

3. Sleep apnea in 81 ambulatory male patients with stable heart failure. Types and their prevalences, consequences and presentations / S. Javaheri, T.J. Parker, J.D. Liming [et al.] // *Circulation*. — 1998. — Vol. 97, № 21. — P.2154—2159.
4. Hermann, D.M. Sleep-related breathing and sleep-wake disturbances in ischemic stroke / D.M. Hermann, C.L. Bassetti // *Neurology*. — 2009. — № 73. — P.1313—1322.
5. High prevalence of unrecognized sleep apnoea in drug-resistant hypertension / A.G. Logan, S.M. Perlukowski, A. Mente [et al.] // *J. Hypertens.* — 2001. — Vol. 19, № 12. — P.2271—2277.
6. Sleep apnoea and nocturnal angina / K.A. Franklin, J.B. Nilsson, C. Sahlin, U. Näslund // *Lancet*. — 1995. — Vol. 345, № 8957. — P.1085—1087.
7. Obstructive sleep apnea in patients admitted for acute myocardial infarction. Prevalence, predictors, and effect on microvascular perfusion / C.H. Lee, S.M. Khoo, B.C. Tai [et al.] // *Chest*. — 2009. — Vol. 135, № 6. — P.1488—1495.
8. Hermann, D.M. Sleep-related breathing and sleep-wake disturbances in ischemic stroke / D.M. Hermann, C.L. Bassetti // *Neurology*. — 2009. — № 73. — P.1313—1322.
9. Adult Obstructive Sleep Apnea Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults / L.J. Epstein, D. Kristo, P.J.Jr. Strollo [et al.] // *J. Clin. Sleep Med.* — 2009. — Vol. 5, № 3. — P.263—276.
10. Rules for scoring respiratory events in sleep: update of the 2007 AASM manual for the scoring of sleep and associated events / R.B. Berry, R. Budhiraja, D.J. Gottlieb [et al.] // *J. Clin. Sleep Med.* — 2012. — Vol. 8, № 5. — P.597—619.
11. Young, T. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective / T. Young, P.E. Peppard, D.J. Gottlieb // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* — 2002. — Vol. 165, № 9. — P.1217—1239.

REFERENCES

1. Naughton M, Benard D, Tam A et al. Role of hyperventilation in the pathogenesis of central sleep apneas in patients with congestive heart failure. *Am Rev Respir Dis.* 1993; 148 (2): 330–338.
2. Hedner J, Ejnell H, Caidahl K. Left ventricular hypertrophy independent of hypertension in patients with obstructive sleep apnea. *J Hypertens.* 1990; 8: 941-946.
3. Javaheri S, Parker TJ, Liming JD et al. Sleep apnea in 81 ambulatory male patients with stable heart failure; Types and their prevalences, consequences and presentations. *Circulation.* 1998; 97 (21): 2154-2159.
4. Hermann DM, Bassetti CL. Sleep-related breathing and sleep-wake disturbances in ischemic stroke. *Neurology.* 2009; 73: 1313-1322.
5. Logan AG, Perlukowski SM, Mente A et al. High prevalence of unrecognized sleep apnoea in drug-resistant hypertension. *J Hypertens.* 2001; 19 (12): 2271-2277.
6. Franklin KA, Nilsson JB, Sahlin C, Näslund U. Sleep apnoea and nocturnal angina. *Lancet.* 1995; 345 (8957): 1085-1087.
7. Lee CH, Khoo SM, Tai BC et al. Obstructive sleep apnea in patients admitted for acute myocardial infarction: Prevalence, predictors, and effect on microvascular perfusion. *Chest.* 2009; 135 (6): 1488-1495.
8. Hermann DM, Bassetti CL. Sleep-related breathing and sleep-wake disturbances in ischemic stroke. *Neurology.* 2009; 73: 1313-1322.
9. Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJJr et al. Adult Obstructive Sleep Apnea Task Force of the American Academy of Sleep Medicine: Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med.* 2009; 5 (3): 263-276.
10. Berry RB, Budhiraja R, Gottlieb DJ et al. Rules for scoring respiratory events in sleep: update of the 2007 AASM manual for the scoring of sleep and associated events. *J Clin Sleep Med.* 2012; 8 (5): 597-619.
11. Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ. Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002; 165 (9): 1217-1239.

