

# КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Март —  
апрель  
2013

2

ТОМ  
XCIV

ОАО «ТАТМЕДИА»  
КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

УДК 614.2: 614.251.2: 616-053.2

АА01

## МОДЕРНИЗАЦИЯ ДЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

*Айрат Закиевич Фаррахов\**

*Министерство здравоохранения Республики Татарстан*

### Реферат

**Цель.** Обобщение первых результатов модернизации детского здравоохранения в Республике Татарстан.

**Методы.** В работе были использованы аналитический, экспертный, сравнительный методы, а также метод системного подхода.

**Результаты.** Полученные результаты наглядно демонстрируют, что основная задача проводимой модернизации — совершенствование системы охраны здоровья детского населения на основе инновационных медико-организационных технологий. Модернизация подразумевает процесс усовершенствования и обновления объектов здравоохранения, приведение их в соответствие с новыми требованиями, нормами, техническими условиями, показателями качества и повышения уровня профессионализма медицинских работников. Основное внимание уделяется менеджменту, информатизации медицинских учреждений, современным технологиям подготовки кадров, межведомственной интеграции. Приоритеты модернизации едины для всей страны, однако их реализация зависит от внутрисистемных и внесистемных особенностей здравоохранения субъекта Российской Федерации. В ходе модернизации усилия отрасли целесообразно объединить в рамках модели организации медицинской помощи, основанной на зональной ответственности центров высоких медицинских технологий и развитии государственно-государственного партнёрства.

**Вывод.** Одним из приоритетных направлений профилактической деятельности педиатрической службы Республики Татарстан является формирование профилактического пространства с помощью новой функциональной структуры — Центров здоровья для детей; важное место в ходе модернизации детского здравоохранения должно быть отведено оценке осуществляемых инноваций, при этом в качестве индикаторов эффективности целесообразно использовать статистические, количественные и качественные показатели, отражающие эффективность деятельности системы здравоохранения.

**Ключевые слова:** модернизация, здоровье детского населения, профилактика.

**PEDIATRIC HEALTH CARE MODERNIZATION IN THE REPUBLIC OF TATARSTAN: FIRST RESULTS** A.Z. Farrahov. Ministry of Healthcare of the Republic of Tatarstan, Kazan, Russia. **Aim.** To summarize the first results of pediatric healthcare modernization in the Republic of Tatarstan. **Methods.** Analytical, expert, comparison and systematic approaches were used as a research methods. **Results.** The obtained results vividly depict the main goal of the modernization performed — to improve the pediatric healthcare on the basis of the innovative medical and management technologies. Modernization is understood as a process of current healthcare facilities enhancement and renovation, bringing them in line with new requirements, norms, technical regulations, healthcare quality measurement tools and qualification of healthcare professionals. The main attention is devoted to healthcare management, computerization of healthcare facilities, modern training technologies, interdepartmental integration. Modernization priorities are shared by the whole country, however, their implementation depends on intra- and off-system healthcare features in subjects of Russian Federation. It is useful to unite the efforts of the healthcare system in the process of modernization in terms of healthcare management based on territorial responsibility of high medical technologies centers and development of governmental-private partnerships. **Conclusion.** One of the priority trends of prevention service of pediatric healthcare in the Republic of Tatarstan is to form the prevention policies by introduction of a new functional structure — pediatric healthcare centers. The important role should be given to quality assessment of the introduced innovations by statistical, quantitative and qualitative assessments, showing the effectiveness of the healthcare. **Keywords:** modernization, children's health, prevention.

