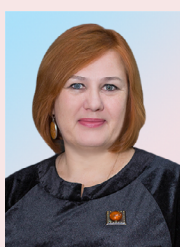


## Сохранение здоровья детей: поиск путей решения актуальных проблем\*



**Александра Анатольевна  
ШАБУНОВА**

Вологодский научный центр Российской академии наук  
Вологда, Российская Федерация

e-mail: aas@vscc.ac.ru

ORCID: 0000-0002-3467-0921; ResearcherID: E-5968-2012



**Александра Владимировна  
КОРОЛЕНКО**

Вологодский научный центр Российской академии наук  
Вологда, Российская Федерация

e-mail: coretra@yandex.ru

ORCID: 0000-0002-7699-0181; ResearcherID: I-8201-2016



**Лейла Натиговна  
НАЦУН**

Вологодский научный центр Российской академии наук  
Вологда, Российская Федерация

e-mail: leyla.natsun@yandex.ru

ORCID: 0000-0002-9829-8866; ResearcherID: I-8415-2016



**Ирина Николаевна  
РАЗВАРИНА**

Вологодский научный центр Российской академии наук  
Вологда, Российская Федерация

e-mail: Irina.razvarina@mail.ru

ORCID: 0000-0002-9377-1829; ResearcherID: I-8228-2016

\* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ, проект № 18-011-01039 «Инструменты повышения человеческого потенциала детского населения в условиях социально-экономических трансформаций общества».

**Для цитирования:** Сохранение здоровья детей: поиск путей решения актуальных проблем / А.А. Шабунова, А.В. Короленко, Л.Н. Нацун, И.Н. Разварина // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2021. Т. 14. № 2. С. 125–144. DOI: 10.15838/esc.2021.2.74.8

**For citation:** Shabunova A.A., Korolenko A.V., Natsun L.N., Razvarina I.N. Preserving children's health: search for the ways of solving relevant issues. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2021, vol. 14, no. 2, pp. 125–144. DOI: 10.15838/esc.2021.2.74.8

**Аннотация.** Изменившаяся социальная реальность, порожденная пандемией коронавируса (COVID-19), актуализировала внимание к вопросам здоровья населения, его рискам и определяющим факторам. Сегодня особую важность приобретают личная ответственность человека за свое здоровье и согласованность деятельности различных социальных институтов при формировании здоровья детского населения. Статья посвящена анализу состояния здоровья детского населения и поиску путей его укрепления. Рассматриваются проблемы доступности и качества медицинских услуг, охраны здоровья детей, обсуждаются барьеры межинституционального взаимодействия в этой сфере, а также пути их преодоления. Для решения поставленных задач использованы количественные и качественные социологические методы: социологический опрос семей с детьми в возрасте от 3 до 17 лет, мониторинговое наблюдение за когортами семей с детьми, фокус-групповые исследования родителей детей 3–17 лет, экспертный опрос специалистов региональной системы здравоохранения, представителей органов власти. Выявлен ряд проблем: снижение потенциала здоровья детей по мере взросления; недостаточная информированность родителей о состоянии, формах и методах поддержания и укрепления здоровья детей, расхождение представлений родителей о собственной компетентности в данном вопросе с реальной ситуацией; нехватка узких специалистов в детских медучреждениях; отсутствие медицинских работников в основном штате образовательных организаций; очереди и сложность записи на прием к специалистам; низкая доступность бесплатных и высокая стоимость платных медицинских услуг; недостаточное информационное взаимодействие между медицинскими, образовательными организациями и родителями в вопросах профилактики заболеваний; нехватка у родителей полной информации о задачах профосмотров и недостаточное осознание важности дальнейших действий по восстановлению и укреплению здоровья детей. На основе проведенного анализа сформулированы направления решения указанных проблем. В их рамках могут быть разработаны и внедрены в практику конкретные управленческие инструменты в отношении сохранения потенциала здоровья детского населения.

**Ключевые слова:** здоровье, детское население, институты здоровьесбережения, детское здравоохранение, медицинские услуги.

### Введение

Здоровье выступает базисным компонентом человеческого потенциала населения [1, с. 96]. Оно рассматривается как главная составляющая благополучия детского населения [2; 3; 4]. На индивидуальном уровне состояние здоровья в детстве определяет последующие этапы развития человеческого потенциала. Качества, приобретаемые индивидом в это время, в том числе основы здоровьесберегающего поведения [5], сохраняются в течение всей жизни [6, с. 94]. Наряду с семьей важную роль в охране здоровья подрастающего поколения играют образование и детское здравоохранение.

С учетом приоритетности вложений в человеческий потенциал активное развитие в зарубежных исследованиях получила тематика детского благополучия. Это широкое понятие, содержание которого остается предметом научных дискуссий [7]. Индикаторы благополучия (применительно к ребенку) включают оценки физического здоровья, развития и безопас-

ности, психологического и эмоционального развития, социального развития и поведения, когнитивного развития и образовательных достижений [8]. Как свидетельствует пример европейских государств, показатель ВВП объясняет менее половины (47%) вариаций индекса благосостояния детей. Для того чтобы оценить взаимосвязь между экономическим развитием и инвестициями в благополучие детей, следует учесть, помимо экономических параметров, также социальные нормы, институты или показатели социально-политической обстановки в стране [9]. Внимание мирового исследовательского сообщества сосредоточено на всестороннем изучении детского благополучия [10; 11], разработке релевантных методик его измерения, позволяющих проводить межстрановые сопоставления [12; 13; 14]. Достигнуты определенные успехи в области мнений детей о том, что значит благополучие для них самих [15; 16]. Вместе с тем отдельные аспекты в этой области

остаются недостаточно разработанными. Например, наблюдается нехватка лонгитюдных исследований влияния детского благополучия на академическую успеваемость детей школьного возраста [17].

Детское население составляет менее 25% в структуре современной российской популяции, что является следствием низкой рождаемости, недостаточной для обеспечения простого воспроизводства населения [18], и роста ожидаемой продолжительности жизни [19; 20]. По состоянию на 1 января 2019 года численность детского населения 0–17 лет составляла около 30,2 млн человек<sup>1</sup>. Реализация активной социально-демографической политики на федеральном и региональном уровнях способствовала увеличению рождаемости [21; 22], которое наблюдалось вплоть до 2016 года [23]. Благодаря этим мерам прирост численности детского населения за 2009–2019 гг. составил 16 п. п. Максимальные значения показателя пришлись на 2012–2015 гг., после чего началось его снижение. Этот тренд исследователи связывают как с эффектом «демографических волн» [24; 25], так и с откладыванием рождений вследствие экономического кризиса 2015–2016 гг. [26]. Для преодоления демографического кризиса необходимы дополнительные меры государственной поддержки, ориентированные на стимулирование рождений высокой очередности [27]. Проведение такой политики должно сопровождаться дальнейшим совершенствованием работы системы здравоохранения, в том числе мероприятиями по снижению показателей младенческой и детской смертности [21].

На фоне сокращения доли детей в составе населения неблагоприятной представляется картина, характеризующая их физическое благополучие – здоровье. По данным отечественных исследований, потенциал здоровья детей по мере их взросления снижается [28–32]. Учитывая эти тенденции, все больше внимания обращается на деятельность институтов, задействованных в сохранении здоровья подрастающего поколения: здравоохранения, образования, семьи, социальной защиты. Здравоохранение в этом перечне яв-

ляется профильным институтом, от деятельности которого зависит создание благоприятных инфраструктурных условий профилактики нарушений здоровья детей, его восстановления и сохранения. Одним из приоритетных направлений работы специалистов данной сферы выступает решение проблем профилактической медицины, в частности работа с населением для повышения его приверженности здоровому образу жизни, организация регулярных профилактических осмотров и диспансеризации<sup>2</sup>. Среди прочих приоритетов специалисты называют здоровье подростков, снижение инвалидности, совершенствование медицинской реабилитации, оптимизацию системы медико-социальной помощи детскому населению [33].

Совершенствование системы детского здравоохранения и повышение доступности ее услуг служат приоритетными задачами Глобальной стратегии охраны здоровья женщин и детей ВОЗ<sup>3</sup>. В российской государственной социальной политике обеспечение доступности качественных услуг детского здравоохранения также является приоритетом. Это отражено в федеральном проекте «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям»<sup>4</sup>, в Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг.<sup>5</sup> и плане мероприятий на 2018–2020 гг. в рамках Десятилетия детства (2018–2027 гг.)<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640. URL: <http://static.government.ru/media/files/hJb4XgcAxhafiBW27EyseBZmtCra0RH.pdf>

<sup>3</sup> Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей // Всемирная организация здравоохранения. 2010. 24 с.

