208,3	133,4	71,9	208,4	125,0	83,4	156,3	25,0	66,7	150,0	25,0	75,0	86,1	41,7	75,0	75,0	12,5	25,0	75,0	175,0	195,9	12,5	62,5	108,3	237,5	108,3

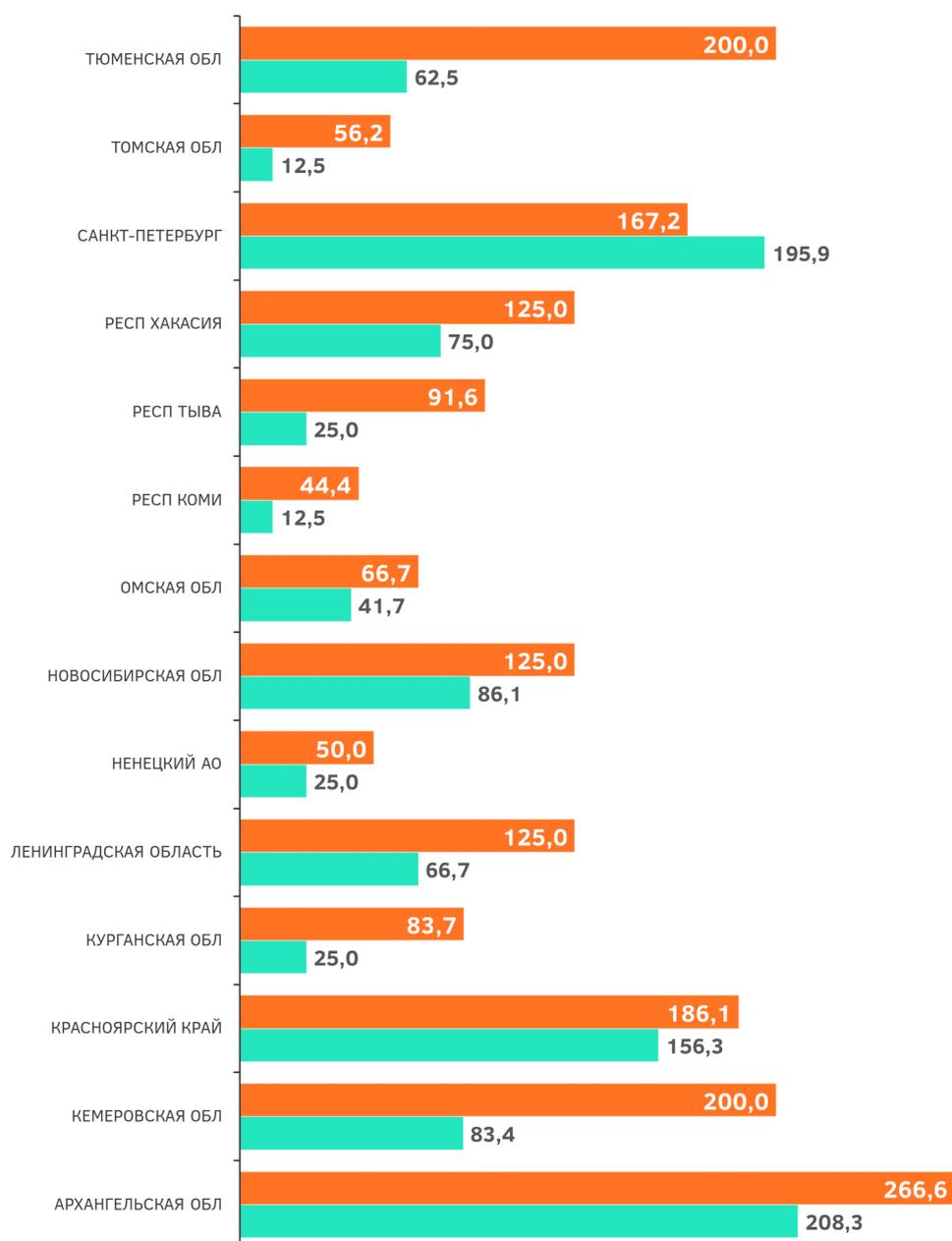
Примечание: соответствие критерию оценивалось в баллах. Итоговые баллы суммировались по всем критериям

Результаты сравнения

Положительная динамика в отношении организации и внедрения формулярной системы, проведению анализа рациональности закупок лекарственных препаратов и введению позиции клинического фармаколога в медицинских учреждениях за прошедшие 5 лет отмечена в Архангельской, Кемеровской областях, Красноярском крае, Курганской, Ленинградской, Новосибирской областях, Ненецком АО, Республиках Коми, Тыва и Хакасия, Омской, Санкт-Петербурге, Томской и Тюменской областях.

В 2025 г наиболее высокие показатели преимущества лекарственного обеспечения были отмечены в таких регионах как г. Санкт-Петербург, Архангельская обл., Кемеровская, Тюменская областях и Красноярском крае.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРЕИМУЩЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В 2025 ГОДУ, ПО СРАВНЕНИЮ С 2021 ГОДОМ



ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ



Детализация показателей и их анализ отдельно по педиатрическому сегменту в структуре общих сведений.

Систематизация информации по ведению регистров, детализация и анализ отдельных моментов, касающихся обеспечения детей с ВЗН за счет Федеральных/региональных/благотворительных средств.

Освоение медицинских электронных систем (МИС) на уровне ЛПУ и повышение качества ведения регистров в отношении информации о персонифицированных потребностях в ЛП пациентов и граждан льготных категорий.

Освоение возможностей автоматического формирования и ведения регистров.

Усовершенствование формулярной системы.

РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Оценка применения лекарственных препаратов в амбулаторных условиях на предмет соответствия фармакотерапии клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи. Анализ данных проводился на основании выборки медицинских карт амбулаторных пациентов, получавших лекарственную терапию в связи с нозологиями, представленными в актуальных клинических рекомендациях по профилю «Педиатрия».

Подробный анализ в амбулаторном звене приводится на примере пациентов с диагнозом «Бронхиальная астма» и «Муковисцидоз», имеющих право на льготное лекарственное обеспечение по запрошенной информации о перечне и количестве ЛП, отпущенных пациентам с данными диагнозами за 2024/2025 год.

ВЫВОДЫ

Соответствие перечня назначений лекарственных препаратов (ЛП) при данной нозологии стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям находится в диапазоне 60,0-98,8% в зависимости от субъекта. В большинстве рецептов фигурируют ЛП, показанные к частому применению по стандарту медицинской помощи.

Результаты сравнения и предложения по совершенствованию

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНЕНИЯ

По сравнению с 2021г, отмечено улучшение показателей преемственности лекарственного обеспечения с учетом внедряемых клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи на уровне амбулаторного звена и уменьшение назначений препаратов, не отраженных в рекомендациях ([Рубриikator KP \(minzdrav.gov.ru\)](https://minzdrav.gov.ru)).

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ

Дальнейшее усовершенствование показателей преемственности лекарственного обеспечения с учетом внедряемых клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи на уровне амбулаторного звена.



Результаты сравнения и предложения по совершенствованию

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ, КАЧЕСТВА ФАРМАКОТЕРАПИИ И УРОВНЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ПРОЦЕССА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

На территории субъектов с целью анализа эффективности фармакоterapiи и уровня преемственности лекарственного обеспечения анализировалось имплементация медицинских информационных систем с целью освоения процесса персонифицированного учёта и расхода лекарственных препаратов (ЛП) и медицинских изделий (МИ); наличие актуальных внутренних нормативных актов и стандартных операционных процедур (СОП) по закупке, хранению, учету и списанию ЛП; ведение первичной медицинской и отчетной документации по назначению и обороту ЛП и МИ на отделениях стационара и в прикрепленной аптеке, формуляр ЛП:

- протоколы осмотра и назначений лечащим врачом и специалистами, листы назначений, этапные, переводные и выписные эпикризы в медицинской карте стационарного пациента;
- заявки на ЛП, перечень закупаемых ЛП (оценивалось количество и соответствие запрашиваемых ЛП количеству пациентов по профилям)
- журналы закупок, учета и списания ЛП, журналы дополнительных заказов (оценивалось соответствие закупок ЛП их расходу)
- отдельно оценивалось лекарственное обеспечение пациентов, получающих паллиативную помощь наркотическими и психотропными ЛП

Помимо работы с медицинскими картами проводилась беседа с врачами на отделениях педиатрического профиля с последующим анализом их осведомленности в отношении актуальных клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи и соответствия им назначаемой терапии.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ, ПРОВОДИМОЙ В СТАЦИОНАРАХ КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНОВ, СОГЛАСНО ЧЕК-ЛИСТАМ, РАЗРАБОТАННЫМ И УТВЕРЖДЕННЫМ ФГБУ «ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ И КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» МИНЗДРАВА РОССИИ, ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ВИДЕ СЛЕДУЮЩИХ СОСТАВЛЯЮЩИХ

1

Соответствие назначенного лечения и плана обследования стандартам и клиническим рекомендациям

2

Назначение по международному непатентованному наименованию

3

Дозировка соответствует количественно определяемому содержанию препарата

4

Дозировки ЛП соответствуют клиническим рекомендациям

5

Проводится коррекция дозировки с учетом индивидуальных особенностей пациента (при необходимости)

6

Путь введения соответствует необходимому

7

Кратность назначения ЛП, соблюдение сроков дачи, введения ЛП в соответствии с назначением с фиксацией времени введения/дачи ЛП в листах назначений соответствует клиническим рекомендациям и инструкции по медицинскому применению

8

В медицинской документации должна быть отражена эффективность проводимой терапии по данным сопоставимых исследований.