Реализация беспрецедентной по своему масштабу программы модернизации здравоохранения России включает работу по следующим приоритетным направлениям: профилактика болезней и здоровый образ жизни, качество и доступность медицинской помощи, инновационные технологии и сохранение кадров в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения. В целом за 2011–2012 гг. предусмотрено финансирование региональных программ в объёме 633 млрд руб., из которых 390 млрд руб. — средства Федерального Фонда обязательного медицинского страхования; 112,8 млрд руб. — бюджеты субъектов; 130 млрд руб. — бюджеты территориальных фондов медицинского страхования [1]. Модернизация здравоохранения имеет федеральную и региональную законодательно-нормативную базу (приказ Минздравсоцразвития России от 17.02.2011 № 141н, распоряжение Правительства Российской Федерации от 27.12.2010 № 2396-р, Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ, Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ).

В Республике Татарстан (РТ) программа модернизации здравоохранения утверждена постановлением Кабинета министров РТ от 10.03.2011 № 179 (в редакции от 24.08.2011, 19.10.2011, 27.12.2011, 16.05.2012, 11.07.2012). Её финансовое наполнение составляет 7,9 млрд руб., из которых 34% направлено на совершенствование системы охраны материнства и детства.

Мы рассматривали предстоящую модернизацию как процесс усовершенствования и обновления существующих объектов здравоохранения, приведение их в соответствие с новыми требованиями, нормами, техническими условиями и показателями качества, повышение уровня профессионализма медицинских работников [2, 3].

Следует отметить, что приоритеты модернизации здравоохранения являются общими для всех субъектов Федерации: укрепление материально-технической базы, информатизация и разработка стандартов медицинских услуг. Однако региональные особенности внутри- и внесистемного характера определяют специфические нюансы этого процесса.

Разработке республиканской программы модернизации в части совершенствования системы детского здравоохранения предшествовал аудит эффективности использования ресурсов, представленных 7 межмуниципальными центрами, 6 городскими больницами, 21 амбулаторно-поликлиническим учреждением, 4 детскими санаториями, домом ребён-

ка и реабилитационным центром с позиции внутрисистемных и внесистемных вызовов.

Аудит выявил существенные резервы, связанные с качеством больничного менеджмента, ограничением информационных ресурсов, слабой материально-технической базой и приборным оснащением лечебно-профилактических учреждений, кадровым дефицитом в разрезе муниципальных образований республики. Разрыв в показателях здоровья детей (заболеваемость, инвалидность и смертность), проживающих в больших, малых городах и сельских районах, свидетельствовал о проблемах, связанных с доступностью и качеством медицинской помощи, квалификацией медицинского персонала.

Следовательно, с позиций производителей медицинских услуг основные направления модернизации следовало направить на:

- концентрацию внутрисистемных ресурсов здравоохранения (финансовых, материально-технических, информационных, кадровых), обеспечивающих продвижение современных медицинских технологий, в том числе жителям сельских районов;

- формирование модели организации медицинской помощи, основанной на зональной ответственности центров высоких медицинских технологий, этапности её оказания, частно-государственном партнёрстве, что позволяет максимально использовать кадровый потенциал.

В РТ с общей численностью населения 3 787 485 человек было выделено три зоны ответственности: Казанская, Набережно-Челнинская и Альметьевская (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что в структуре населения доля детей варьирует от 18,3% в Казанской до 20,6% в Альметьевской зоне. При этом в Казанской зоне более половины детей (192 487 человек, 51,4%) проживают в г. Казани. В Набережных Челнах проживают 97 619 (41,3%), а в Альметьевске лишь 40 829 (36%) детей.

Дифференциация детского населения по возрастным группам 0–14 и 15–17 лет показала, что в структуре детского населения подростки составляют от 17,2% в Набережно-Челнинской зоне до 18,6% в Альметьевской. Для организации диспансеризации подросткового населения была изучена его численность в зональных центрах: в Казани проживают 34 915 (51%) подростков, в Набережных Челнах и Альметьевске — 16 114 (35,4%) и 7411 (35,1%) соответственно. Это определило медико-организационные, технологические и кадровые особенности зональной модели модернизации.