<sup>4</sup> Паспорт федерального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям» // Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации. URL: <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/detstvo>

<sup>5</sup> О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012–2017 гг.: Указ Президента РФ от 01 июня 2012 г. № 761 // Официальный сайт Президента России. URL: <http://kremlin.ru/acts/bank/35418>

<sup>6</sup> Об утверждении плана основных мероприятий на 2018–2020 гг. в рамках Десятилетия детства: Распоряжение Правительства РФ от 06 июля 2018 г. № 1375-р. URL: <http://government.ru/docs/33158/>

<sup>1</sup> Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2019 года. URL: [https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/b19\\_111/Main.htm](https://rosstat.gov.ru/bgd/regl/b19_111/Main.htm)

Российские исследователи неоднократно обращались к обсуждению вопросов наилучшей организации системы непрерывного наблюдения и охраны здоровья детей. Так, специалисты Научного центра здоровья детей РАМН (А.А. Баранов с соавт., 2008) обозначили необходимость разработать национальную классификацию предотвратимых потерь здоровья детского населения для определения приоритетных целей и задач в сфере его охраны. В качестве образца исследователи приводят европейскую классификацию предотвратимых причин смерти, основанную на трех уровнях профилактики. Первый уровень охватывает, главным образом, факторы условий и образа жизни населения, второй – своевременное выявление и раннюю диагностику заболеваний, третий – адекватное лечение и организацию качественной медицинской помощи больным. Важным индикатором здоровья детского населения авторы называют инвалидность, указывая, что в предотвращении ее утяжеления у больных детей значительную роль играет реабилитационный потенциал семьи [34]. В более поздних работах идея концепции предотвратимых потерь здоровья детского населения была раскрыта подробнее [35]. В рамках ее апробации предложены мероприятия по предотвращению факторов риска развития психических расстройств у детей. За основу при этом были взяты руководящие принципы европейской стратегии «Здоровье и развитие детей и подростков» (2005 г.), один из которых – *подход с точки зрения полного жизненного цикла*. Суть его состоит в том, что «стратегии и программы должны быть ориентированы на решение проблем, связанных со здоровьем ребенка на каждом этапе развития: от дородового периода до подросткового возраста по наиболее уязвимым возрастным группам и факторам риска, связанным с экономической ситуацией в регионе» [36].

На необходимость совместных усилий семьи, образования и медицины в здоровьесбережении детей на протяжении всего периода взросления указывали и другие отечественные авторы. Специалистами Министерства здравоохранения Республики Татарстан раскрыт положительный региональный опыт работы центров здоровья для детей в плане повыше-

ния медицинской активности семей, усиления интереса к самостоятельной заботе подростков о здоровье. Отмечена приоритетность расширения взаимодействия специалистов этих центров с образовательными организациями региона для повышения эффективности профилактической работы. Одним из важных результатов такого сотрудничества стало проведение специального скрининга среди школьников. В результате у 72% обучающихся выявлены факторы риска развития миопии. Большинство среди них составляли старшеклассники с признаками интернет-зависимости (проводящие длительное время в социальных сетях, за компьютерными играми и другими развлечениями) [37]. Существенной доработки, согласно данным исследований, требует порядок проведения профилактических осмотров детского населения. Так, на примере Свердловской области было продемонстрировано, что нехватка узких специалистов в организациях здравоохранения первого уровня влечет за собой заметное снижение качества проведения профилактических осмотров. На фоне высокого уровня распространения патологий в детской популяции недостаточен объем медицинских рекомендаций, выданных детям с выявленными нарушениями здоровья и физического развития. Существует несогласованность в определении группы здоровья школьников и группы для занятий физкультурой, а также проблема некачественного информирования родителей детей о результатах осмотров. В ряде случаев сами родители не выполняют выданные им медицинские предписания по организации лечения детей [38].

Существенное снижение здоровья детей происходит в период школьного обучения. На основе девятилетнего клинического наблюдения здоровья 426 московских школьников исследователями доказана необходимость проведения ряда здоровьесберегающих мероприятий в образовательных организациях: улучшение качества питания детей в столовой, обучение детей и их родителей правилам здорового питания, ежегодное углубленное обследование у эндокринолога школьников, страдающих ожирением, диспансерное наблюдение у аллерголога и отоларинголога школьников, имеющих аллергические заболевания органов дыхания.

На протяжении всех лет обучения в образовательных учреждениях рекомендовано вести лечебно-коррекционную работу с учащимися, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата. В отношении детей с невротическими и астеническими реакциями указано на целесообразность психологической коррекции и оптимизации учебной и эмоциональной нагрузки в 1–2, 7–8-х и, в особенности, 9-х классах при подготовке к ГИА [39].

Обзор программных документов в области здравоохранения, а также работ отечественных специалистов позволяет утверждать, что, несмотря на высокую заинтересованность власти и общества в обеспечении воспроизводства здоровых поколений, в России остаются актуальными такие проблемы, как:

- 1) снижение доли детей в составе населения;
- 2) низкий потенциал здоровья детей;
- 3) недостаточная согласованность деятельности институтов здравоохранения, образования и семьи в сфере охраны и укрепления здоровья детского населения.

Учитывая это, была сформулирована *цель настоящего исследования* – анализ состояния здоровья детского населения и оценка отдельных институциональных факторов его формирования. Период исследования охватил 2005–2019 гг., что обусловлено необходимостью изучения современного состояния проблемы, а также тенденций, наблюдаемых в последние 15 лет (период активизации социально-демографической политики в стране).

Методология исследования

Исследование базировалось на количественных и качественных социологических и медико-социологических методах.

**1) Социологический опрос семей с детьми в возрасте от 3 до 17 лет**, проведенный в 2018 году на территории Вологодской области среди 1500 семей в городах Вологде и Череповце и 8 муниципальных районах области. Выборка репрезентативная, ошибка выборки не превышала 3% при доверительном интервале 4–5%. В опросе использовано четыре вида анкет в зависимости от возраста ребенка: для родителей детей дошкольного (3–6 лет), младшего (7–10 лет), среднего (11–14 лет) и старшего школьного (15–17 лет) возрастов.

**2) Проспективное мониторинговое наблюдение за когортами семей с детьми.** Вологодский научный центр РАН с 1995 года проводит медико-социологическое мониторинговое исследование «Изучение условий формирования здорового поколения». Выборку составляют семьи, в которых за определенный период родились дети. Организуется наблюдение за здоровьем детей до достижения ими возраста 18 лет. В исследовании участвуют крупные города области (Вологда, Череповец), города – районные центры (Великий Устюг, Кириллов) и поселок городского типа Вожега. За период лонгитюдного наблюдения обследовано пять когорт семей с детьми 1995, 1998, 2001 и 2004, 2014 годов рождения<sup>7</sup>. В 2020 году осуществлен набор новой когорты участников.

**3) Фокус-групповые исследования родителей детей в возрасте от 3 до 17 лет.** В 2019 году учтены 5 фокус-групп: 3 – в г. Вологде, 1 – в г. Череповце и 1 – в муниципальном районе области. Обследовано 36 человек, различных по возрасту, наличию и возрасту детей, уровню образования, семейному положению. Получено представление о реальных проблемах семей с детьми в регионе, выявлены ожидания родителей относительно их решения (в т. ч. в сфере детского здравоохранения).

**4) Экспертный опрос специалистов региональной системы здравоохранения, представителей органов власти, курирующих вопросы охраны детского здоровья.** В 2019 году осуществлено 10 экспертных интервью со специалистами, чья деятельность включает работу с семьями и детьми. Эксперты обозначили свое видение возможных путей повышения потенциала здоровья детей.

Богатая эмпирическая база исследования, собранная благодаря сочетанию качественных и количественных методов, позволяет дать комплексную оценку сложившейся ситуации в сфере детского здоровья и здоровьесбережения, а также сформулировать направления решения проблем, связанных с сохранением здоровья детей, с учетом мнений родителей, медицинских работников и представителей органов власти.

<sup>7</sup> Подробнее с методологией проведения лонгитюдного исследования «Изучение условий формирования здорового поколения» можно ознакомиться в работе [10].

## Результаты исследования Состояние здоровья детей

Несмотря на заметные успехи здравоохранения в Российской Федерации, которые позволили снизить младенческую смертность на 55%, с 11,0 случаев на 1000 живорождений в 2005 году до 4,9 на 1000 живорождений в 2019 году<sup>8</sup>, в целом говорить об улучшении детского здоровья преждевременно. Первичная заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет за 13 лет выросла на 2% (с 1708,78 случая на 1000 детей 0–14 лет в 2005 году до 1746,94 случая в 2018 году<sup>9</sup>). Заболеваемость подростков увеличилась на 22% (с 1114,52 случая в 2005 году до 1360,20 случая в 2018 году<sup>10</sup>).