© В.М. Шипова, С.М. Гаджиева, Е.А. Берсенева, 2017

УДК 615.838:614.25:331.108.22

DOI:10.20969/VSKM.2017.10(4).68-73

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПЛАНИРОВАНИЮ ЧИСЛЕННОСТИ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ В САНАТОРИЯХ

ШИПОВА ВАЛЕНТИНА МИХАЙЛОВНА, докт. мед. наук, профессор, главный научный сотрудник ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Россия, Москва, ул. Воронцово Поле, 12, стр. 1, тел. +7-916-505-59-33, e-mail: vshipova@yandex.ru

ГАДЖИЕВА САИДА МЕРДАНОВНА, главный врач детского санатория № 42 Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия, Москва, ул. Таманская, 15, корп. 2, тел. +7-499-199-28-25, e-mail: Sanatory42@gmail.com

БЕРСЕНЕВА ЕВГЕНИЯ АЛЕКСАНДРОВНА, докт. мед. наук, руководитель Центра высшего и дополнительного профессионального образования ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», Россия, Москва, ул. Воронцово Поле, 12, стр. 1, тел. +7-916-216-84-59, e-mail: eaberseneva@gmail.com

Реферат. Рассматриваются актуальные вопросы планирования численности лечащих врачей в санаториях. **Цель** — разработка современных методических подходов к планированию численности лечащих врачей в санаториях. **Материал и методы.** В исследовании использованы следующие методы: статистический, экономический, аналитически-исследовательский и аналитически-расчетный, методы нормирования труда, экспертный. **Результаты и их обсуждение.** Разработаны современные методические подходы к планированию численности лечащих врачей в санаториях. Планирование численности медицинских работников санатория проводится с помощью традиционно сложившихся методических подходов к нормированию труда с учетом специфики лечебно-диагностического процесса при санаторно-курортном лечении и разных функций медицинских работников, современных организационных технологий нормирования труда. Характерной чертой предлагаемого нами подхода является возможность проведения расчетов не только по фактическим данным, но и

по материалам экспертной оценки. Экспертизу предлагается проводить на основе репрезентативной выборки, индивидуально по каждому случаю пребывания ребенка в санатории. **Выводы.** Применение представленных методических подходов по планированию численности лечащих врачей санаториев позволяет проводить научное обоснование норм труда. Кроме того, методика может быть широко использована в ценообразовании и экономическом анализе деятельности учреждения. Материалы экспертной оценки объема медицинской помощи целесообразно применять при разработках клинических протоколов лечения в санаториях.

Ключевые слова: нормирование труда, санатории для детей.

Для ссылки: Шипова, В.М. Современные методические подходы к планированию численности лечащих врачей в санаториях / В.М. Шипова, С.М. Гаджиева, Е.А. Берсенева // Вестник современной клинической медицины. — 2017. — Т. 10, вып. 4. — С. 68—73. DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(4).68-73.

MODERN METHODOLOGICAL APPROACHES TO PLANNING THE NUMBER OF ATTENDING PHYSICIANS IN HEALTH RESORTS

SHIPOVA VALENTINA M., D. Med. Sci., professor, chief researcher worker of N. Semashko National Research Institute of Public Health, Russia, Moscow, Vorontzovo Pole str., 12, build 1, tel. +7-916-505-59-33, e-mail: vshipova@yandex.ru

GADZHIEVA SAIDA M., chief physician of Children's Health Resort № 42 of Moscow Department of Health care, Russia, Moscow, Tamanskaya str., 15, block 2, tel. +7-903-499-199-28-25, e-mail: Sanatory42@gmail.com

BERSENEVA EVGENIA A., D. Med. Sci., Head of the Department of the higher and additional professional education of N. Semashko National Research Institute of Public Health, Russia, Moscow, Vorontzovo Pole str., 12, build 1, tel. +7-916-216-84-59, e-mail: eaberseneva@gmail.com

Abstract. Topical issues of planning the number of attending physicians in health resorts are considered in the article.