9

При назначении ЛП учтены индивидуальные особенности пациента

10

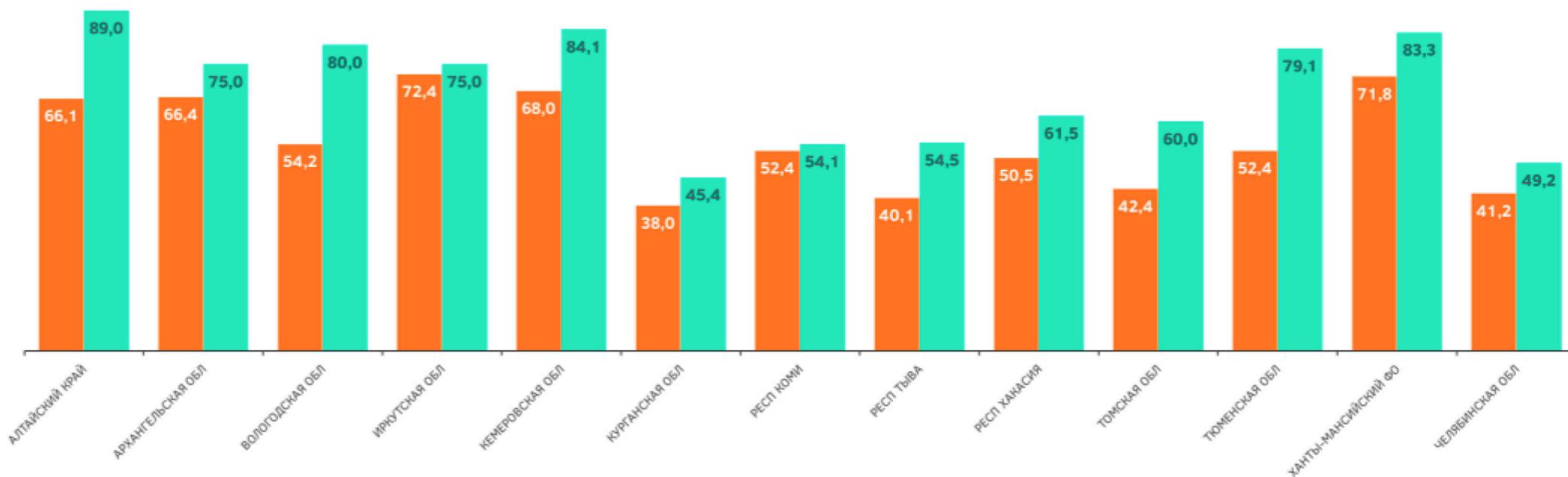
Назначение ЛП обосновано и подтверждено соответствующими записями в медицинской документации

РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО СУММАРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЗА 2021-2025 ГГ

2025	Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Екатеринбург	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ. Алтай	Респ. Коми	Респ. Тыва	Респ. Хакасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Тюменская обл	Ханты-Мансийский ФО	Челябинская обл	Ямало-Ненецкий ФО
Оценка	89,0	75,0	80,0	87,5	75,0	42,5	84,1	62,5	45,4	31,8	36,3	36,4	35,0	61,3	62,5	46,4	32,7	54,1	54,5	61,5	70,8	74,2	60,0	79,1	83,3	49,2	33,3
2021	Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Екатеринбург	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ. Алтай	Респ. Коми	Респ. Тыва	Респ. Хакасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Тюменская обл	Ханты-Мансийский ФО	Челябинская обл	Ямало-Ненецкий ФО
Оценка	66,1	66,4	54,2	57,1	72,4	53,6	68,0	77,7	38,0	76,4	61,6	74,3	49,3	86,8	69,6	48,8	73,2	52,4	40,1	50,5	76,0	87,4	42,4	52,4	71,8	41,2	72,0

Примечание: соответствие критерию оценивалось в баллах. Итоговые баллы суммировались по всем критериям

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ В 2025 ГОДУ, ПО СРАВНЕНИЮ С 2021 ГОДОМ



АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ПРОФИЛЮ «ПЕДИАТРИЯ»

С целью оценки соответствия врачебных назначений клиническим рекомендациям, методическим руководствам и стандартам оказания медицинской помощи анализировались следующие параметры:

1. Доля карт в медицинском учреждении, в которых соблюдены клинические рекомендации и стандарты оказания мед. помощи;
2. Доля карт, в которых НЕ соблюдены клинические рекомендации и стандарты оказания медицинской помощи;
3. Причины несоответствия по результатам беседы с врачами стационара.

Обобщенные результаты анализа соответствия терапии клиническим рекомендациям, методическим руководствам и стандартам оказания мед. помощи по профилю: «Педиатрия» по 27 регионам:

Количество проанализированных карт в рамках работы в одном стационаре	Доля карт, в которых соблюдены клинические рекомендации и стандарты оказания мед. помощи в % от общего количества проверенных мед. карт	Доля карт, в которых НЕ соблюдены клинические рекомендации и стандарты оказания мед. помощи
20-50	62,7 ± 30,7	37,3 ± 28,6

ПРИЧИНЫ 1. Врачи не владеют актуальной информацией
2. Затруднения в смене стереотипных подходов к терапии

НЕСООТВЕТСТВИЯ



Выводы

Результаты анализа полученных данных свидетельствуют о том, что процент соответствия терапии клиническим рекомендациям значительно различается в проанализированных регионах и на различных уровнях оказания медицинской помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНЕНИЯ

В течение 5 лет, по сравнению с 2021 г, отмечено улучшение показателей соответствия фармакотерапии клиническим рекомендациям на уровне стационарного звена и уменьшение назначений препаратов, не отраженных в рекомендациях (Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru)), однако уровень несоответствия лекарственной терапии, которую получают дети в стационарах, современным рекомендациям остается ещё довольно высоким.

В большей степени процесс своевременного освоения и внедрения в клиническую практику актуальных клинических рекомендаций характерен для стационаров III уровня оказания медицинской помощи; на II уровне положительная динамика отмечается, но выражена в значительно меньшей степени; на I уровне – ситуация не изменилась, по сравнению с предыдущим годом, что связано с низким уровнем мониторинга и координирующей деятельности между учреждениями III уровня и ЛПУ I-II уровней.

Ощутимая положительная динамика в отношении соответствия фармакотерапии клиническим рекомендациям в 2025 году отмечена в Алтайском крае, Вологодской обл., Свердловской обл., Иркутской и Кемеровской областях, Мурманской, Новгородской, Псковской и Томской областях.

Более низкий процент соответствия фармакотерапии клиническим рекомендациям в 2025 г, по сравнению с 2024 годом, обусловлен большим количеством медицинских учреждений I и II уровней оказания помощи, посещенных в рамках выездных мероприятий.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ

Полученные в ходе выездных мероприятий данные свидетельствуют о необходимости:

- повышения количества и качества образовательных мероприятий, посвященных имплементации рекомендаций и стандартов в клиническую практику (научно-практические конгрессы, конференции, вебинары, дистанционные обучающие модули и др.),
- активного привлечения к консультативной деятельности федеральных центров, усилению роли и курирующей функции «якорной» медицинской организации регионов
- и усиления контроля качества с их стороны в отношении учреждений I и II уровней оказания медицинской помощи.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ. РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ В 2021-2025 ГГ