В структуре первичной заболеваемости детей 0–14 лет в период с 2005 по 2018 год также произошли существенные изменения. Среди неблагоприятных тенденций отметим незначительное увеличение распространенности заболеваний глаза (на 2% – с 5 577 до 5 700), травм и последствий внешних воздействий (на 3% – с 10 352 до 10 618 случаев на 100 тыс. чел.) и существенный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями (на 38% – с 341 до 469 случаев на 100 тыс. чел.), ожирением (на 47% – с 256 до 375), сахарным диабетом (на 65% – с 13 до 21)<sup>11</sup>. Численность детей 0–14 лет, имеющих злокачественные новообразования, за 10 лет (с 2008 по 2018 год) увеличилась на 71%, число подростков с такими диагнозами за этот же период выросло на 37%<sup>12</sup> [40].

<sup>8</sup> Младенческая смертность // Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/demo22.xls>

<sup>9</sup> Заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет по основным классам и группам болезней. Здравоохранение в России // Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218>

<sup>10</sup> Заболеваемость детей в возрасте 15–17 лет по основным классам, группам и отдельным болезням. Здравоохранение в России // Федеральная служба государственной статистики. URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/IssWWW.exe/Stg/02-56.doc](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/IssWWW.exe/Stg/02-56.doc)

<sup>11</sup> Заболеваемость детей в возрасте 0–14 лет по основным классам и группам болезней // Федеральная служба государственной статистики. URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/IssWWW.exe/Stg/02-45.doc](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/IssWWW.exe/Stg/02-45.doc)

<sup>12</sup> Заболеваемость детей злокачественными новообразованиями // Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/3-8.xlsx>

Высокий уровень заболеваемости детского населения России в 2005–2018 гг. сопровождался ростом ее хронизации по отдельным классам причин [41], а также увеличением выявляемости врожденных патологий [42]. В период 2015–2018 гг. доля детей 0–14 лет, имеющих хронические заболевания, оставалась высокой и практически неизменной – около 15%. Среди детей в возрасте до года этот показатель был немного ниже – около 8%<sup>13</sup>.

К числу актуальных проблем здоровья детского населения следует отнести также высокую детскую инвалидность<sup>14</sup> [43]. За обозначенный период в 1,2 раза вырос абсолютный, а в 1,08 раза – относительный показатель инвалидизации детского населения России. В 2019 году эти величины составили 670 тысяч человек и 222 человека на 1000 детей соответственно<sup>15</sup>.

Перечисленные проблемы актуализируют исследования, направленные на выявление факторов сохранения здоровья детского населения и поиск инструментов управления ими. Решение данных задач может найти практическое применение в области совершенствования координации работы институтов здравоохранения, образования и семьи в сфере охраны и укрепления здоровья детского населения.

Данные когортного мониторингового исследования позволяют не только отслеживать текущие параметры здоровья детского населения в регионе (поперечные срезы данных), но и получать картину их изменений во времени для одних и тех же участников (продольные срезы данных). За время выполнения этого проспективного наблюдения был выявлен ряд закономерностей, характеризующих здоровье участников. В развитии детей выделены критические возрасты, на которые приходится максимальные «спады» здоровья. Это периоды первого года жизни,

<sup>13</sup> Результаты профилактических осмотров детей в возрасте 0–14 лет // Федеральная служба государственной статистики. URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/IssWWW.exe/Stg/02-43.doc](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/IssWWW.exe/Stg/02-43.doc)

<sup>14</sup> Распределение численности детей-инвалидов в возрасте 0–17 лет по заболеваниям, обусловившим возникновение инвалидности // Федеральная служба государственной статистики. URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_34/IssWWW.exe/Stg/02-67.doc](https://gks.ru/bgd/regl/b19_34/IssWWW.exe/Stg/02-67.doc)

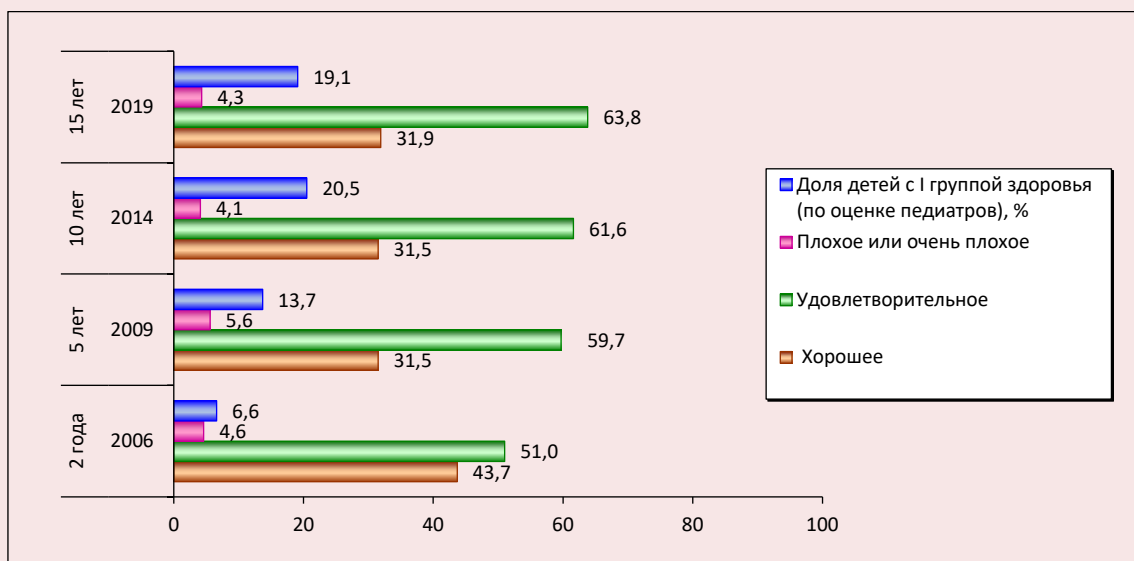
<sup>15</sup> Здравоохранение в России // Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218>

6–7 лет (поступление в начальную школу) и 9–10 лет (переход в среднюю школу, когда снижение здоровья детерминировано нарастанием учебной нагрузки) [5]. На предыдущих этапах исследования была показана возрастная специфика факторов формирования здоровья детей. Так, установлено, что на новорожденных сильнее всего воздействует сочетание медико-биологических и социальных факторов [44]. В формировании здоровья детей школьного возраста заметную роль начинают играть поведенческие факторы. В частности, негативное влияние оказывает недостаточная сформированность навыков здоровьесбережения у детей. К примеру, согласно ответам родителей в 2019 году, 40% подростков 15 лет не соблюдали правильную посадку за рабочим столом при письме и чтении, 49% – режим работы за компьютером (не делали необходимые для профилактики нарушений зрения перерывы). При этом нарушения зрения, предполагающие ношение очков или контактных линз, были выявлены у 32% подростков, но 13% не пользовались очками, несмотря на рекомендацию врача.

К числу неблагоприятных факторов формирования здоровья подрастающего поколения

относится и *недостаточный уровень информированности родителей о состоянии здоровья их детей*. Об этом свидетельствует наблюдаемое в течение всего периода исследования расхождение родительских оценок здоровья детей с оценками, высказанными педиатрами. Так, в 2019 году 32% родителей детей когорты 2004 г. р. охарактеризовали здоровье своего ребенка как «хорошее», тогда как по оценкам педиатров только 19% детей данной когорты были полностью здоровы (рис. 1). У большинства детей, здоровье которых родители сочли хорошим, педиатры отмечали либо частые инфекционные заболевания в течение года, либо функциональные и морфофункциональные нарушения, что соответствует II группе здоровья. В отношении детей, здоровье которых родители назвали удовлетворительным, оценки педиатров также разделились: большинство детей действительно имели II группу здоровья, в то же время у 20% не было никаких нарушений здоровья, еще у 20% наблюдались хронические заболевания (что соответствует III группе здоровья). Только у двух детей родители отметили плохое состояние здоровья (один ребенок действительно имел хронические заболевания).

Рисунок 1. Распределение родительских оценок здоровья детей когорты 2004 года рождения (% от числа опрошенных в соответствующем году) и доля детей с первой группой здоровья в соответствии с оценками педиатров (% от численности детей в когорте)



Источник: данные когортного мониторингового наблюдения «Изучение условий формирования здорового поколения», 2006–2019 гг.

Несогласованность оценки здоровья медицинскими работниками и родителями, выявленная в мониторинге, подтверждается и другими данными. Так, согласно результатам социологического исследования здоровья школьников в городах Вологде и Череповце<sup>16</sup>, 43% семей оценили здоровье своих детей как очень хорошее, тогда как фактически (по данным школьных медкабинетов) доля полностью здоровых детей составляла лишь 11,5%. Сильнее всего разошлись оценки здоровья в отношении учеников 11-х классов: очень хорошим посчитали здоровье своих детей 35% родителей и только 1% таковых был по данным медицинских карт. Наиболее распространенными заболеваниями среди школьников к моменту окончания старшей школы (11 класс) являлись заболевания опорно-двигательного аппарата (60% детей), сердечно-сосудистой системы (37%), органов зрения (34%), нервной системы (33%), дыхательной системы (15%), пищеварительной системы (14% детей).