Aim. Development of modern methodical approaches on planning the number of attending physicians in health resorts is being considered. **Material and methods.** The following methods were applied: statistical, economic, and analytical and calculation research methods of the expert and performance standards evaluation. **Results and discussion.** Modern methodical approaches to planning the number of attending physicians in health resorts were developed. **Conclusion.** The use of presented methodical approaches on planning the number of attending physicians in health resorts allows carrying out scientific justification of the performance standards. Besides, the technique can be widely used in pricing and economic analysis of institution activity. It is expedient to apply the materials in expert assessment of the amount of medical care when developing clinical protocols of treatment in health resorts.

Key words: work rationing, health resorts for children.

For reference: Shipova VM, Gadzhieva SM, Berseneva EA. Modern methodical approaches to planning the number of attending physicians in health resorts. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2017; 10 (4): 68—73. DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(4).68-73.

Состояние здоровья населения характеризуется ростом заболеваемости, омоложением многих болезней, хронизацией патологии, особенно в молодом возрасте, истощением иммунного статуса населения. Уровень здоровья детей интегрирует многообразие воздействия эколого-гигиенических, социально-экономических, медико-организационных и других факторов [1—10].

Анализ заболеваемости детей за последний 10-летний период времени ресурсного обеспечения педиатрической службы свидетельствует о росте частоты болезней с хроническим течением, об уменьшении обеспеченности детей койками и кадрами — процессом, проходящим более высокими темпами, чем для всего населения. Все это приводит к выводу о необходимости совершенствования организационных технологий оказания медицинской помощи детям, в том числе и в санаторно-курортных учреждениях.

Изменения в структуре заболеваемости населения характеризуются увеличением доли хронически протекающих заболеваний, что определяет необходимость совершенствования технологий восстановительного лечения, в том числе и на санаторно-курортном этапе лечения.

Нормативы численности медицинских работников устанавливаются в настоящее время рекомендуемыми штатными нормативами, являющимися составной частью приказов о порядках оказания

медицинской помощи. Эти нормативно-правовые документы, как указано в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», определяют Порядок оказания медицинской помощи по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний).

В соответствующих приказах приводятся рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений.

Внедрение в практику здравоохранения приказа Минздрава России от 05.05.2016 № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения» весьма затруднено по следующим причинам:

1. Приказ составлен подобно всем приказам о порядке оказания медицинской помощи и содержит все системные ошибки этих документов в части норм труда: игнорирование расчетного способа установления и применения норм труда, нарушение номенклатуры должностей, ошибочные позиции по установлению должностей заведующих и т.д.

2. В документе рекомендуется в качестве основного показателя для норм труда медицинских работников «место размещения» без соответствующих объяснений, что подразумевается под этим термином, отсутствующим в статистике здравоохранения.

3. На смену работы устанавливается дробное число должностей, меньше единицы, например 0,5

или 0,25 должности, что противоречит Трудовому кодексу РФ о сменности работы и практике здравоохранения.

4. По ряду должностей отсутствует вообще какой-либо нормативный показатель по труду. Так, в приказе указано, что в санаториях и в санаториях для детей, в санаториях-профилакториях, грязелечебницах «рекомендуется предусматривать должности: врач по медицинской профилактике, врач-стоматолог, врач-стоматолог детский, врач-рефлексотерапевт, врач мануальной терапии, врач функциональной диагностики, врач ультразвуковой диагностики, врач клинической лабораторной диагностики, врач-психотерапевт, медицинский психолог, провизор, фармацевт (исходя из профиля оказываемой медицинской помощи и с учетом материально-технической обеспеченности)». При этом не указывается не только величина норматива, но и возможность штатного обеспечения деятельности этих врачей средним и младшим медицинским персоналом.

5. Сравнение нормативного числа должностей, рекомендуемых новым нормативно-правовым документом и ранее действующими (приказы Минздрава СССР от 31.01.1956 № 1-М и от 17.01.1985 № 60), показывают, что наряду с незначительным уменьшением нормативной численности должностей врачей, прежде всего за счет увеличения числа коек на одну должность заведующего отделением, произошли резкие изменения нормативной численности среднего и младшего медицинского персонала.