Таблица 1

Зоны ответственности и численность детского населения

Зоны ответственности	Общая численность населения Республики Татарстан (3 787 485 человек), в т.ч. дети (724 020 человек, 19,1%)				
	Количество территорий	Всего насе- ления	Числен- ность детей (0–17 лет), абс/%	Числен- ность детей (0–14 лет), абс/%	Числен- ность детей (15–17 лет), абс/%
Казанская	25	2 041 489	373 310/18,3	304 905/81,7	68 405/18,3
Набережно-Челнинская	12	1 193 803	236 202/19,8	195 662/82,8	45 540/17,2
Альметьевская	8	552 193	113 508/20,6	92 419/81,4	21 089/18,6

Базовыми учреждениями в каждой зоне определены детские больницы с перинатальными центрами. Значительная часть запланированных средств в ходе модернизации была направлена на укрепление их материально-технической базы, что позволило приблизить специализированную помощь к детскому населению, внедрить новые алгоритмы оказания неотложной и плановой медицинской помощи, улучшить условия и сократить количество дней пребывания пациентов в стационарах.

Организационно-методическим центром оказания педиатрической помощи служит детская республиканская клиническая больница (ДРКБ, 748 коек, в том числе 52 — реанимационные), общая стоимость модернизации которой составила 1957 млн руб. [11]. Здесь были реконструированы и капитально отремонтированы лечебные корпуса площадью 40 320 м<sup>2</sup>, произведена замена диагностических ресурсов, введено в эксплуатацию 1645 единиц новейшего медицинского оборудования и техники.

Реконструкция приёмно-диагностического отделения больницы включала формирование новой логики движения пациентов, развёртывание реанимационных коек, противошоковой палаты, операционных, дополнительных смотровых кабинетов и установку диагностического оборудования, в том числе компьютерных и магнитно-резонансных томографов. Это позволяет начать оказание экстренной помощи уже в приёмном отделении, куда ежегодно обращаются около 50 тыс. пациентов, причём доля экстренных составляет 55%, реанимационных — около 8%.

Следующим шагом модернизации стало внедрение в больнице информационных технологий, что позволило координировать детскую реанимационную службу РТ и осуществлять круглосуточное дистанционное мониторирование тяжелобольных. Специалисты реанимационно-консультативного

центра ДРКБ ежегодно осуществляют более 1500 дистанционных консультаций и выездов мобильных реанимационных бригад в г. Казань и районы РТ. Электронная запись на консультацию и лечение доступна теперь жителям самых отдалённых районов.

Внедрение стандартов и порядка оказания экстренной и неотложной медицинской помощи позволило увеличить пропускную способность ДРКБ, внедрить современные методы хирургической коррекции, освоить сложные оперативные вмешательства, которые ранее выполняли в федеральных центрах. По таким направлениям, как кардиохирургия, нейрохирургия и челюстно-лицевая хирургия, ДРКБ входит в число лучших детских клиник России.

Одновременно с зональными стационарами модернизацией были охвачены и амбулаторно-поликлинические учреждения, что позволило улучшить доступность медицинской помощи для детского населения, под которой подразумевалось:

- отсутствие каких-либо географических и финансовых барьеров для всего детского населения к получению первичной помощи, её организация, включая медицинскую помощь в неурочное время;
- возможность дистанционного консультирования пациентов на дому;
- соблюдение принципа преемственности в оказании помощи от одного врачебного посещения до следующего;
- межличностная непрерывность, определяемая как непрерывные индивидуальные отношения между ребёнком, его семьёй и медицинским работником;
- отсутствие проблем в управлении потоков пациентов.

Следует отметить, что по каждому из вышеуказанных требований в амбулаторно-поликлинических учреждениях присутствовали ограничения. В первую очередь они были связаны с концепцией оказания первичной

медицинской помощи, которая традиционно ориентирована на болезнь и её лечение, а не на нужды детей в отношении здоровья. Преодоление ограничений, в первую очередь, мы связываем с развитием электронных ресурсов здравоохранения, что позволяет выстроить новую медицинскую логику взаимодействия между ребёнком и поликлиникой: возможность записаться на приём к врачу любым удобным способом (через интернет, специальные терминалы-информаты), наличие электронной амбулаторной карты, что в значительной степени облегчает ведение детей с хронической патологией, расширяет доступ ребёнка к диагностическим процедурам и приёму специалистов узкого профиля.