Причинами расхождения родительских и медицинских оценок текущего состояния здоровья детей выступают нехватка у родителей соответствующих компетенций и недостаточная информированность. С другой стороны, оценивая здоровье ребенка, родители смотрят, позволяет ли оно ему нормально социализироваться. Если нет жалоб со стороны ребенка и серьезных ограничений функционирования, то здоровье оценивается как «хорошее». На основании име-

ющейся информации, понимания степени ее важности, осознания ответственности семьи за сохранение здоровья детей формируются соответствующие поведенческие практики здоровьесбережения. Можно предположить, что неточная информированность родителей, неверные линии поведения могут быть одной из возможных причин, обуславливающих хронизацию не пролеченных своевременно заболеваний у детей по мере взросления. Медицинские работники более точны в оценках, так как ориентируются на наличие или отсутствие заболеваний и нарушений развития, поэтому очень важно наладить информационное взаимодействие медицинских работников и семей с использованием современных возможностей и каналов передачи информации.

Согласно данным мониторингового наблюдения, большинство родителей подростков 15 лет (72%) считали себя достаточно информированными о состоянии здоровья своего ребенка. Основными источниками сведений для респондентов были беседы с лечащим врачом ребенка и медсестрой (этот вариант отметили 87 и 21% опрошенных соответственно), а также средства массовой информации (26%; табл. 1).

Полнота информированности родителей, выступая важнейшей предпосылкой объективной оценки здоровья, еще не является достаточным условием для его сохранения и укрепления. Ведущую роль в данном аспекте играют медицинская активность семьи и дисциплини-

Таблица 1. Распределение ответов родителей детей на вопрос «Из какого источника (в наибольшей степени) Вы получаете знания об особенностях состояния здоровья и организации ухода за Вашим ребенком?» (2019 г., на примере когорты семей с детьми 2004 г. р.)

Формулировка ответа	Доля респондентов, выбравших данный вариант ответа, %
От врача	87,2
Телевидение, радио, интернет	25,5
От медсестры	21,3
Из литературы	6,4
Из медицинской карты ребенка	6,4
Родственники, друзья, знакомые	6,4
Другое	2,1
Источник: данные когортного мониторингового наблюдения «Изучение условий формирования здорового поколения», 2019 г.	

<sup>16</sup> Исследование проведено совместно с Департаментом здравоохранения Вологодской области. Оно включало социологический опрос по формализованной анкете родителей и обучающихся, интервьюирование администрации, педагогов образовательных организаций, анализ медицинской документации в школе. Выборка исследования 1103 обучающихся 1, 2, 5, 9, 11-х классов из 10 общеобразовательных организаций (641 человек из 1–5 классов, 462 человека из 9–11 классов), 1185 родителей, 50 педагогических работников.



рованное следование рекомендациям врачей. Распространенной ошибкой родителей становится отказ от своевременного обращения к врачу в случае острого заболевания ребенка. По данным когортного мониторинга, в 2019 году так поступали около 23% родителей подростков. Другая проблема — невыполнение назначений лечащего врача. В 2019 году 15% родителей подростков отметили, что не всегда строго выполняют рекомендации врача, следуют назначенному курсу лечения или оздоровления ребенка.

С учетом обозначенных выше проблем здоровья подрастающего поколения особую актуальность приобретает усиление информационно-просветительской работы с родителями детей в системе медицинской профилактики. Одновременно на первый план выходят вопросы качества и доступности услуг здравоохранения для семей с детьми.

#### ***Проблемы и факторы формирования детского здоровья***

Обсуждая медицинскую активность семей, важно учитывать аспекты доступности медицинской помощи, комфортности ее получения, которые во многом лимитируют получение качественной и своевременной медицинской помощи. На основе результатов социологического опроса семей с детьми Вологодской области, проведенного в 2018 году, установлено, что при обращении за медицинской помощью в государственные учреждения родители с детьми чаще всего отмечали наличие таких проблем, как отсутствие необходимых специалистов (30% опрошенных), очереди (30%) и неудобный график приема специалистов (24%).

Недостаток квалифицированных медицинских кадров, особенно узких специалистов, ощущается в стране в целом, что подтверждают и данные медицинской статистики. В России снижается обеспеченность детского населения педиатрами и увеличивается коэффициент совместительства по данной специальности [45]. В ряде регионов Северо-Западного федерального округа в период 2005—2018 гг. наблюдалось сокращение списочной численности врачей-педиатров<sup>17</sup>. По состоянию на 2018 год в целом в федеральном округе на 10000 детского населения приходилось 9,75 участковых педиатров, тогда как в Вологодской области — 8. Для сравнения, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения, действовавшим в 2018 году, рекомендуемый штатный норматив обеспеченности детской поликлиники участковыми педиатрами составлял 12,5 единиц на 10000 прикрепленного детского населения<sup>18</sup>. Следовательно, можно говорить о дефиците врачей указанного профиля на территории региона и округа в целом. Среди врачей-специалистов лучше всего детское население Вологодской области было обеспечено хирургами и стоматологами, хуже всего — подростковыми психиатрами (которые в регионе отсутствуют), детскими онкологами и урологами-андрологами (табл. 2).

Нехватка медицинских кадров и очереди волнуют родителей детей всех возрастов, тогда как озабоченность невозможностью попасть на прием в необходимое время, отсутствием бесплатных лекарств и плохой организацией работы регистратур более выражена среди родителей дошкольников (27, 23 и 13% соответственно).

<sup>17</sup> Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: стат. сб. / Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения РФ, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ. М., 2012. 191 с.; Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Часть Медицинские кадры: стат. сб. / Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ. М., 2018. 278 с.; Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Часть Медицинские кадры: стат. сб. / Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ. М., 2019. 281 с.

<sup>18</sup> Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям: приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. № 92н. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/>

Таблица 2. Обеспеченность врачами различных специальностей, в расчете на 10000 человек детского населения, Вологодская область

Специальность	2017 год	2018 год	Справочно: норматив для поликлиник на 10000 детей (2018 год)
Кардиолог детский	0,40	0,44	0,5
Онколог детский	0,04	0,04	0,1
Педиатр участковый	8,33	8,17	12,5
Психиатр детский	0,37	0,42	–
Психиатр подростковый	0,00	0,00	–
Стоматолог детский	0,84	0,84	–
Уролог-андролог детский	0,04	0,04	1
Хирург детский	0,88	0,84	1
Эндокринолог детский	0,40	0,40	0,5

Источник: Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Медицинские кадры: стат. сб. / Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения РФ. М., 2019. 281 с.; Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям: приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 марта 2018 г. № 92н. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71825984/>

Менее остро стоят вопросы, связанные с качеством работы медперсонала. О систематическом проявлении неуважительного отношения в медучреждениях сказали 6,5% родителей дошкольников, 5,4% родителей младших школь-

ников и 8% родителей детей среднего и старшего школьного возраста. Проблему опозданий и нерегламентированных перерывов в работе медперсонала чаще всего отмечали родители детей в возрасте 11–14 лет (9,2%; табл. 3).

Таблица 3. Проблемы, возникающие у семей с детьми при обращении за медицинской помощью (по данным социологического опроса, 2018 г.)\*

Проблема	Доля респондентов, отметивших постоянный характер проблемы, %			
	Родители детей 3–6 лет	Родители школьников 7–10 лет	Родители школьников 11–14 лет	Родители школьников 15–17 лет
Отсутствие необходимых специалистов	<b>30,8</b>	<b>27,4</b>	<b>30,7</b>	<b>30,0</b>
Очереди	<b>31,2</b>	<b>29,6</b>	<b>29,1</b>	<b>30,5</b>
Неудобный график приема специалистов	<b>27,3</b>	<b>20,1</b>	<b>25,9</b>	<b>23,7</b>
Отсутствие бесплатных лекарств	22,7	19,3	21,5	20,7
Плохая организация работы регистратур	12,6	8,2	8,4	10,8
Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медперсонала	7,9	6,2	9,2	7,4
Необходимость оплачивать медицинские услуги, которые должны предоставляться бесплатно	18,2	13,1	18,5	18,2
Недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому можно обратиться в случае тех или иных заболеваний	14,8	12,6	14,7	14,9
Невнимательное отношение медработников	12,7	10,3	13,9	11,7
Хамство, неуважительное отношение медработников к пациентам	6,5	5,4	8,9	8,3

\* Распределение ответов респондентов на вопрос «С какими проблемами, связанными с медицинским обслуживанием ребенка, Вы сталкиваетесь в государственных медицинских учреждениях?»  
Источник: результаты массового опроса родителей детей 3–17 лет, 2018 г.