По действующим ранее приказам должность медицинской сестры палатной в санаториях для взрослых прочих профилей (кроме туберкулезных) устанавливалась из расчета: от 50 до 75 коек — 4 должности; на 75 коек — 4,5 должности; свыше 75 коек на каждые 35 коек добавляется 1 должность, а в санаториях для детей из расчета 1 круглосуточный пост на 15 коек для детей до 3 лет, на 30 коек — для детей старше 3 лет.

По новому приказу должность медицинской сестры палатной (постовой) устанавливается следующим образом: 1 медсестра на 100 мест размещения для взрослых и 1 медсестра на 50 мест размещения для детей.

Расчеты показывают, что для введения круглосуточного режима работы необходимо не менее 5 должностей. Следовательно, только в санаториях для взрослых на 500 мест и более, а для детей на 250 мест и более можно установить круглосуточный пост медицинской сестры палатной (постовой).

Должность младшей медицинской сестры по уходу за больными в новом приказе не предусмотрена вовсе.

Указанные недостатки нового приказа определяют необходимость разработки методических подходов, применение которых позволит определить нормативную численность медицинских работников санаториев при проведении таких работ на федеральном уровне и осуществлять экономическую оценку деятельности каждой конкретной медицинской организации.

Планирование численности медицинских работников санатория проводится с помощью традиционных сложившихся методических подходов к нормированию труда с учетом специфики лечебно-диагностического процесса при санаторно-курортном лечении и разных функций медицинских работников, современных организационных технологий нормирования труда.

Характерной чертой предлагаемого нами подхода является возможность проведения расчетов не только по фактическим данным, но и по материалам экспертной оценки. Экспертизу предлагается проводить на основе репрезентативной выборки, индивидуально по каждому случаю пребывания ребенка в санатории. Деятельность врачей санаториев дифференцируется по их функции следующим образом: врачи основных специальностей; врачи-специалисты, оказывающие консультативную помощь; врачи вспомогательной лечебно-диагностической службы. Понятие «врачебные должности основных специальностей» включает должности, подлежащие замещению врачами, которые определяют тактику лечения и непосредственно осуществляют лечебно-диагностический процесс.

В настоящей работе остановимся на предлагаемых подходах к расчету численности лечащих врачей. Определение численности лечащих врачей санатория предлагается проводить по схеме, представленной на рисунке.

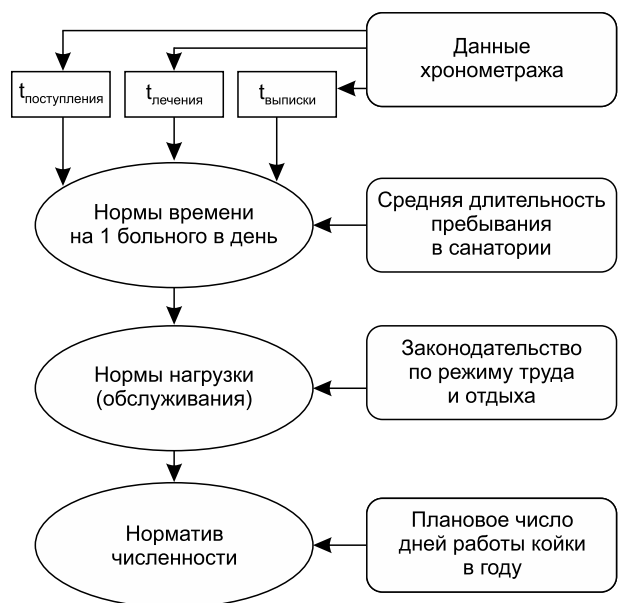


Схема расчета нормативных показателей по труду лечащих врачей санаториев и используемые показатели

На первом этапе расчета средние нормативные затраты рабочего времени лечащего врача на день пребывания больного в день устанавливаются либо по отраслевым данным, либо путем проведения хронометража. При проведении хронометража должен использоваться словарь.

Нахождение больного в санатории с точки зрения организации лечебно-диагностического процесса предлагается дифференцировать по четырем пе-

риодам: поступление, обследование, лечение и выписка. По трудозатратам врача и другого медицинского персонала пребывание больного в санатории принято делить на три периода:

- *Период поступления* связан с первичным осмотром больного, знакомством с документацией, сбором анамнеза больного и его родственников, назначением обследования, дополняющего те, которые не были проведены на предыдущем этапе лечения, с постановкой предварительного диагноза и назначением лечения. Трудозатраты врача в этот период зависят от степени подготовленности больного к санаторному лечению, адекватности и качества обследования, характера и тяжести заболевания. Как правило, больные, поступающие в санаторий, в достаточной мере обследованы в амбулаторных и стационарных условиях и имеют все требуемые документы.