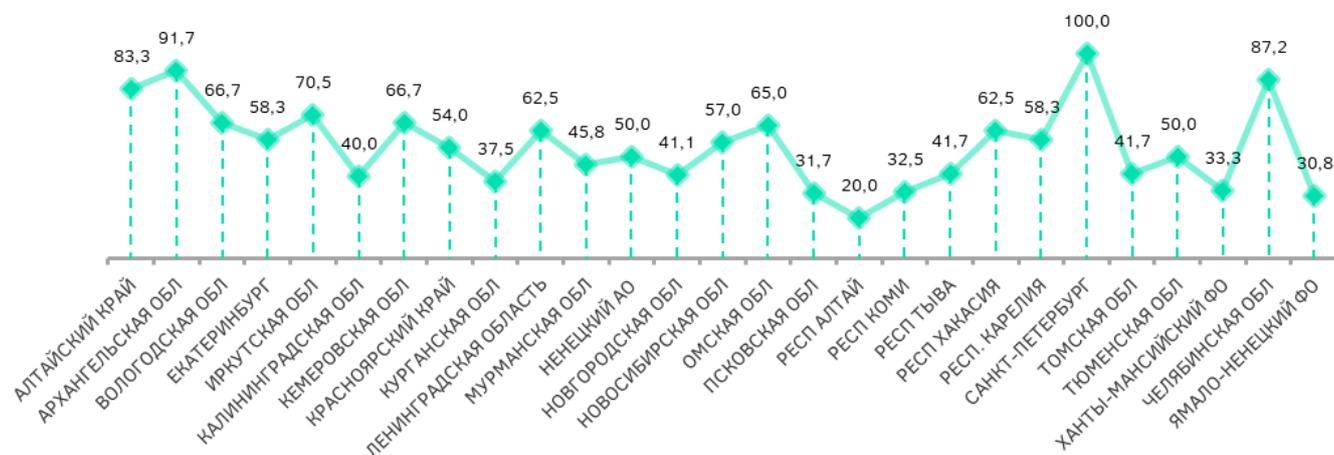
2025		Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Екатеринбург	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ Алтай	Респ Коми	Респ Тыва	Респ Ханасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Туменская обл	Ханты-Мансийский ФО	Челябинская обл	Ямало-ненецкий ФО
Балл		76,8	93,5	80,6	81,2	75,3	50,0	81,2	91,7	64,0	72,5	72,0	75,0	63,5	66,6	60,0	66,6	56,3	62,3	67,6	66,5	81,7	81,7	75,7	69,2	58,7	78,2	58,7
2021		Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Екатеринбург	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ Алтай	Респ Коми	Респ Тыва	Респ Ханасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Туменская обл	Ханты-Мансийский ФО	Челябинская обл	Ямало-ненецкий ФО
Балл		75,0	78,0	48,0	47,4	58,4	56,0	59,3	68,3	31,0	80,0	65,0	80,0	39,0	86,0	68,3	64,4	65,0	51,5	34,0	43,0	80,0	93,3	64,0	50,5	78,3	63,8	32,0

Примечание: соответствие критерию оценивалось в баллах. Итоговые баллы суммировались по всем критериям

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СООТВЕТСТВИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ КЛИН. РЕКОМЕНДАЦИЯМ 2025 Г., ПО СРАВНЕНИЮ С 2021 Г.



АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ ПРОВОДИМОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ РЕЗУЛЬТАТАМ ПОСЕВОВ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ



Примечание: соответствие критерию оценивалось в баллах. Итоговые баллы суммировались по всем критериям

Частным случаем анализа эффективности фармакотерапии является терапия инфекционных заболеваний с применением антибиотикотерапии. В данном случае оценивалась деятельность по оценке эпидемиологической обстановки, работа собственной микробиологической лаборатории или уровень взаимодействия с внешними поставщиками данных услуг, рутинные методы по анализу локального бактериологического пейзажа, динамика микробиологического пейзажа медицинского учреждения, соответствие закупки и назначения антибактериальных препаратов имеющимся данным, контроль продолжительности лечения и оценка эффективности проводимой терапии.

Результаты анализа антибиотикотерапии в курируемых 27 регионах РФ свидетельствуют о том, что в соответствии с чувствительностью антибактериальные препараты назначаются по-прежнему в 60-100% ($\pm 80\%$) в стационарах III уровня оказания медицинской помощи и в 20-60% на I-II уровне оказания медицинской помощи ($\pm 40\%$) в зависимости от региона и уровня стационара.

ВЫВОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНЕНИЯ

По сравнению с 2021 г, отмечена положительная динамика в отношении соответствия антибиотикотерапии результатам микробиологических обследований в большинстве регионов.

Также в большинстве курируемых регионов с 2021 по 2025г отмечено повышение укомплектованности стационаров III и II уровня оказания медицинской помощи по профилю «педиатрия» врачами-клиническими фармакологами и врачами-эпидемиологами.

Специалистам из вышеперечисленных регионов НМИЦ оказывает методическую помощь:

- проведение курсов повышения квалификации по рациональной антибиотикотерапии (в 2025 году курсы НМО на базе кафедры фармакологии с курсом клинической фармакологии и фармакоэкономики прошли клинические фармакологи из Ленинградской, Челябинской и Кемеровской областей, г. Санкт-Петербург, Респ. Коми), клинические фармакологи Челябинской области и Ханты-Мансийского АО прошли стажировку на рабочем месте: «Организация службы клинической фармакологии в многопрофильном стационаре»,

программа которой разработана в ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ в 2025 году, проведен обмен опытом на рабочем месте со специалистами из различных регионов.

- обучение врачей в рамках выезда в регионе,
- консультативная помощь – консультации с применением телемедицинских технологий и др. консультации по возникающим вопросам,
- в 2025 году проведены дистанционные и очные образовательные мероприятия по вопросам рациональной фармакотерапии, и в частности, антибиотикотерапии, антибиотикопрофилактике, паллиативной помощи, лечению инвазивных микозов и анемий; осуществлена методическая помощь при разработке протоколов и алгоритмов антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии.

Однако при этом в ряде регионов сохраняется недостаточная укомплектованность врачами эи При этом в ряде регионов сохраняется недостаточная укомплектованность врачами-эпидемиологами, клиническими фармакологами. В части регионов не осуществляется эффективная работа по бактериологическому мониторингу и фармакоэпидемиологическому анализу госпитальной микрофлоры. Сохраняются проблемы при взаимодействии стационаров со сторонними лабораториями.

КЛЮЧЕВЫМИ НАПРАВЛЕНИЯМИ ПО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ И В ЦЕЛОМ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- Повышение уровня знаний врачей в области антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики при помощи увеличения количества научно-практических образовательных мероприятий и курсов повышения квалификации.
- Укомплектованность медицинских учреждений регионов врачами-клиническими фармакологами и эпидемиологами согласно штатному расписанию.
- Разработка/актуализация алгоритмов антибиотикопрофилактики, антибиотикотерапии, противомикотической терапии и профилактики в медицинских учреждениях с учетом актуальных клинических рекомендаций и анализа локального микробиологического пейзажа стационаров.
- Разработка/актуализация алгоритмов рациональной инотропной терапии, анальгезии, инфузионной терапии и парентерального питания в медицинских учреждениях с учетом актуальных клинических рекомендаций.
- При политике централизации микробиологических лабораторий – повышение эффективности взаимодействия каждого конкретного ЛПУ с бактериологической службой.
- Эффективная командная работа клинических фармакологов, эпидемиологической и микробиологической служб по мониторингу микробиологического пейзажа стационара и снижения уровня резистентности флоры к резервным антибактериальным препаратам.
- Уделение особого внимания безопасному назначению лекарственных препаратов в лекарственных формах в соответствии с возрастными особенностями пациентов педиатрического профиля (применение растворов, суспензий и других жидких лекарственных форм у детей младшего возраста, отказ от деления таблетированных форм).
- Отказ от назначения лекарственных препаратов с низкой доказательной базой (например: препараты растительного происхождения, гомеопатические препараты, ноотропы, антиоксиданты, иммуномодуляторы, БАДы, поливитаминные комплексы и др.).

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ И ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫЕ НЕСООТВЕТСТВИЯ ПРИ ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ И ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРАХ КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНОВ ПО ПРОФИЛЮ «ПЕДИАТРИЯ» В 2024 ГОДУ

Частое несоответствие фармакотерапии диагнозу пациента	Низкий % назначений в соответствии с КР и стандартами оказания мед. помощи	Необоснованный объем лабораторно-инструментальных обследований, отсутствие анализа и интерпретации полученных результатов
Назначение антибактериальных препаратов без учета результатов бак. посевов и чувствительности микрофлоры, распространение нозокомиальной флоры	Полипрагмазия	Отсутствие врача клинического фармаколога в мед. учреждении
Низкое качество работы эпидемиолога(ов) по бак. мониторингу, анализу чувствительных и резистентных штаммов	Отсутствие (недостаточное оформление) протоколов врачебных комиссий (ВК) и добровольного информированного согласия пациентов (их родителей)	Отсутствие имплементации мед. информационной системы (МИС) в стационаре и персонифицированного учета и списания ЛП

В целом за прошедшие 4 года суммарно по субъектам можно констатировать наличие положительной динамики в отношении качества лекарственного обеспечения, контроля эффективности и безопасности фармакотерапии.