В отношении частных медицинских организаций перечисленные проблемы практически не беспокоили родителей. Однако ранее проведенное углубленное исследование позволило выявить существование противоречия: несмотря на наличие в государственных медучреждениях комплекса проблем, по оценкам родителей, именно в них выше результативность услуг, а большая часть из них предоставляется бесплатно, что очень важно для семей с детьми [46].

Результаты массового опроса подтвердились в рамках *фокус-группового исследования*. В числе ключевых проблем медицинского обслуживания семей с детьми родители чаще всего называли *нехватку узких специалистов* в детских поликлиниках, *невозможность записаться на*

*прием и отдельные процедуры* (например, на УЗИ). В обсуждении также поднимался вопрос о *низкой доступности бесплатных медицинских услуг и ценовой недоступности услуг частных медицинских организаций*, особенно для многодетных семей.

Значительное внимание родители уделяют проблеме *некачественного текущего контроля за состоянием здоровья детей в образовательных организациях* вследствие отсутствия в них на постоянной основе медицинских работников. Анализ фокус-групп показывает, с одной стороны, заметную обеспокоенность родителей формальным характером проведения профилактических осмотров у детей, что чревато осложнением вовремя не выявленных заболеваний. С другой стороны, семьи склонны

– Дефицит специалистов. Их невозможно поймать. Сначала какая-нибудь эпидемия. Не идешь в поликлинику, чтобы ребенка не заражать. Потом они сами на больничном, потом в отпусках (жен., г. Вологда, 36 лет, замужем, 1 ребенок, в/о, работает).

– Проблемно записаться на то же УЗИ за три месяца. Бывает такое. Может быть в поликлинике карантин, из-за чего время сдвигается. У родителей тоже есть вариант – пойти платно, но не всегда хватает средств. Один раз водили ребенка к гематологу, а он говорит: «Зачем вы пришли платно? Через три дня могли бы записаться». А нам надо было его на реабилитацию оформлять, ему к анализу крови были какие-то замечания даны. И пока специалист не напишет «добро»... Поэтому пришлось идти платно (муж., г. Вологда, 49 лет, женат, 3 детей, в/о, пенсионер).

– И у нас, и в Вологде нехватка специалистов. К какому-то не пробиться. У них когда осмотры идут? Весной? Талоны дают, потом это все теряется к осени, летом вообще не пробиться к специалисту, если только платно. Платно, сами понимаете, не каждый может... Мне сурдолога назначили ребенку. У нас 2 сурдолога: и первый и второй платные. (жен., г. Череповец, 43 года, не замужем, 2 детей, в/о, работает).

– Нам надо ходить к аллергологу. Аллерголог в городе один. Я не знаю, как к нему попасть?! «Сходите к нему на платный прием за 700 рублей». У меня трое детей. Я за троих должна заплатить 2100, а дальше что? (жен., г. Вологда, 32 года, замужем, 3 детей, в/о, работает).

– Ортопед работает день через день. День не работает, он в другой поликлинике. Ну это сплошь и рядом... Идешь на платный приём – деньги из семьи вырываешь. Тогда как есть бесплатная медицина. (муж., г. Вологда, 39 лет, женат, 2 детей, в/о, работает).

– У меня такая ситуация. Ребенку 8 лет. Нас направили к хирургу, пупочная грыжа. Специалиста в поликлинике нет, я трижды приходила в поликлинику до 8 утра. Когда был специалист, не было талонов. Я посчитала, что это не настолько страшно – пупочная грыжа, просто не пошла ни к платному, ни к бесплатному. (жен., г. Череповец, 32 года, не замужем, 3 детей, в/о, работает).

– Для детей сделать бы медицину «побесплатней». Это наше общество. Лекарства очень дорогие. Даже взять на уровне села: у кого что-то серьезное было, складывались (прим. – на лечение ребёнка). Ведь можно эту проблему решить на уровне государства. (муж., муницип. район, 46 лет, в неофициальном браке, 3 детей, полное ср./о).

– Медсестры как обычно нет (прим. – в детском саду). Она приходящая и уходящая на данный момент... То есть когда надо, прививки придут-сделают... В советское время медсестра обходила и смотрела по состоянию здоровья, как выглядели дети. Если есть у кого-то признаки (прим. – заболевания), то выводили. А сейчас никто не смотрит этого, сейчас привели и привели. Воспитатель не может 30 человек осмотреть. Воспитатель не врач. Может не выпался ребенок. Внешне не всегда видно заболевание. Воспитатель не увидит, и родитель не сразу поймет. Я по своему (прим. – ребёнку) сужу, когда у него температура 40, только тогда я могу увидеть. Нет медработника, поэтому некому проверить, осмотр в группе сделать. (жен., г. Вологда, 39 лет, замужем, 1 ребёнок, в/о, работает).

– Система государства не организывает контроль приема в сад. Медик должна встречать ребенка, когда его приводят в сад. До вечера ребенок сидит с температурой в группе, не играет. У меня было такое: позвонили, я вернулась через час. У ребенка температура, мы сели на больничный.

У нас недавно был медосмотр, сдали только анализы, а к какому-то специалисту, у нас вот со зрением проблема, на учет встаешь, дают направление, и подтверждаешь, можно ли за этой партией ребенку сидеть. Профосмотры детей есть, но они поверхностные. (жен., г. Вологда, 27 лет, не замужем, 1 ребёнок, ср. спец./о, работает).

– В детском садике же сидит медработник с медицинским образованием. Но где-то осматривают, где-то нет. И осматривают пока случилось (прим. – заболевание у кого-то из детей): недели 2–3. Начинают осматривать, потом все хорошо. (муж., г. Череповец, 40 лет, в неофиц. браке, 2 детей, ср. спец./о, работает).

– Один медик на большой детский сад, 12 групп по 25 человек, он физически не сможет всех осмотреть. (жен., г. Вологда, 36 лет, замужем, 1 ребенок, в/о, работает).

перекладывать ответственность за здоровье детей на систему дошкольной медицины (многие участники фокус-групп, например, склонны перекладывать на плечи медицинского работника в детском саду ежедневный утренний прием детей в группы и выявление у них признаков инфекционных или простудных заболеваний). Их заботит также «поверхностный характер профосмотров». От профилактических обследований дошкольников и школьников родители ожидают не просто обозначения проблемы, но и соответствующих медицинских назначений, ведущих к ее решению.

В родительских высказываниях зачастую прослеживается как вполне обоснованная и объективная критика, так и тенденция к перекладыванию части ответственности за здоровье своих детей на государственные учреждения здравоохранения и образования. В то же время многие проблемы возникают из-за неготовности самих родителей проявлять инициативу в вопросах профилактики нарушений здоровья детей, низкой медицинской активности и недостаточной компетентности в вопросах здоровьесбережения. Такая позиция родите-

лей может быть следствием того, что при недостатке собственных ресурсов они ожидают поддержки со стороны государства. Объективным фактором, ограничивающим возможности родителей в организации здоровьесбережения детей, является низкое материальное положение. Добиться его улучшения – принципиально важная задача региональной экономической политики, ее решение позволит сократить остроту социальных проблем лекарственного обеспечения и доступа семей с детьми к платной медицине благодаря повышению платежеспособного спроса. Обращение к платной медицине не снижает актуальность развития потенциала государственной системы здравоохранения, которая лишь формально является бесплатной для населения, а на деле частично финансируется из средств фонда обязательного медицинского страхования, куда отчисляются взносы и родители детей.

Не все родители рассматривают социальную поддержку от государства как необходимое условие для воспитания своих детей. Есть и те, кто стремится занять независимую позицию: они отмечают, что при наличии достойной

Если про свою семью говорить, мне от государства ничего не нужно. Вот построили бы велодорожки. Инфраструктуру. Если бы сделали так, чтобы родители могли нормально работать и зарабатывать деньги. Я сам себе все сделаю. И книжки куплю и всё... Дайте мне заработать и всё! Надо не льготы вводить многодетной семье, – какое-то унижение! Дайте работу мужчине, чтобы его жена нормально сидела с тремя детьми, чтобы голова не болела, что покушать, во что одеться и как решить какие-то бытовые вопросы, чтобы не в двухкомнатной квартире жить. Чтобы он мог найти работу, и тогда он сам себе все купит. (муж., г. Вологда, 30–39 лет, женат, 2 детей, в/о, работает).

работы, позволяющей поддерживать высокий уровень жизни, материальная помощь от государства, льготы, пособия и бесплатная медицина не были бы для них критически значимы, поскольку все необходимые блага они могли бы приобрести самостоятельно. Единственное их ожидание, адресованное государству в данной сфере, – создание и поддержание инфраструктуры для детей (спортивные площадки, велодорожки, стадионы и т. п.).

В целом проведенные социологические исследования позволяют выделить три наиболее актуальные проблемы в сфере охраны здоровья детского населения: недостаточную информированность родителей и педагогов о фактическом состоянии здоровья детей, увеличение числа детей с хроническими заболеваниями в период школьного обучения, отсутствие системы согласованной работы образовательных организаций и родительского сообщества в сфере охраны здоровья детей.