Важное место в здравоохранной деятельности отводится оценке осуществляемых инноваций. Одним из индикаторов её эффективности служит действенность мероприятий, направленных на снижение младенческой и детской смертности. В РТ создана трёхэтапная система оказания медицинской помощи беременным, родильницам и детям. Муниципальные образования закреплены за межмуниципальными центрами, где оказывают специализированную помощь в соответствии с уровнем учреждения. Важное место в системе отведено перинатальному центру. Научно обоснованный алгоритм взаимодействия между учреждениями родовспоможения различного уровня позволил достичь в 2011 г. показателя младенческой смертности 4,7‰ (в Российской Федерации — 7,3‰). Одновременно совершенствуется система охраны здоровья женщин репродуктивного возраста. Приведём лишь два показателя [8, 10]:

- доля беременных, состоящих под наблюдением в женских консультациях на сроке до 12 нед, составляет в Российской Федерации 83,9%, в РТ — 93,9%;

- из числа женщин, родивших в стационаре, не состояли на учёте в женской консультации в Российской Федерации 1,99%, в РТ — 1,22%.

Другой индикатор — данные мониторинга статистических данных о предотвратимой смертности среди подростков от травм, отравлений и суицидов, позволяющие оценить действенность усилий здравоохранения и социальных служб РТ.

Два десятилетия на базе республиканской клинической психиатрической больницы функционирует кабинет социально-психологической и суицидологической

помощи с «телефоном доверия», который в конце 2011 г. преобразован в медицинскую психологическую службу «Сердэш 129» с круглосуточной работой и функционированием многоканального телефонного номера. В своей работе психологи и врачи-психотерапевты используют современные технологии связи, интернет-общение, осуществляют очный амбулаторный приём.

В целях ранней диагностики психических расстройств у детей с 2008 г. в практическое здравоохранение внедрена система мультидисциплинарного подхода в оказании специализированной выездной помощи, прежде всего сельскому населению [4, 6].

В РТ началось внедрение личностно-ориентированной модели психиатрической помощи детскому населению, которая опирается на биосоциальный подход, предполагающий [7]:

- мультифакторную модель болезни;
- многоосевые диагностические системы;
- изучение качества жизни больных;
- бригадные методы ведения пациентов (интернист, психиатр, клинический психолог-социальный работник, этноспециалист).

Эти меры позволили добиться значительных результатов. Подростковая смертность от суицидов в РТ составляет 1,7 случаев на 100 тыс. соответствующего населения против 16,1 по Российской Федерации. Детей в возрасте 15–17 лет с впервые установленным диагнозом наркотической зависимости в 2010 г. было поставлено на учёт 3,0 на 100 тыс. соответствующего населения (в Российской Федерации 7,3 на 100 тыс.).

Медико-социальным индикатором здоровья малышей первых трёх лет жизни служит патронируемая Президентом РТ программа по обеспечению безвозмездным питанием «Бэлэкэч» («Малыш»). Данная мера социальной поддержки организована для семей с низким прожиточным минимумом и детей, страдающих хроническими заболеваниями, в том числе анемией и болезнями желудочно-кишечного тракта. По итогам 2011 г. этой программой были охвачены более 39 тыс. детей. Финансирование программы в 2012 г. составило 332,3 млн рублей.