- *Период лечения*, во время которого уточняется диагноз, осуществляется наблюдение за динамикой состояния больного, проведение, контроль и коррекция лечебных мероприятий. В этот период трудозатраты врача не имеют существенных различий по дням пребывания в санатории.

- *Период выписки* включает подготовку больного, документацию, в том числе эпикриз, беседу с родителями или родственниками, дачу советов, рекомендаций по дальнейшему лечению больного и проведению профилактических мероприятий. Расчеты затрат врача на день пребывания больного в стационаре и в санатории проводятся при условии работы врача по 6-дневной рабочей неделе.

Теоретически возможен переход на нормирование труда при работе по 5-дневной неделе. Однако такой переход нецелесообразен прежде всего в целях сопоставления с предыдущим нормативом. Кроме того, следует обратить внимание на формулировку, данную при рекомендациях по расчету рабочего времени: «Норма рабочего времени на определенные периоды времени исчисляется по расчетному графику пятидневной рабочей недели...» (Постановление Минтруда РФ от 10.10.1997 № 53). Работа по 5-дневной рабочей неделе повышает ежедневную нагрузку врача по сравнению с той нагрузкой, которая планируется при 6-дневной рабочей неделе, однако норматив должности врача в числе коек на 1 должность остается неизменным.

Затраты времени врача на одного больного в день предлагается определять как средневзвешенный показатель по дням пребывания больного в санатории (за исключением выходных и праздничных дней, когда осмотр больного при необходимости осуществляется дежурным врачом) по формуле

$$T = \frac{t_1 + (t_2 + t_3 + \dots + t_n) + t_B + t_{on} \times \alpha}{m \times 0,82}, \quad (1)$$

где T — средние затраты рабочего времени врача на день пребывания больного в санатории;

t_1 — время на больного в день поступления;

$t_2, t_3 \dots t_n$ — затраты времени по дням пребывания в период лечения;

t_B — затраты времени врача в день выписки больного;

m — средняя длительность пребывания больного в стационаре;

0,82 — коэффициент отношения числа рабочих дней в году при работе врача по 6-дневной рабочей неделе к числу календарных дней в году.

Так, например, если путем проведения хронометража были установлены следующие затраты рабочего времени врача-педиатра в санатории для детей: в период поступления — 12,6 мин; в период лечения — 14,8 мин; в период выписки — 65,5 мин, то расчеты по формуле (1) показывают, что при средней длительности пребывания в санатории, равной 21,9 дня, и числе осмотров, составляющем 10,5 мин на одного ребенка, средние затраты врача на одного ребенка в день составляют 13,0 мин. Экспертным путем было определено необходимое число осмотров, которое составило 11,8. В этом случае средние затраты на одного больного в день составили 14,1 мин.

На втором этапе расчета определение нагрузки врачебной должности в числе обслуживаемых больных в день осуществляется путем деления ежедневного рабочего времени врача, предназначенного для непосредственной лечебно-диагностической работы, на средние затраты времени врача на одного больного в день по формуле

$$N_B = \frac{B \times k}{T}, \quad (2)$$

где N_B — нормативное число больных в расчете на одну должность;

B — ежедневное рабочее время врача (по 6-дневной рабочей неделе);

k — коэффициент использования рабочего времени врача на лечебно-диагностическую деятельность;

T — средние затраты времени врача на одного больного в день [из формулы (1)].

Расчеты, проведенные по формуле (1), показывают, что число больных в расчете на 1 должность врача при фактическом числе осмотров составляют 27,7, а при экспертной частоте осмотров — 25,5.

На третьем этапе расчета норматив должности лечащего врача больничного учреждения выражается в числе коек на одну должность и рассчитывается по формуле

$$N_k = \frac{N_B \times 365}{R}, \quad (3)$$

где N_k — нормативное число коек на одну должность;

N_B — число обслуживаемых больных в день в расчете на одну должность;

R — плановое число дней работы койки в году.