Оценки экспертов в целом согласуются с выводами массовых опросов и фокус-групп. Проблема **снижения потенциала здоровья детей по мере взросления** эксперты единодушно поставили в ряд стратегически важных. Согласно приведенным в ходе интервью данным по итогам профосмотров и диспансеризации детского населения, с каждым годом увеличивается число детей с хроническими заболеваниями. На индивидуальном уровне состояние физического, психического, репродуктивного здоровья детей ухудшается с возрастом. Эксперты называют одним из главных факторов наблюдаемых проблем **дефицит информации у родителей по вопросам охраны здоровья детей** и их **недостаточную компетентность в части привития детям здоровьесберегающих навыков**. При этом эксперты подтвердили, что по мере взросления ребенка родители все менее активно заботятся о его здоровье. Максимальное внимание детскому

здоровью уделяется в младенческом, дошкольном и начальном школьном возрастах, когда у родителей есть интерес и временные ресурсы, а ребенок находится под регулярным контролем медработников. Кроме того, в этот период тесно налажено взаимодействие родителей с медицинскими специалистами (через работу патронажных медсестер, участковых педиатров).

Начиная со ступени средней школы взаимодействие родителей, детей и медработников постепенно ослабевает. Недостаточная медицинская активность родителей накладывается на одну из ключевых кадровых проблем здравоохранения – **отсутствие медицинских работников в образовательных организациях на постоянной основе**. К каждой образовательной организации прикреплен медработник, который с определенной периодичностью организует осмотры и вакцинации детей. Однако, по мнению экспертов, проблема кроется в отсутствии такого специалиста в штате организации. Причины сложившейся ситуации неоднозначны. Прежде всего, они объясняются менее выгодным положением медицинских работников, подведомственных системе образования, по сравнению с теми, кто работает в здравоохранении, а именно – квалификационными и финансовыми потерями. Медицинские работники были выведены из детских садов и школ, поскольку, находясь в штате образовательной организации, они теряли в уровне заработной платы и положенных им льготах. Кроме того свою лепту в решение вопроса вносит общий дефицит медицинских кадров.

Что касается **дефицита узких специалистов в детских медицинских учреждениях**, то его эксперты комментируют по-разному: одни считают, что сейчас проблема активно решается, другие, напротив, признают ее наиболее острой и пока еще нерешенной. Одобряется действу-

ющий механизм обучения студентов-медиков по целевым направлениям, позволяющий в условиях отсутствия в Вологодской области высшего медицинского учебного заведения возвращать в регион квалифицированных специалистов. Причинами сложившегося кадрового дефицита эксперты считают демографический кризис 90-х гг., который привел к численному сокращению абитуриентов медицинских вузов и, как следствие, будущих специалистов, а также дискредитацию профессии медицинских работников, в результате чего произошел массовый отток занятых из сферы здравоохранения.

В числе проблем здравоохранения, восприятие которых кардинально отличается в родительском и медицинском сообществе, оказались вопросы *низкой доступности бесплатных медицинских услуг и высокой стоимости лекарственных препаратов, вопросы качества проведения профосмотров у детей*. Если со стороны родителей приходилось слышать критику в адрес образовательной организации и системы здравоохранения, то эксперты, напротив, указывали на недостаточную компетентность самих родителей в вопросах профилактики заболеваемости детей.

Эксперты подчеркивают, что такие *профосмотры детей* представляют собой скрининговое обследование, направленное на своевременное выявление каких-либо нарушений или патологий, а потому не требуют больших временных ресурсов. При обнаружении отклонений от нормы в состоянии здоровья ребенка его родители информируются о необходимости более подробного консультирования у соответствующих специалистов и лечения, поэтому проблема кроется в *непонимании самими родителями содержания и назначения процедуры профосмотров* и частичном перекалывании своих обязанностей по поддержанию здоровья детей на медицинских работников. Это ярко подтверждают приведенные данные: по итогам 2018 года в ходе профосмотров девочек 0–18 лет было выявлено более 4000 детей с патологиями и отклонениями репродуктивной сферы, в то время как поставлены на учет и получили лечение лишь 1000 из них. Цель профилактических осмотров – выявить нарушение и, подключив семью, на следующем этапе пройти курс лечения и вывести ребенка в группу «здоров». Несоб-

людение этого алгоритма впоследствии ведет к усугублению состояния здоровья. Наиболее распространенной причиной нарушения этой «идеальной формулы», по мнению экспертов, выступает *недостаточное информирование родителей об итогах профосмотров со стороны медицинских работников и школы в силу нехватки времени и кадров*. Родители, в свою очередь, чаще всего «слепо» доверяют врачам, полагают, что проведенные осмотры уже ведут к поправлению или поддержанию здоровья, и не пытаются предпринимать какие-либо действия, поэтому, сами того не желая, становятся виновниками формирования хронических патологий у детей.

По *вопросам низкой доступности бесплатных медицинских услуг и высокой стоимости лекарственных препаратов* мнения экспертов несколько разделились. Главными причинами такого положения одни из них называют *недофинансирование страховой медицины* и, как следствие, *неадекватную систему тарифов, а именно их заниженные размеры*. Другие эксперты считают, что говорить о недоступности лекарственных препаратов не совсем корректно, поскольку лекарственное обеспечение есть и осуществляется как федеральным, так и областными категориям льготников. Специалисты признают, что отдельные препараты могут отсутствовать в данном перечне, но, если они остро необходимы пациенту, на них оформляются заявки по факту обращения. В отношении недоступности бесплатных медицинских услуг некоторые эксперты скептически отметили, что оказание помощи регламентируется перечнем программы государственных гарантий, однако если какая-то процедура для пациента все же недоступна, то проблема решается, в том числе, посредством заключения договоров со сторонними организациями. При этом они указывают, что функционирующие в настоящее время способы записи, включая дистанционные, эффективно решают проблему сложности записи на прием к специалистам.

#### Обсуждение результатов

Сохранение и укрепление здоровья детей предполагают слаженную целенаправленную работу институтов семьи, здравоохранения и образования. Каждый из них в течение постсоветского периода пережил значительные трансформации, которые оказали влияние, порой негативное, на здоровье подрастающих поколе-



ний. В настоящее время основная задача состоит в том, чтобы согласовать деятельность этих институтов, ориентируясь на такие приоритеты, как благополучие детского населения, создание условий для наиболее полного развития и реализации его человеческого потенциала.

Безусловно, в рамках государственной социальной политики предпринимаются усилия, призванные обеспечить на должном уровне функционирование здравоохранения и образования, улучшить социальное и материальное положение семей с детьми, однако пока недостаточные. Строительство перинатальных центров, проведение активной политики в сфере развития ресурсного потенциала здравоохранения, особенно в направлении ведения беременности и родовспоможения, наблюдение и медицинское обслуживание детей первого года жизни позволили добиться заметных успехов в снижении младенческой и материнской смертности, выявляемости наследственных заболеваний и врожденных патологий развития. Эти достижения служат мотивацией для дальнейших шагов на пути совершенствования детского здравоохранения. На повестке дня остаются вопросы повышения здоровья новорожденных детей. Для их решения важно проводить грамотную и более активную работу с населением репродуктивного возраста. В качестве одного из направлений такой деятельности можно предложить расширение практики подготовки будущих родителей к зачатию ребенка и беременности, например, посредством их направления в центры охраны здоровья семьи и репродукции (или иные подобные организации), где будущие родители могли бы пройти комплексное обследование здоровья, получить консультативную помощь медицинских специалистов, психологическую поддержку.

Решение кадровых проблем в системе здравоохранения на региональном уровне входит в число приоритетных задач Вологодской области. В рамках региональной целевой программы «Развитие здравоохранения Вологодской области на 2021–2025 годы» на развитие кадрового потенциала отрасли предполагается выделить 1 398 555,8 тыс. рублей<sup>19</sup>. К сожалению,

в числе индикаторов госпрограммы нет показателя обеспеченности детского населения врачами-педиатрами и врачами-специалистами. Учитывая наблюдаемый в регионе дефицит указанных врачей, необходимо контролировать эти показатели.

Развитие кадрового потенциала и вопросы обеспечения регулярного присутствия медицинского работника в образовательной организации выступают важнейшими предпосылками выстраивания успешной системы здоровьесбережения детей на региональном уровне. В рамках федеральной и региональной программ развития отрасли предусмотрены инструментарий и финансовое обеспечение для подготовки специалистов в области детского здравоохранения. В отношении медицинских кадров, занятых в образовательных организациях, таких управленческих ресурсов в настоящее время нет. Конкретное решение данной проблемы эксперты видят в *сохранении за медицинским персоналом детских садов и школ всех привилегий в части оплаты труда, пенсионных накоплений и льгот при условии облегчения условий лицензирования медицинских кабинетов и отнесения их к системе здравоохранения* для сохранения медицинского стажа и зарплаты, соответствующей дорожной карте по оплате труда медицинских работников. Как вариант, можно ориентироваться на *опыт лицензирования медицинского кабинета в вузах*, которые используют его на правах *оперативного управления*, т. е. кабинет находится в федеральной собственности, а вуз занимается его обслуживанием (ремонт, закупкой оборудования). На договорной основе медицинские работники трудятся в штате медицинской организации, в результате чего для них сохраняются все льготы.