Стандартный набор продуктов в зависимости от возраста ребёнка включает молоко, жидкую адаптированную смесь, кефир и творог. Завоз питания контролирует специально созданный диспетчерский центр. Эффективности программы способствует

Таблица 2

## Перечень и стоимость республиканских целевых программ для детского населения

Название программы	Стоимость, млн руб.
Дети Татарстана, с 1999 г.	256,6
Неонатальный и аудиологический скрининг в Республике Татарстан, на 2011–2012 гг.	54,2
Пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребёнка в Республике Татарстан, на 2011–2012 гг.	68,1
Модернизация реанимационной помощи новорождённым	50
Организация отдыха, оздоровления, занятости детей и молодёжи (ежегодно), в 2012 г. (здорово-охранение)	28,2
Раннее вмешательство, на 2009–2012 гг.	64
Клиники, дружественные к молодёжи	2,5

межсекторальное партнёрство министерств: здравоохранения, финансов, сельского хозяйства и продовольствия, социальной защиты и других ведомств.

В ходе модернизации в отрасли активно внедряются и используются современные информационные технологии. Все медицинские учреждения РТ имеют доступ к сети интернет посредством государственной интегрированной системы телекоммуникаций и обеспечены операционной системой, офисными и иными программами. Счета-реестры, формы статистической отчетности формируются в электронном виде. В системе электронного правительства осуществляется документооборот.

Особого упоминания заслуживает работа РТ в части оказания государственных услуг в электронном виде. Уже более года функционирует портал государственных услуг. Теперь в поликлиники республиканских клинических больниц более 80% пациентов направляются по предварительной записи через ведомственную информационную систему, к которой имеют доступ все центральные районные больницы.

Модернизация детского здравоохранения — это не только реализация одноимённой программы. В РТ реализуется ряд целевых программ, направленных на улучшение здоровья и качества жизни детского населения (табл. 2). Среди них — программы, направленные на оснащение оборудованием отделений реанимации и выхаживания новорождённых, приобретение реанимобилей и медикаментов («Дети Татарстана», «Модернизация реанимационной помощи новорождённым»).

Одним из приоритетных направлений профилактической деятельности педиатрической службы РТ является формиро-

вание профилактического пространства, основа которого — здоровый образ жизни. Для его осуществления в системе детского здравоохранения создана новая функциональная структура — центры здоровья для детей. Их профилактическая деятельность осуществляется в трёх направлениях: профилактическая работа с детским населением, методическая работа в образовательных учреждениях и координационная работа на территории (приказ Минздравсоцразвития РФ №597н).

В настоящее время в РТ функционирует пять таких центров: в Казани (два центра), Набережных Челнах, Нижнекамске, Альметьевске. За счёт средств регионального бюджета оснащён мобильный центр здоровья. Его работа построена по межмуниципальному принципу, что делает доступным комплекс услуг всему детскому населению, в том числе сельскому. В 2011 г. центры здоровья посетили 25 654 ребёнка. Здоровым (без факторов риска) оказался только каждый пятый ребёнок — 5137 (20%) человек. За 9 мес 2012 г. среди 19 390 посетителей здоровыми были признаны 5733 (30%) детей. Здесь следует обратить внимание на тот факт, что в сферу деятельности этих подразделений стали меньше попадать дети с выявленной ранее патологией. Новым направлением деятельности медицинских работников центров здоровья становится индивидуальная профилактика, основанная на выявленных факторах риска поведенческого, конституционального и генетического характера.

Эффективное функционирование региональной модели здравоохранения становится возможным благодаря концентрации ресурсов и их более эффективному использованию. По мнению А.Ю. Вафина, Р.Ш. Сунгатов и Р.И. Туишева [1], административная



система управления исчерпала свои возможности, отрасль работает с высоким напряжением и очень низким коэффициентом полезного действия. Авторы отмечают три вида ошибочных стратегий в здравоохранении:

- экстенсивное наращивание ресурсов без адекватного финансирования;
- чрезмерную специализацию, особенно в амбулаторном секторе здравоохранения;
- ограничение информации.