В рамках выездных мероприятий и далее дистанционно региональные специалисты получают информационную и методическую поддержку, совершенствуется качество оказания медицинской помощи, а именно:

- I Усовершенствование системы контроля эффективности фармакотерапии – разработка внутренней нормативной документации, алгоритмов, протоколов, чек-листов на основе актуальных рекомендаций и стандартов, являющихся инструментом контроля качества.
- II Введение должности клинического фармаколога, что позволяет системно подойти к вопросам контроля эффективности, безопасности фармакотерапии и оптимизации фармакоэкономики.
- III Имплементация системы фармаконадзора (внедрение нормативных актов, повышение выявляемости, учета и репортирования НР в Росздравнадзор, и следовательно, усиление контроля безопасности фармакотерапии.
- IV Повышение показателей и усиление безопасности фармакотерапии. В 2021-2024 гг в рамках аудита был выявлен ряд нарушений хранения, оборота и назначения лекарственных средств, большинство из которых исправлены.

V Повышение показателей соответствия фармакотерапии клиническим рекомендациям и стандартам мед. помощи.

VI Усовершенствование подходов к антибиотикопрофилактике и антибиотикотерапии, что имеет большое значение на фоне глобальной современной проблемы роста резистентности возбудителей инфекций и распространения нозокомиальной флоры.

VII Развитие фармакоэкономической составляющей в форме создания формуляра ЛС и более тщательному анализу и выбору перечня ЛС в стационарах; освоения фармакоэкономических методик с анализом и оптимизацией процесса закупок препаратов.

Основные показатели безопасности фармакотерапии, проводимой в стационарах курируемых регионов, согласно чек-листам, разработанным и утвержденным ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России, представлены в виде следующих составляющих:

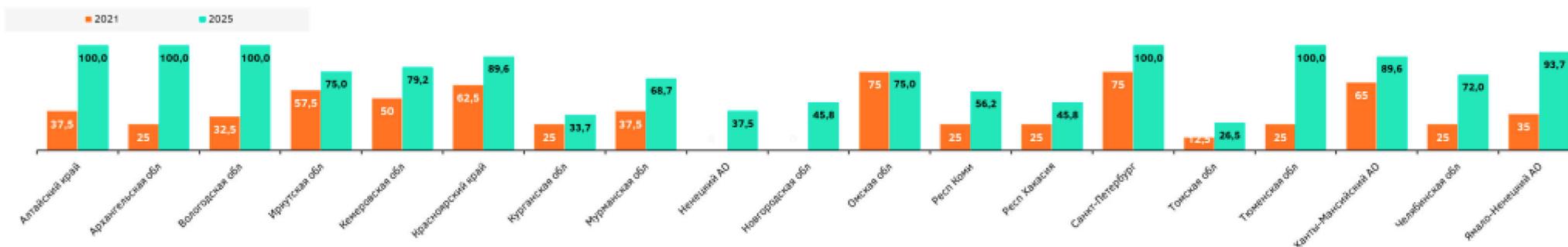
- Наличие внутренних приказов, регламентирующих порядок регистрации и сбора информации о нежелательных реакциях в медицинской организации и передачу сведений о них в Росздравнадзор.
- Наличие специалистов, ответственных за сбор и направление информации о нежелательных реакциях и проблемах безопасности лекарственных препаратов в Росздравнадзор.
- Организация взаимодействия с территориальным органом Росздравнадзора. Организация информирования центрального аппарата Росздравнадзора или территориальных органов Росздравнадзора по субъектам РФ о летальных нежелательных реакциях на лекарственные препараты в течение 3 рабочих дней с момента, когда произошла данная реакция.
- Наличие персонифицированного доступа в базу данных «Фармаконадзор 2.0»
- Направление выявляемых нежелательных реакций в Росздравнадзор (данные «Журнала регистрации НПР»).
- Фиксация сведений о выявленных в медицинской организации нежелательных реакций лекарственных препаратов в медицинской документации пациентов.
- Направление в течение 5 рабочих дней врачебными комиссиями извещений о случаях индивидуальной непереносимости, явившихся основанием для выписки лекарственных препаратов по торговым наименованиям.
- Консультирование медицинского персонала, проведение совещаний, учебных семинаров, направленных на повышение сообщаемости и качества сообщений о НР при применении ЛС.
- Назначение ЛП, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, проводится по решению ВК.
- Назначение ЛП, по торговым наименованиям, проводится по решению ВК.
- Назначение ЛП «off-label» (вне инструкции) проводится по решению ВК.
- Назначение ЛП, не зарегистрированных в РФ, проводится по решению ВК.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ, ПРОВОДИМОЙ В СТАЦИОНАРАХ РЕГИОНА ПО ПРОФИЛЮ «ПЕДИАТРИЯ». РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ В 2021-2025 ГОДУ

2025	Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Екатеринбург	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ Алтай	Респ Коми	Респ Тыва	Респ Хакасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Тюменская обл	Ханты-Мансийский АО	Челябинская обл	Ямало-Ненецкий АО
	Мониторинг нежелательных реакций, связанных с применением ЛП	100,0	100,0	100,0	87,5	75,0	31,2	79,2	89,6	33,7	37,5	68,7	37,5	45,8	66,7	75,0	46,5	0,0	56,2	28,0	45,8	62,5	100,0	26,5	100,0	89,6	72,0
Безопасность фармакотерапии	43,8	70,0	80,0	85,0	57,5	43,7	75,0	55,0	31,5	25,0	37,5	37,5	31,2	75,0	78,0	12,5	12,5	17,0	22,5	41,7	33,3	70,0	25,0	85,0	80,0	60,0	43,7
2021	Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Екатеринбург	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ Алтай	Респ Коми	Респ Тыва	Респ Хакасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Тюменская обл	Ханты-Мансийский АО	Челябинская обл	Ямало-Ненецкий АО
	Мониторинг нежелательных реакций, связанных с применением ЛП	37,5	25	32,5	100	57,5	50	62,5	25	75	37,5	0	0	75	75	50	38	25	54	25	71,2	75	12,5	25	65	25	35
Безопасность фармакотерапии	52,5	60	41,75	70	70	53,8	73,8	76,3	28,8	65	53,8	40	36,3	78,8	78	42,5	48,8	56,3	52,5	30	58	71	37,5	50	64,3	47,5	20

Примечание: соответствие критерию оценивалось в баллах. Итоговые баллы суммировались по всем критериям

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ 2025 ГОДУ, ПО СРАВНЕНИЮ С 2021 ГОДОМ



Выводы

Ключевыми проблемами системы обеспечения и мониторинга безопасности фармакотерапии в 27 регионах по профилю «Педиатрия» в 2025 году являются:

1. Низкая эффективность работы системы регистрации и сбора сведений и репортирования о серьёзных и непредвиденных НР в медицинских учреждениях I-II уровней оказания медицинской помощи.
2. Низкое качество письменных назначений ЛП и их обоснования
3. Низкий уровень имплементации системы обучения и информирования пациентов, сопровождающих, ухаживающих
4. Низкий уровень внедрения и освоения технологий, снижающих риски при использовании ЛП (индивидуальные таблетницы, электронные браслеты и т.д.)

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНЕНИЯ

В большинстве регионов в 2021–2025 гг отмечено повышение укомплектованности штата медицинских учреждений III уровня врачом клиническим фармакологом.

Специалистам из курируемых регионов НМИЦ оказывает методическую помощь:

- проведение дистанционных и очных образовательных мероприятий по фармаконадзору,
- а также методическая помощь при разработке внутренней нормативной документации и алгоритмов выявления, регистрации и репортирования о нежелательных реакциях на лекарственные препараты.

По сравнению с 2021 г, система фармаконадзора учреждена и/или усовершенствована в большинстве регионов:

- разработка внутренних нормативных актов, журналов по учету нежелательных реакций на ЛС,
- закрепление ответственных лиц.

В ряде субъектов усовершенствован подход к назначению терапии off-label и оформлению протоколов врачебной комиссии (*Вологодская обл., Иркутская обл., Респ. Хакасия, Мурманская обл., Новосибирская обл.*).

Однако, при этом, качество ведения первичной медицинской документации (в т.ч. протоколов ВК) по-прежнему необходимо совершенствовать (подробное обоснование диагноза, назначений, смены терапии, интерпретации результатов обследования и оценки эффективности лечения в динамике).