В то же время присутствие медицинских работников в образовательных организациях и регулярный входной контроль состояния детей еще не служат стопроцентной гарантией безопасности здоровья во время воспитательного и учебного процесса. Необходимы также встречные усилия со стороны родителей и педагогов. В частности, представляется целесообразным проводить разъяснительные беседы с родителями о том, чтобы они не приводили детей с симптомами инфекционного заболевания в группу детского сада и не отправляли в школь-

<sup>19</sup> Портал государственных программ Вологодской области. URL: <https://programs.gov35.ru/>

ный класс. Безусловно, на практике родители зачастую оказываются в сложной ситуации, когда не встречают понимания со стороны работодателя и вынуждены выбирать между необходимостью ухода за болеющим ребенком и выполнением служебных обязанностей. Предотвратить возникновение подобных дилемм может включение в трудовой кодекс дополнительных гарантий для работающих родителей с малолетними детьми. Например, расширение возможности родителям малолетних детей иметь гибкий график работы или дистанционный формат занятости (если это позволяет характер труда), по меньшей мере на период болезни ребенка. Такие формы работы очень востребованы, особенно со стороны одиноких родителей, которые не могут полагаться на помощь членов семьи в уходе за детьми.

Нельзя забывать и об организации среды здоровьесбережения внутри образовательной организации. Как было показано выше, существенные потери здоровья детей приходится на время обучения в школе. Именно школьный образовательный процесс предъявляет повышенные требования к выносливости организма ребенка, его способности сопротивляться стрессам и адаптироваться к меняющимся социальным условиям. Педагогам необходимо оказывать всемерную поддержку детям, объединяя свои усилия внутри коллектива, а также привлекая к этому родителей и школьных медицинских работников. Решение данной задачи требует не только разработки программ здоровьесбережения в школе, но и введения в штат специалиста (например, завуча по здоровьесбережению), который будет нести ответственность за качество и результативность здоровьесберегательной деятельности, заниматься непосредственно ее организацией. Приоритетами школьной системы здоровьесбережения должны выступать совершенствование оповещения родителей о результатах профосмотров, повышение заинтересованности самих родителей не только в получении этих сведений, но и в проведении, при необходимости, дополнительных обследований и выполнении рекомендаций медицинских работников, привитии в семье навыков здоровьесбережения.

Для развития межинституционального сотрудничества в сфере здоровьесбережения важен обмен информацией на регулярной основе, формы же могут быть самые разнообразные – от тематических встреч, «круглых столов» до специальных проектов НКО по проблемам детского здоровья, с вовлечением родителей, медицинских, образовательных организаций, органов социальной защиты населения, представителей общественных организаций, научного сообщества.

#### **Заключение**

Проведенное с помощью комплексного методического инструментария исследование позволило выявить ряд кадровых, организационных и материальных проблем в сфере сохранения и укрепления здоровья детского населения. Ключевой среди них выступает проблема слабого взаимодействия семьи, образования и здравоохранения. Каждый из этих институтов одновременно является и объектом государственной социальной политики, что делает возможным корректировку их текущего состояния и условий функционирования. Так, на материалах фокус-группового исследования продемонстрирована важность комплексного подхода к решению проблем доступности качественных медицинских услуг для семей с детьми. Обосновано, что улучшение материального положения семей является не менее важным условием для сохранения здоровья детей, чем развитие инфраструктуры и кадрового потенциала государственной системы здравоохранения. Показано, что по ряду аспектов здоровьесбережения мнения родительского сообщества и специалистов, занятых в здравоохранении, заметно расходятся. Это актуализирует работу по выстраиванию диалога между ними. Роль образовательных организаций в системе сохранения и укрепления здоровья детей можно назвать координирующей, поскольку именно они представляют основную среду социализации детей в возрасте от 3 до 18 лет.

В целом связанность выделенных в ходе исследования проблем привела к разработке и обоснованию перечня направлений действий по их преодолению, в котором учитываются разные аспекты охраны детского здоровья, интегрируются усилия ряда институтов общества



(семьи, здравоохранения, образования). Практическая значимость предложенных направлений действий заключается в возможности их реализации с минимальными издержками путем встраивания в существующие алгоритмы работы специалистов сфер здравоохранения и образования. Также они могут служить основой для разработки и внедрения в практику новых управленческих инструментов сохранения потенциала здоровья детского населения. В перспективе планируется более углубленно рассмотреть причины слабого взаимодействия институтов, задействованных в сохранении здоровья детей.

### Литература

1. Римащевская Н.М., Русанова Н.Е. Здоровье российского населения в условиях социально-экономической модернизации // *Народонаселение*. 2015. № 4 (70). С. 96–105.
2. Bradshaw J., Hoelscher P., Richardson D. An Index of child well-being in the European Union. *Social Indicators Research*, 2007, vol. 80, pp. 133–177. DOI: 10.1007/s11205-006-9024-z
3. Richardson D., Hoelscher P., Bradshaw J. Child well-being in Central and Eastern European Countries (CEE) and the Commonwealth of Independent States (CIS). *Child Indicators Research*, 2008, vol. 1, pp. 211–250. DOI: 10.1007/s12187-008-9020-8
4. Ben-Arieh A. Indicators of children's well-being: What should be measured and why? *Social Indicator Research*, 2007, vol. 84, pp. 249–250.
5. Шабунова А.А., Морев М.В., Кондакова Н.А. Здоровье детей: итоги пятнадцатилетнего мониторинга: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. 262 с.
6. Ображей Н.В. Социальная инфраструктура детства как значимое направление социальной политики в области охраны здоровья детей // *Социологический альманах*. 2016. С. 93–100.
7. Amerijckx G., Humblet P.C. Child well-being: What does it mean? *Children & Society*, 2013. DOI: 10.1111/chso.12003
8. *What is Child Well-Being?: Does It Matter How We Measure It?* National Council on Family Relations Annual Conference, San Antonio, Texas (November 7, 2013). Available at: <https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/12/2013-57ChildWBMeasureIt1.pdf>
9. Bradshaw J., Richardson D. An Index of Child Well-Being in Europe. *Child Indicators Research*, 2009, vol. 2 (3), pp. 319–351.
10. Hernandez D.J., Napierala J.S. Disparities in U.S. Parental employment insecurity and child well-being across income groups: before, during, and after the great recession. *Child Indicators Research*, 2020, vol. 13, pp. 741–775. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12187-019-09713-8>
11. Bass L.E. Social focus on health and children's well-being. *Sociological Inquiry*, 2011, vol. 81 (4), pp. 495–498.
12. Fernandes L., Mendes A., Teixeira A.A.C. A review essay on the measurement of child wellbeing. *Social Indicators Research*, 2012, vol. 106 (2), pp. 239–257.
13. Buck K.D., Summers J.K., Smith L.M. et al. Application of the human well-being index to sensitive population divisions: A Children's Well-Being Index development. *Child Indicators Research*, 2018, vol. 11, pp. 1249–1280. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12187-017-9469-4>
14. Rees G. The association of childhood factors with children's subjective well-being and emotional and behavioural difficulties at 11 years old. *Child Indicators Research*, 2018, vol. 11, pp. 1107–1129. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12187-017-9479-2>
15. Vujčić M.T., Brajša-Žganec A., Franc R. Children and young peoples' views on well-being: A qualitative study. *Child Indicators Research*, 2019, vol. 12, pp. 791–819. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12187-018-9559-y>
16. Fattore T., Fegter S., Hunner-Kreisel C. Children's understandings of well-being in global and local contexts: Theoretical and methodological considerations for a multinational qualitative study. *Child Indicators Research*, 2019, vol. 12, pp. 385–407. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12187-018-9594-8>
17. Amholt T.T., Dammeyer J., Carter R. et al. Psychological well-being and academic achievement among school-aged children: A systematic review. *Child Indicators Research*, 2020, vol. 13, pp. 1523–1548. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12187-020-09725-9>