В этих условиях деятельность медицинских учреждений выстраивается на основе эффективных технологий менеджмента, а отношения между производителями и потребителями медицинских услуг строятся на основе социального маркетинга, под которым подразумевается процесс разработки и реализации программ (мероприятий), направленных на создание и развитие отношений с представителями целевых аудиторий (потребителями медицинских услуг) с целью удовлетворения их потребностей [5]. Эта техника широко использовалась в международных программах здравоохранения. Применение данных технологий позволило разработать и внедрить новые стратегии управления отраслью. Их составной частью является создание диспетчерского центра Министерства здравоохранения РТ — совместного проекта Центра информационных технологий РТ, Минздрава РТ, немецкой компании «Software FG» и компании «Корпоративные информационные Рутинь» (Казань).

Диспетчерский центр выполняет следующие задачи:

- организация взаимодействия между потребителями и поставщиками медицинских услуг;
- осуществление мониторинга использования дорогостоящих ресурсов;
- формирование единого банка данных системы здравоохранения РТ.

Первый опыт работы пилотного функционала диспетчерского центра свидетельствует о его перспективности и может быть рекомендован как универсальное управленческое решение для сложных бизнес-процессов в здравоохранении.

Модель организации медицинской помощи наряду с сохранением здоровья, лечением и реабилитацией пациентов с острыми и хроническими болезнями включает и улучшение качества жизни детей, страдающих тяжёлыми, неизлечимыми заболеваниями. Строительство типового хосписа осуществляется в партнёрстве с благотворительными организациями и бизнесом. В рамках создания

системы хосписной помощи детям в 2012 г. в Казани на базе санатория-профилактория открыты две палаты для круглосуточного пребывания таких детей и их родителей, а в амбулаторной хосписной службе на патронаже находятся 52 ребёнка. В настоящее время изучается возможность установки глобальной навигационной спутниковой системы (ГЛОНАС) в квартирах таких детей, проживающих в близлежащих к Казани районах, что позволит приблизить помощь к ребёнку и его семье, сделает возможными дистанционные консультации специалистов.

Примером развития частно-государственного партнёрства служит строительство в 2012 г. оздоровительного центра для детей, перенёсших онкологические и другие тяжёлые заболевания. Природа в сочетании с необходимыми реабилитационными процедурами поможет маленьким пациентам окрепнуть после завершения активной фазы лечения и в периоды ремиссии.

Реализация проекта осуществляется на благотворительные средства при поддержке первого Президента РТ М.Ш. Шаймиева, попечительский совет возглавляет легендарный хоккеист В. Третьяк. Поддержку проекту оказывают главный детский онколог Минздрава России В. Поляков, директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Л. Рощаль. По окончании строительства этот центр планируется передать на содержание Министерства здравоохранения РТ.

Основные факторы успеха развития детского здравоохранения — не только стабильное финансирование отрасли, но и высококвалифицированный кадровый потенциал. Министр здравоохранения В.И. Скворцова [9] обращает внимание на малоэффективную систему последиplomной подготовки специалистов. С 2008 г. в РТ успешно функционирует образовательный центр высоких медицинских технологий, учредители которого — Правительство РТ и компания «Джонсон&Джонсон медикал». Этот центр осуществляет подготовку по 33 программам с использованием компьютерных симуляторов, биологических тканей, имитации операционных. На его базе обучены более 2 тыс. специалистов из 62 регионов России. Набор обучающихся и преподавателей из различных субъектов РФ позволяет накапливать и использовать уже имеющийся опыт.

Образовательный центр организует обучение врачей РТ в клиниках Израиля, Германии, Японии, Америки. Всего прошли обучение 260 специалистов. Только за второе

полугодие 2012 г. стажировку на рабочем месте в ведущих зарубежных клиниках прошли 14 специалистов ДРКБ. Денежные средства для организации обучения выделяются из бюджета РТ.