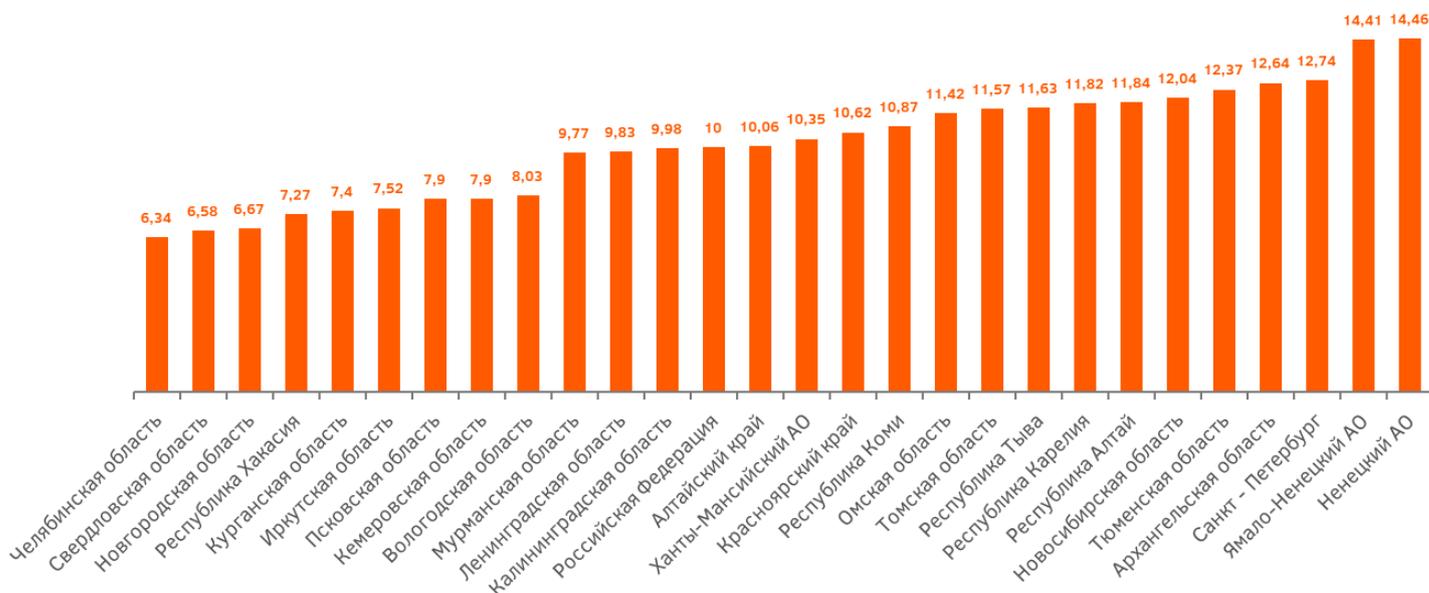
РЕЙТИНГ ПО КАДРОВОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНОВ

При оценке кадрового обеспечения медицинских организаций учитывались показатели:

- обеспеченность врачами по профилю «педиатрия» на 10 000 населения, а также в разрезе амбулаторного и стационарного звена.
- количество физических лиц в медицинских организациях, участвующих в оказании медицинской помощи пациентам по профилю «педиатрия»
- укомплектованность штатных и занятых должностей физическими лицами (основными сотрудниками).
- уровень профессиональной подготовки специалистов педиатров (квалификационная категория, сертификат специалиста).

Расчетные показатели сравнивались со средним значением по федеральному округу и РФ в 2024 году, а также оценивалась динамика показателей за период с 2020 по 2024 год. Максимальные показатели (82 %-98%) -10 баллов. За результат положительной динамики брали увеличение показателей на > 5%. За устойчивые показатели брали 60 %. В разрезе курируемых округов самый высокий показатель обеспеченности врачами педиатрами в Северо-Западном федеральном округе (21.03), самый низкий показатель в Уральском федеральном округе 14.58. В 2024 г из 27 регионов только 5 продемонстрировали незначительную положительную динамику прироста числа врачей - педиатров (2,4 %).

РЕЙТИНГ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ врачами-педиатрами участковыми на 10 тыс. населения за 2024 г.



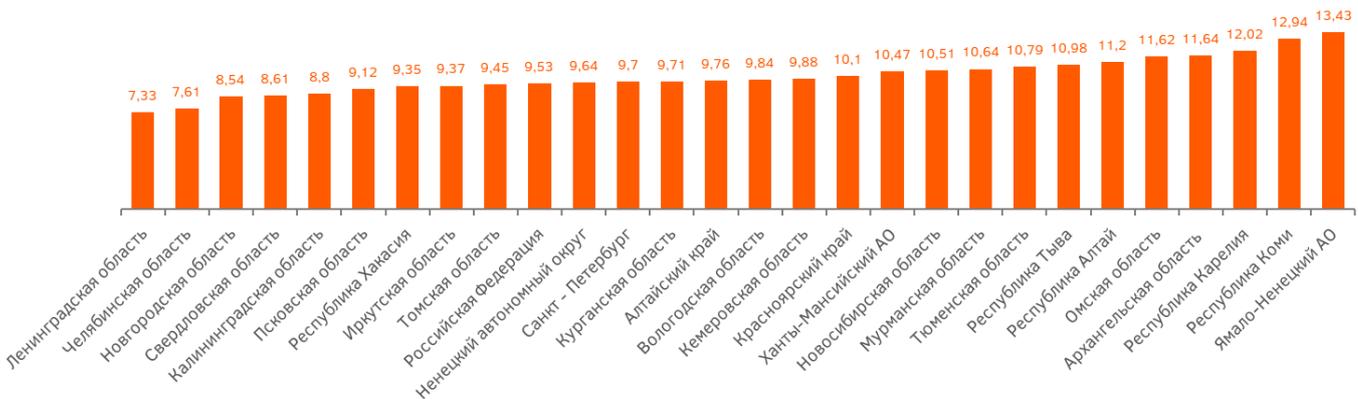
Лидеры по обеспеченности (2024 г.)	Регионы с наиболее низкой обеспеченностью (2024 г.)
Ненецкий автономный округ — 14.46	Челябинская область- 6.34
ЯНАО- 14.41	Свердловская область- 6.58
Санкт-Петербург – 12.74	Новгородская область -6.67
Архангельская область -12.64	Республика Хакасия -7.27
Тюменская область-12.37	Курганская область – 7.40

РЕЙТИНГ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ НА 10 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ ЗА 2024 Г.



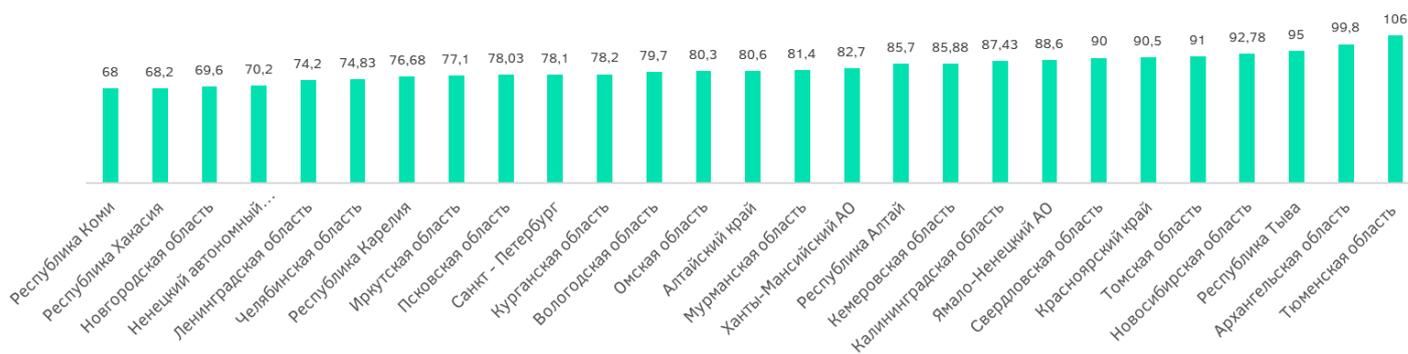
Лидеры по обеспеченности (2024 г.)	Регионы с наиболее низкой обеспеченностью (2024 г.)
Санкт-Петербург — 29,82	Курганская область-10,44
Ненецкий автономный округ — 26,99	Новгородская область — 11,48
Ямало-Ненецкий АО — 24,82	Республика Хакасия — 11,58
Архангельская область — 21,44	Челябинская область — 12,84
Томская область — 21,24	Псковская область — 12,41

РЕЙТИНГ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ УЧАСТКОВЫХ НА 10 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ ЗА 2024 Г.



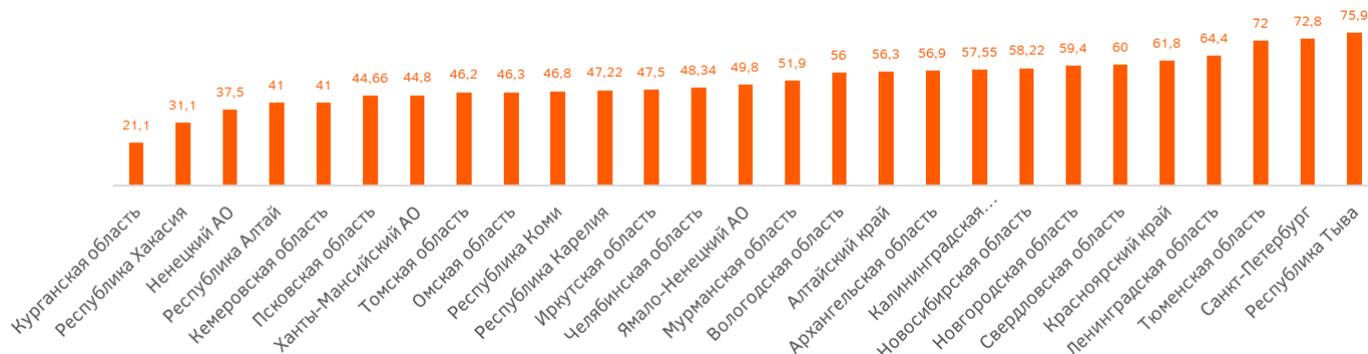
Лидеры по обеспеченности (2024 г.)	Регионы с наиболее низкой обеспеченностью (2024 г.)
ЯНАО-13.43	Ленинградская область- 7.33
Республика Коми-12.94	Челябинская область – 7,61
Республика Карелия – 12.02	Новгородская область –8,54
Архангельская область – 11,64	Свердловская область –8,61
Омская область-11,62	Калининградская область – 8,80

РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ В АМБУЛАТОРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ В 2025 Г.