18. Вишневский А.Г., Андреев Е.М., Щербакова Е.М. Демографические вызовы России. Часть первая – население и пространство // Демоскоп Weekly. 2017. № 749–750. С. 1–10.
19. Колосницына М.Г., Коссова Т.В., Шелунцова М.А. Факторы роста ожидаемой продолжительности жизни: кластерный анализ по странам мира // Демографическое обозрение. 2019. Т. 6. № 1. С. 124–150.
20. Рыбаковский О.Л., Судоплатова В.С., Таюнова О.А. Потенциал снижения смертности населения России // Социологические исследования. 2017. № 3. С. 29–42.
21. Зайцева Е.В., Гончарова Н.В. Анализ влияния пронаталистской политики на воспроизводство населения и положение многодетных семей // Вестник УрФУ. Серия экономика и управление. 2019. Т. 18. № 6. С. 967–988. DOI: 10.15826/vestnik.2019.18.6.047
22. Разварина И.Н. Оценка экономического ущерба от смертности детского населения // Вестник УрФУ. Серия экономика и управление. 2018. Т. 17. № 4. С. 620–634.
23. Ростовская Т.К., Кучмаева О.В., Безвербная Н.А. Состояние и перспективы семейной политики в России: социально-демографический анализ // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2019. Т. 12. № 6. С. 209–227. DOI: 10.15838/esc.2019.6.66.12
24. Макара С.В., Симагин Ю.А., Ярашева А.В. Демографическая ситуация в России и социальная инфраструктура // Народонаселение. 2020. Т. 23. № 1. С. 67–75. DOI: 10.19181/population.2020.23.1.6
25. Рыбаковский О.Л., Таюнова О.А. Рождаемость населения России и демографические волны // Народонаселение. 2017. № 4 (78). С. 56–66. DOI: 10.26653/1561-7785-2017-4-4
26. Клупт М.А. Влияние семейной политики и нормативных представлений о семье на рождаемость: компаративный анализ // Социологические исследования. 2020. № 3. С. 40–50. DOI: 10.31857/S013216250008812-6
27. Щербаков А.И. Повышение рождаемости – основная цель демографической политики России // Социально-трудовые исследования. 2019. № 3 (36). С. 143–152. DOI: 10.34022/2658-3712-2019-36-3-143-152
28. Результаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Российской Федерации / А.А. Баранов [и др.] // Российский педиатрический журнал. 2016. № 19 (5). С. 287–293.
29. Заболеваемость детей в возрасте от 5 до 15 лет в Российской Федерации / Л.С. Намазова-Баранова [и др.] // Медицинский совет. 2014. № 1. С. 6–10.
30. Римашевская Н.М., Бреева Е.Б. «Поле» детства // Народонаселение. 2011. № 4. С. 17–26.
31. Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Поленова М.А. Состояние здоровья московских школьников и факторы, влияющие на его формирование (лонгитудинальное исследование) // Здоровье населения и среда обитания. 2014. № 3 (252). С. 28–30.
32. Шабунова А.А. Двадцать лет мониторинга детского здоровья: организация, результаты, выводы // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2015. № 2 (38). С. 116–128. DOI: 10.15838/esc.2015.2.38.7
33. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Состояние здоровья детей России, приоритеты его сохранения и укрепления // Казанский медицинский журнал. 2018. Т. 99. № 4. С. 689–705.
34. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения – стратегия социальной педиатрии / А.А. Баранов, Т.В. Яковлева, В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, Е.В. Антонова // Вопросы современной педиатрии. 2008. Т. 7. № 4. С. 6–8.
35. Концепция сокращения предотвратимых потерь здоровья детского населения / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая, Д.И. Зелинская // Вопросы современной педиатрии. Т. 9. № 5. С. 5–9.
36. Предотвратимость потерь здоровья детского населения – эффективная ресурсосберегающая стратегия в здравоохранении / В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, Т.В. Яковлева, Б.Д. Менделевич // Социальные аспекты здоровья населения. 2010. № 4 (16).
37. Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф., Садыков М.М. Центры здоровья для детей как приоритетное направление профилактической деятельности педиатрической службы // Медицинский альманах. 2013. № 2 (26). С. 12–15.
38. Организация профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в свердловской области: пути повышения качества / О.П. Ковтун, Е.В. Ануфриева, Л.Н. Малямова, С.А. Царькова // Уральский медицинский журнал. 2018. № 6 (161). С. 118–125.

39. Сухарева Л.М., Намазова-Баранова Л.С., Рапопорт И.К. Заболеваемость московских школьников в динамике обучения с 1-го по 9-й класс // Российский педиатрический журнал. 2013. № 4. С. 48–53.
40. Нацун Л.Н. Заболеваемость детского населения злокачественными новообразованиями в регионах Северо-Западного федерального округа // Институты развития человеческого потенциала в условиях современных вызовов: сборник статей XI Уральского демографического форума: в 2-х т. Т. II. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2020. С. 187–193.
41. Тенденции заболеваемости и динамика хронизации патологии у детей 0–14 лет в Российской Федерации / М.Н. Бантьева, Е.М. Манюшкина, Т.А. Соколовская, Э.Н. Матвеев // Социальные аспекты здоровья населения. 2019. № 65 (5). DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-5-10. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1105/30/lang,ru/> (дата обращения 19.08.2020).
42. Разварина И.Н., Нацун Л.Н. Здоровье детей Вологодской области от 0 до 3 лет // Социальные аспекты здоровья населения. 2019. № 1 (65). DOI: <https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-1-7>. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1047/30/lang,ru/>
43. Тенденции заболеваемости и состояние здоровья детского населения Российской Федерации / А.А. Баранов [и др.] // Российский педиатрический журнал. 2012. № 6. С. 4–9.
44. Шабунова А.А., Кондакова Н.А. Здоровье и развитие детей: итоги 20-летнего мониторинга // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2014. № 5 (35). С. 33–54.
45. Иванова М.А., Люцко В.В. Анализ обеспеченности и укомплектованности врачами-педиатрами участковыми в Российской Федерации за период 2007–2016 гг. // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. № 1. С. 167–185. DOI: 10.24411/2312-2935-2019-10011
46. Разварина И.Н., Калачикова О.Н. Частное или государственное? Родительская оценка условий медицинского обслуживания детей // Дискурс. 2018. № 12 (26). С. 293–310.

### Сведения об авторах

Александра Анатольевна Шабунова – доктор экономических наук, доцент, директор, Вологодский научный центр Российской академии наук (160014, Российская Федерация, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: [aas@vscc.ac.ru](mailto:aas@vscc.ac.ru))

Александра Владимировна Короленко – научный сотрудник, Вологодский научный центр Российской академии наук (160014, Российская Федерация, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: [coretra@yandex.ru](mailto:coretra@yandex.ru))

Лейла Натиговна Нацун – научный сотрудник, Вологодский научный центр Российской академии наук (160014, Российская Федерация, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: [leyla.natsun@yandex.ru](mailto:leyla.natsun@yandex.ru))

Ирина Николаевна Разварина – младший научный сотрудник, Вологодский научный центр Российской академии наук (160014, Российская Федерация, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: [Irina.razvarina@mail.ru](mailto:Irina.razvarina@mail.ru))

Shabunova A.A., Korolenko A.V., Natsun L.N., Razvarina I.N.

### Preserving Children's Health: Search for the Ways of Solving Relevant Issues

**Abstract.** Changed social reality, caused by the coronavirus pandemic (COVID-19), made attention to population's health, its risks, and defining factors relevant. Nowadays, an individual's personal responsibility for own health and coherence of various social institutions' activities in the formation of children's health are of particular importance. The article is devoted to an analysis of children's health and search for the ways of its improvement. The authors explore the issues of availability and quality of medical services, safeguard of children's health and discuss the barriers to inter-institutional cooperation

in this field, as well as ways of overcoming them. To achieve these objectives, we used quantitative and qualitative sociological methods: a sociological survey of families with children aged 3–17 years, monitoring observation of cohorts of families with children, focus group studies of parents of children aged 3–17 years, an expert survey of specialists of the regional health system and members of government authorities. The authors reveal several issues: decline of children's health potential in growing; insufficient awareness of parents about the state, forms, and methods of preserving and strengthening children's health, discrepancy between parents' ideas about their own competence in this matter with reality; lack of narrow-profile specialists in children's medical institutions; absence of medical workers among full-time staff of educational organizations; queues and complexity of making appointments with specialists; low availability of free and high cost of paid medical services; insufficient information interaction between medical, educational organizations and parents in the prevention of diseases; lack of parents' knowledge of full information about objectives of professional examinations and insufficient awareness of the importance of further actions to restore and strengthen health of children. Based on the analysis, we stated the areas of solving these problems. They may include the development and implementation of specific management tools to preserve children's health potential.

**Key words:** health, child population, institutes of healthcare, children's health, medical services.

### **Information about the Authors**

Alexandra A. Shabunova – Doctor of Sciences (Economics), Associate Professor, Director, Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: aas@vscc.ac.ru)

Alexandra V. Korolenko – Researcher, Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: coretra@yandex.ru)

Leila N. Natsun – Researcher, Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: leyla.natsun@yandex.ru)

Irina N. Razvarina – Junior Researcher, Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: Irina.razvarina@mail.ru)

Статья поступила 29.12.2020.