По инициативе Минздрава РТ в центре стартовал новый образовательный пилотный проект для организаторов здравоохранения. Он реализуется совместно со специалистами бизнес-школы «Сколково» и Московского государственного стоматологического университета. Трёхдневный интенсивный учебный курс сконцентрирован на изучении новых подходов к организации функционирования лечебных учреждений на основе методик, известных в других бизнес-сообществах и хорошо зарекомендовавших себя в медицинской среде.

Открытие в 2012 г. нового симуляционного класса по первичной реанимации новорождённых отвечает новому вызову времени — обучить специалистов выхаживанию детей с низкой и экстремально низкой массой тела. В течение 2013 г. 150 врачей (неонатологов, педиатров, акушеров-гинекологов) отработают практические навыки выхаживания маловесных детей. Такое обучение в команде специалистов, ориентированных на решение конкретной задачи, — одна из инноваций последиplomного образования специалистов в РТ.

## ВЫВОДЫ

1. Приоритеты модернизации едины для всей страны, однако их реализация зависит от внутрисистемных и внесистемных особенностей здравоохранения субъекта Федерации, что необходимо учитывать. Разработке программы должен предшествовать аудит эффективности использования ресурсов детского здравоохранения, который позволяет выявить как позитивные тенденции, так и проблемные зоны в доступности и качестве оказания медицинской помощи.

2. В ходе модернизации усилия отрасли целесообразно объединить в рамках модели организации медицинской помощи, основанной на зональной ответственности центров высоких медицинских технологий, развитии частно-государственного партнёрства, что позволяет максимально использовать кадровый потенциал, сконцентрировать ресурсы, обеспечить доступность современных технологий, в том числе жителям сельских районов.

3. Одним из приоритетных направлений профилактической деятельности педиатрической службы Республики Татарстан является формирование профилактического пространства с помощью новой функциональной структуры — центров здоровья для детей, которые осуществляют индивидуальную профилактику, основанную на выявлении факторов риска поведенческого, конституционального и генетического характера.

4. Важное место отводится оценке осуществляемых инноваций. В качестве индикаторов эффективности целесообразно использовать статистические, количественные и качественные показатели, отражающие эффективность деятельности системы здравоохранения и её партнёров в части создания здоровоохранной среды.

5. Организация республиканского образовательного центра высоких медицинских технологий, оснащённого симуляционными классами, позволяет осуществлять обучение врачей на моделируемых реальных ситуациях, требующих глубоких теоретических знаний в сочетании с мануальными навыками.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вафин А.Ю., Сунгатов Р.Ш., Тушев Р.И. В основе стратегии управления отраслью — концентрация ресурсов и их более эффективное использование // *Healthy Nation дайджест*, октябрь 2012. — С. 34–39.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2009 г. «Здоровье и системы здравоохранения». ВОЗ. — Женева, 2010. — 205 с.
3. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». ВОЗ. — Женева, 2005. — 23 с.
4. Иванова А.Е., Сабайда Т.П., Антонова О.И. и др. Смертность российских подростков от самоубийств. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ). — М.: БЭСТ-принт, 2011. — 131 с.
5. Котлер Ф. Маркетинг менеджмент / Пер. с англ. под ред. Л.А. Волковой, Ю.Н. Каптуревского. — СПб.: Питер, 2000. — 237 с.
6. Модестов А.А., Альбицкий В.Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии (избранные очерки). — М.: Союз педиатров России, 2012. — С. 208–230.
7. Незнанов Н.Н. Биосоциальный подход — веление времени // *Healthy Nation*. — 2012. — №3. — С. 49.
8. Основные показатели здоровья матери и ребёнка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. — М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2012. — 196 с.
9. Скворцова В.И. Развитие здравоохранения России // *Healthy Nation*. — 2012. — №3. — С. 1–11.
10. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. — М.: Менеджер здравоохранения, 2012. — 318 с.
11. Шавалиев Р.Ф. Дать ребёнку здоровое будущее. — МГ №97 от 12.12.2012. — С. 5.