Лидеры по укомплектованности физлицами % (2024 г.)	Регионы с наиболее низкой укомплектованностью физлицами % (2024 г.)
Тюменская область-106	Республика Коми-68
Архангельская область без автономного округа-99.8	Республика Хакасия-68,2
Республика Тыва-95	Новгородская область -69,6

РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ ВРАЧЕЙ- ПЕДИАТРОВ В СТАЦИОНАРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ В 2025Г.



Лидеры по укомплектованности физлицами % (2024 г.)	Регионы с наиболее низкой укомплектованностью физлицами % (2024 г.)
Республика Тыва-75,9	Курганская область-21,1
г.Санкт-Петербург-72,8	Ненецкий АО- 37,5
Тюменская область-72	Кемеровская область-41,0

ВЫВОДЫ

Исследование уровня кадровых ресурсов здравоохранения в СЗФО, СФО, УФО указывает на наличие неблагоприятных тенденций, в числе которых – снижение показателя обеспеченности населения врачами и средними медицинскими работниками за период 2023-2024 гг.

Существенное снижение показателей обеспеченности врачами-педиатрами в Челябинская область- (6.34) ,Свердловской (6.58) областях.

За период 2020-2024 гг наблюдается нарастающее увеличение потребности специалистов со средним медицинским образованием по всем курируемым регионам на 2-5 %.



РЕЙТИНГ СУБЪЕКТОВ ПО УРОВНЮ АВТОМАТИЗАЦИИ ПРОЦЕССОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ПЕДИАТРИЯ»

ЗА ПЕРИОД 2020-2025 ГГ., РАЗВИТИЕ АВТОМАТИЗАЦИИ СУБЪЕКТОВ РФ ОЦЕНИВАЛОСЬ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ:

А. число медицинских организаций (структурных подразделений) имеющих подключение к сети интернет, всего в субъекте РФ;

Б. число медицинских организаций (структурных подразделений) подключенных к защищенной сети передачи данных Минздрава России, всего в субъекте РФ;

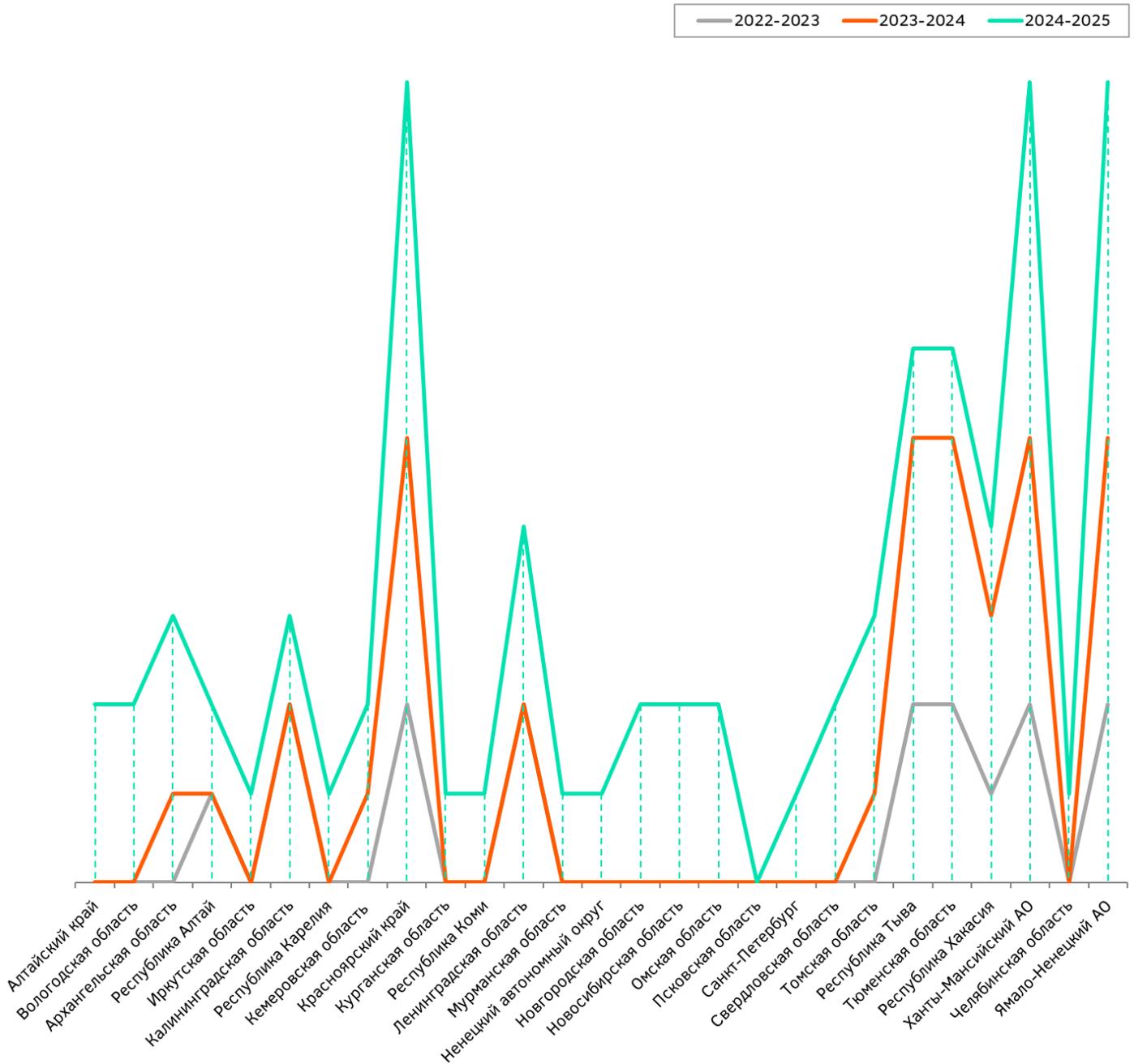
В. число медицинских организаций (структурных подразделений) использующих МИС, всего в субъекте РФ; из них:

- в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;
- число медицинских организаций (структурных подразделений) интегрированные в ВИМИС;
- число медицинских организаций (структурных подразделений), в которых МИС интегрированы в ГИС, всего в субъекте РФ;
- число медицинских организаций (структурных подразделений), в которых МИС использует справочные федеральные подсистемы (ФРМР, ФРМО, НСИ), всего в субъекте РФ;
- число медицинских организаций (структурных подразделений) использующих лабораторные информационные системы (ЛИС), из них в составе МИС:

1. число патологоанатомических отделений, использующих ЛИС;
2. число медицинских организаций (структурных подразделений), оборудованных для проведения телемедицинских консультаций, всего в субъекте РФ;
3. число автоматизированных рабочих мест для медицинских работников, всего в субъекте РФ;
4. число автоматизированных рабочих мест медицинских работников подключенных к МИС, всего в субъекте РФ;
5. число автоматизированных рабочих мест, имеющих доступ к системе непрерывного медицинского образования через автоматизированные рабочие места, всего в субъекте РФ; число врачей, имеющих усиленную квалифицированную ЭП, от общего количества врачей по основным профильным специальностям (педиатры), в субъекте РФ.

За период 2021-2025 годы стабильно положительную динамику демонстрируют субъектов (Красноярский край, Ханты-Мансийский АО, Ямало-Ненецкий АО). Рисунок 1.

РИСУНОК 1. РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА ПРОЦЕССОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ по профилю «педиатрия» с учетом субъекта РФ 2022-2025 гг.



Из 27 курируемых субъектов 12 – имели положительную динамику за период 2024-2025 гг., 14 – отсутствие динамики.

Отрицательная динамика была отмечена в Псковской области.

Автоматизация процессов оказания медицинской помощи в Херсонской и Запорожской областях не оценивалась в связи с отсутствием МИС.

92,5%

субъектов — ключевым показателем развития выступало количество автоматизированных рабочих мест для медицинского персонала, число таких рабочих мест, подключённых к медицинской информационной системе (МИС), а также число врачей, имеющих усиленную квалифицированную ЭП.

РЕГИОНЫ С ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ
ДИНАМИКОЙ

Новосибирская область

Архангельская область

Красноярский край

Новгородская область

Свердловская область

Вологодская область

Алтайский край

Ханты-Мансийский АО

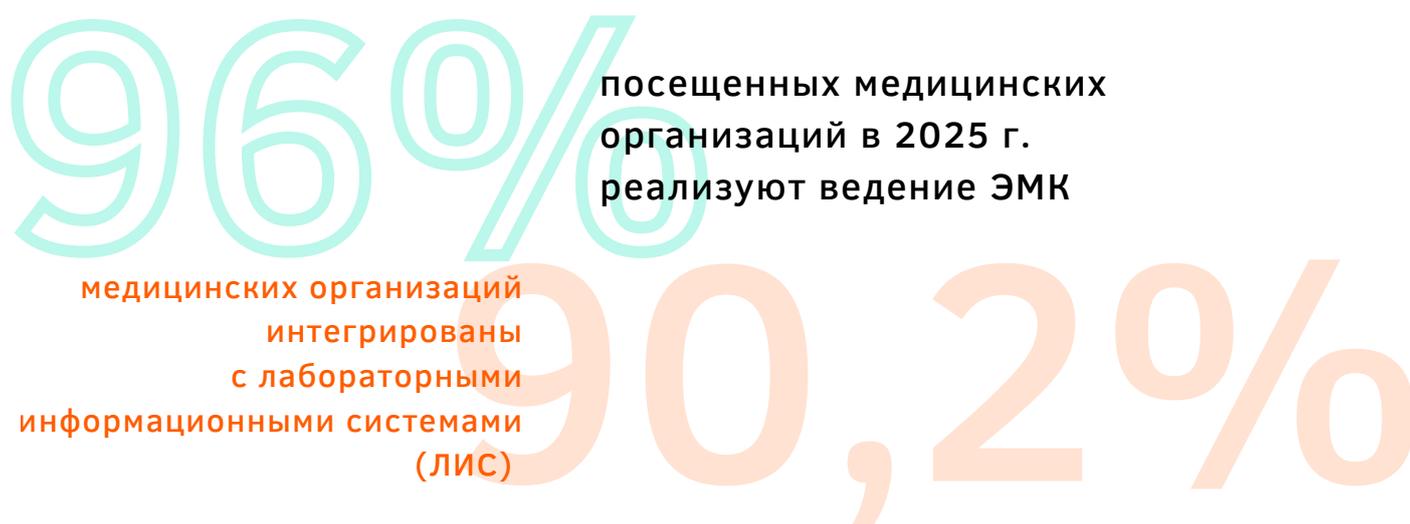
Омская область

Каждая медицинская организация субъекта была оценена по действующим нормативным актам, регулирующим работу МИС, а также по следующим параметрам развития МИС:

- реализация блока «Управление потоками пациентов» (электронная регистратура);
- управление и планирование потоков пациентов при оказании первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в стационарных условиях (формирование расписания приема специалистов, учет и планирования занятости коечного фонда);
- мониторинг доступности записи на прием к врачу в сроки, установленные территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- реализация блока «Ведение электронной медицинской карты пациента» (ЭМК), в том числе:

1. сбор, систематизацию и обработку сведений о лицах, которым оказывается медицинская помощь, с ведением медицинской документации;
2. назначение диагностических исследований и формирование направления на диагностические исследования с рабочего места врача, получение результатов диагностических исследований в электронной форме;
3. интеграция с системой хранения результатов диагностических исследований (архив медицинских изображений); интеграция с лабораторными информационными системами (ЛИС);
4. автоматическая выгрузка региональных регистров пациентов, имеющих право на льготное лекарственное обеспечение из МИС;
5. реализация автоматического формирования реестров счетов за оказанную медицинскую помощь.

РЕАЛИЗАЦИЯ БЛОКА «ВЕДЕНИЕ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА» (ЭМК)



В 2025 году 59,2% организаций не реализована интеграция с системой хранения результатов диагностических исследований, при этом 14,8% медицинских организаций субъектов не имеют возможности автоматического формирования реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, а 7,4% - формирования расписания приема специалистов, учет и планирования занятости коечного фонда.

Сотрудниками НМИЦ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России даны рекомендации по устранению недостающих элементов функционирования медицинских информационных систем.

4.3. Результаты мониторинга и предложения по повышению эффективности реализации федеральных проектов в субъектах Российской Федерации

Организационные мероприятия:

- Актуализация приказов по маршрутизации в субъекте РФ
- Реализация контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях, особое внимание уделить соблюдению клинических рекомендаций на всех уровнях оказания медицинской помощи
- Обеспечение контроля со стороны администрации МО и администрации региона за выполнением планов профилактических осмотров и диспансеризации детей.
- Усиление контроля за исполнением программы ВУЗ-регион.
- Обеспечение межведомственного взаимодействия с целью снижения внешних причин смерти детей.



5. Аналитическая информация об эффективности (результативности) деятельности НМИЦ с точки зрения изменения ситуации с оказанием медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в результате деятельности НМИЦ

92,5%

медицинских организаций требуют реализации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», в том числе формирования плана внутренних аудитов и их проведение, формирование планов корректирующих мероприятий, анализ выявленных нарушений.

88,8%

медицинских организаций требуют усиленного контроля за выполнением критериев оценки качества медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи, а также ведения первичной медицинской документации.

65%

курируемых «якорных» организаций в 2025 году не реализовали анализа и оценки организации оказания медицинской помощи в регионе, организационно-методической помощи врачам медицинских организаций, расположенных на территории субъекта РФ в соответствии с Приказом 19н от 21.01.2022 «Об утверждении типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице».

99%

посещенных медицинских организаций (по данным контрольных мероприятий и Территориальных фондов ОМС субъектов РФ) реализуют оценку соответствия фактической маршрутизации пациентов региональной нормативно-правовой базе по профилю «педиатрия». В ряде субъектов региональные приказы по маршрутизации пациентов не содержательны, или не разработаны по профилю «педиатрия». Оценка эффективности их реализации невозможна.

70%

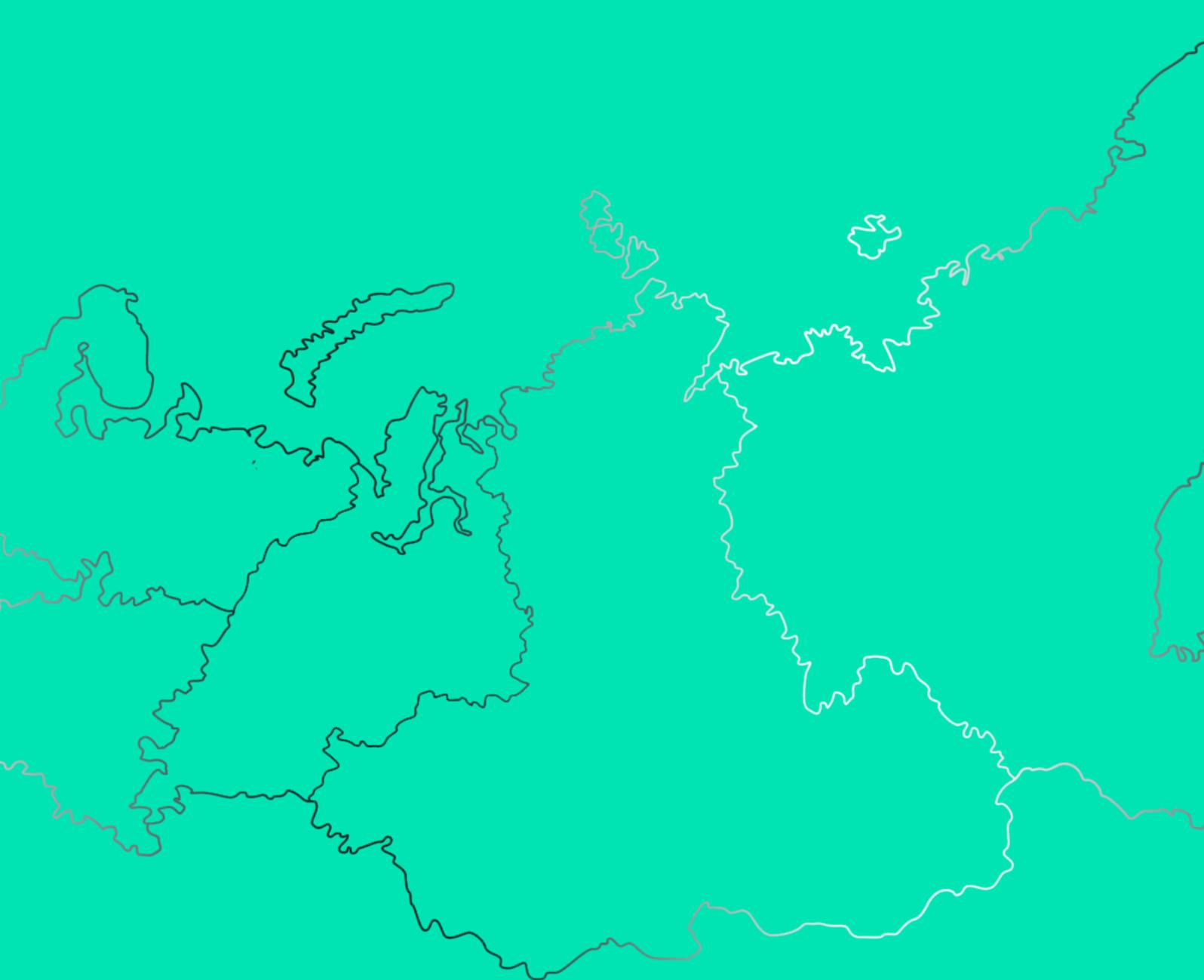
курируемых субъектов необходима актуализация или разработка приказов по маршрутизации по профилю «педиатрия» с учетом порядков оказания медицинской помощи, принципов территориального планирования (с подробным описанием зон ответственности каждой медицинской организации), угрозометрических принципов (с разработкой карт оценки тяжести состояния пациента, угрозометрических шкал для оценки риска транспортировки) с учетом использования возможностей федеральных центров.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ПЕДИАТРИЯ» В ХЕРСОНСКОЙ И ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТЯХ

Описание проблемы (вопроса), требующие системного решения	Предложения по решению обозначенной проблемы (вопроса)	Предложения по внесению изменений (разработке) нормативных актов (если требуется)
Отсутствие организации первичной медико-санитарной помощи детям по территориально-участковому принципу, отсутствие сведений о числе проживающих детей на территории Херсонской области	Организация первичной медико-санитарной помощи детям по территориально-участковому принципу в соответствии со статьей 33 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.04.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям», Приказом от 16 апреля 2012 г. №366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи». Организация оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях детскому населению в соответствии с Приказом Минздрава России от 10.08.2017 №514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».	Разработка нормативно-правовых актов (далее-НПА) на уровне Министерств здравоохранения, регламентирующих оказание медицинской помощи детям в амбулаторных условиях
Отсутствие 3- уровневой системы оказания медицинской помощи детям, отсутствие «якорной» организации по профилю «педиатрия»	Формирование системы оказания медицинской помощи детскому населению: <ul style="list-style-type: none"> • 1 этап: создание 2 - уровневой системы оказания медицинской помощи детям; • 2 этап: создание 3 - уровневой системы оказания медицинской помощи детям, определение «якорной» организации по профилю «педиатрия» 	Формирование НПА об организации оказания медицинской помощи по профилю «педиатрия» и «неонатология».
Отсутствие маршрутизации детского населения по территориальному, угрозометрическому принципу, с учетом уровней медицинских организаций	Формирование НПА по маршрутизации детского населения Херсонской и Запорожской областей, с учетом территориальной доступности, действующего кадрового состава ЛПУ, угрозометрических принципов, возможностей медицинских организаций (в соответствии с уровнем), с целью минимизации риска перегоспитализаций. Проведение анализа структуры коечного фонда по профилю «педиатрия» и «неонатология».	Формирование НПА
Несоответствие работающих на территории Херсонской и Запорожской областей подразделений, оказывающих медицинскую помощь детям, приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 г. №366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи»	Приведение в соответствие Порядку – правил организации медицинской помощи, рекомендуемым штатным нормативам и стандартам оснащения.	Формирование приказа Министерств здравоохранения Херсонской и Запорожской областей о проведении аудита подразделений, оказывающих медицинскую помощь детскому населению лицензионным требованиям.

Описание проблемы (вопроса), требующие системного решения	Предложения по решению обозначенной проблемы (вопроса)	Предложения по внесению изменений (разработке) нормативных актов (если требуется)
Несоответствие первичной медицинской документации и отчетных форм утвержденным в РФ	Использование во всех медицинских организациях форм, утвержденных: Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения», Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению»	Формирование НПА о применении утвержденных форм
Отсутствие медицинской информационной системы в Херсонской и Запорожской областях	Организация работы медицинской информационной системы в Херсонской и Запорожской областях в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24.12.2018 г. № 911н «Об утверждении Требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций»	Формирование НПА об использовании медицинской информационной системы
Не обеспечено проведение телемедицинских консультаций с федеральными центрами детскому населению, не определена медицинская организация, проводящая ТМК	Организация проведения телемедицинских консультаций в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 30 ноября 2017 г. N 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»	Формирование НПА о порядке организации и оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий
Отсутствует система анализа причин детской и младенческой смертности, как на уровне медицинских организаций, так и на уровне Министерства здравоохранения Херсонской и Запорожской областей	Организация работы врачебных комиссий на уровне медицинских организаций, с выделением подкомиссии врачебной комиссии по разбору летальных исходов. Организация разбора всех случаев детской и младенческой смертности на уровне Министерств здравоохранения Херсонской и Запорожской областей с участием приглашенных рецензентов и патологоанатомов, при необходимости.	Формирование НПА о деятельности врачебной комиссии во всех медицинских организациях субъекта, о порядке разбора случаев младенческой и детской смертности на уровне Министерств здравоохранения Херсонской и Запорожской областей
Кадровый дефицит врачей-педиатров, врачей-неонатологов, врачей-специалистов, врачей анестезиологов-реаниматологов.	Оценка потребности региона в медицинских кадрах и формирование заявок по программе целевого обучения. Формирование программы по привлечению кадров из других субъектов РФ.	Утверждение программы по привлечению кадров, плана по устранению кадрового дефицита.

Описание проблемы (вопроса), требующие системного решения	Предложения по решению обозначенной проблемы (вопроса)	Предложения по внесению изменений (разработке) нормативных актов (если требуется)
Отсутствие организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	Формирование в медицинских организациях системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»	Разработка НПА с разъяснением на уровне Министерств здравоохранения для всех медицинских организаций
Отсутствие образовательных мероприятий между Министерством здравоохранения региона и медицинскими организациями	Проведение образовательных мероприятий с медицинскими организациями Херсонской и Запорожской области по переходу на законодательство РФ в организации оказания медицинской помощи	Утверждение плана образовательных мероприятий
Неукомплектованность материально-технической базы медицинских учреждений, недостаточные возможности лабораторных и инструментальных исследований	Укомплектование материально-технической базы в т.ч. обеспечение достаточного объема лабораторного и инструментального обследований у детей на 2 этапе диспансерного обследования.	Утверждение программы по укомплектованию материально-технической базы
Не начат переход на применение порядков, стандартов, клинических рекомендаций и критериев качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях.	Проведение образовательных мероприятий с медицинскими организациями Херсонской и Запорожской областей по переходу на законодательство РФ в организации оказания медицинской помощи, формирование плана внедрения в работу.	Утверждение плана образовательных мероприятий, плана внедрения в работу медицинских организаций, действующих НПА.
Отсутствуют приказы о структуре коечного фонда медицинских организаций.	Формирование коечного фонда медицинских организаций, согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи».	Формирование плана аудитов медицинских организаций Херсонской и Запорожской областей.
Отсутствие санитарно-эпидемиологического контроля на всех уровнях оказания медицинской помощи детям.	Обеспечить санитарно-эпидемиологический контроль на всех уровнях оказания медицинской помощи детям.	Формирование плана аудитов медицинских организаций Херсонской и Запорожской областей.



73%

курируемых регионов выполнили
рекомендации НМИЦ 2021-2025 гг.

1 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ

методической базы, обеспечивающей реализацию задач НМИЦ в организационно-методической, информационно-аналитической, и образовательной деятельности в качестве «головных» организаций в субъектах Российской Федерации по профилю «педиатрия».

2 ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА,

оперативности сбора и анализа статистической информации по профилю с обеспечением оперативного доступа НМИЦ к общефедеральным и региональным показателям.

3 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ

методической базы, обеспечивающей оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий специалистами федеральных НМИЦ в медицинских организациях субъектов Российской Федерации.

4 СТАНДАРТИЗАЦИЯ

и единообразии критериев системы контроля качества медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и критериев оценки качества медицинской помощи по каждому профилю.

5 АКТИВИЗАЦИЯ

организационно-методической деятельности региональных медицинских организаций 3 уровня в медицинских организациях субъектов РФ независимо от их ведомственной принадлежности, с привлечением главных профильных специалистов.

6 ОРГАНИЗАЦИЯ

и проведение образовательных мероприятий для специалистов федеральных НМИЦ по всем направлениям деятельности.

7 КООРДИНАЦИЯ

совместных выездных мероприятий национальных медицинских исследовательских центров в курируемые регионы, в том числе по смежным профилям.

2025