Методика расчета планового числа работы койки в году [R в формуле (3)] была определена «Методическими рекомендациями по повышению эффективности и анализу использования коечного фонда стационаров лечебно-профилактических учреждений», утвержденных письмом Минздрава СССР от 08.04.1974 № 02-4/19. К настоящему времени эти

методические подходы представлены в письмах Минздрава России «О формировании и экономическом обосновании Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на определенный год и на соответствующий плановый период». Хотя указанные методические подходы рекомендуется применять при планировании больничной помощи, но в наших исследованиях показано, что они полностью применимы и для санаторной помощи. Плановый оборот койки в году (F) определяется по формуле

$$F = \frac{365 - t_1}{T + t_0}, \quad (4)$$

где t_1 — среднее время простоя койки на ремонт (10—15 дней);

t_0 — простой койки в связи с оборотом, т.е. время, необходимое для санации койки после выписки больного;

T — средняя длительность пребывания больного на койке.

Плановое число работы койки в году (R) рассчитывается по формуле

$$R = 365 - t - F \times t. \quad (5)$$

Так, например, плановый оборот койки в году, рассчитанный по формуле (4) при средней длительности пребывания ребенка в санатории, равной 21,9 дня, составляет 15,5. Плановое число работы койки в году, рассчитанное по формуле (5), равно 339,5. Нормативное число коек на 1 должность врача-педиатра рассчитывается по формуле (3) и составляет 29,8 коек при фактическом числе осмотров и 27,4 коек при числе осмотров, определенных экспертным путем.

Применение представленных методических подходов по планированию численности медицинских работников санаториев позволяет проводить научное обоснование норм труда, что и было осуществлено нами в санатории для детей. Кроме того, методика может быть широко использована в ценообразовании и экономическом анализе деятельности учреждения. Также материалы экспертной оценки объема медицинской помощи целесообразно применять при разработках клинических протоколов лечения в санаториях.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А.А. Наша цель — добиться, чтобы каждый ребенок в России рос здоровым и счастливым /

А.А. Баранов // Вестник Росздравнадзора. — 2016. — № 3. — С.5—8.

2. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 624 с.
3. Результаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в Российской Федерации / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Р.Н. Терлецкая [и др.] // Российский педиатрический журнал. — 2016. — Т. 19, № 5. — С.287—293.
4. Зелинская, Д.И. Детская инвалидность (медико-социальное исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Дина Ильинична Зелинская. — М., 1998. — 53 с.
5. Зелинская, Д.И. Инвалидность детского населения России / Д.И. Зелинская, Р.Н. Терлецкая. — М.: Центр развития межсекторальных программ, 2008. — С.135—160.
6. Полунина, Н.В. Особенности состояния здоровья детей Российской Федерации и пути его улучшения / Н.В. Полунина, С.Н. Черкасов // Приоритетные направления развития здравоохранения Дальнего Востока и Байкальского региона: проблемы и перспективы: сб. науч. тр. — Якутск, 2013. — С.203—207.
7. Проблемы оптимизации медицинского обеспечения детей и подростков / Л.П. Чичерин, И.А. Лешкевич, Е.В. Михальская, В.А. Прошин // Российский педиатрический журнал. — 2005. — № 4. — С.51—54.
8. Чичерин, Л.П. Медико-социальные аспекты охраны здоровья детей и подростков в Российской Федерации / Л.П. Чичерин, М.В. Никитин // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2010. — № 3. — С.22—26.
9. Санаторно-курортная помощь детям в России / Л.П. Чичерин, М.В. Никитин, В.О. Щепин, И.В. Черкашина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2015. — № 4. — С.3—6.
10. Щепин, В.О. Современные демографические тенденции в Российской Федерации / В.О. Щепин, Т.И. Расторгуева, О.Б. Карпова // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. — 2013. — № 2. — С.10—13.

REFERENCES

1. Baranov AA. Nashacel' — dobit'sja, chtobykazhdyjrebenok v Rossiroszdrovymischastlivym [Our purpose — to achieve that each child in Russia of dews healthy and happy]. Vestnik Roszdravnadzora [Bulletin of Roszdravnadzor]. 2016; 3: 5-8.
2. Starodubova VI, Shhepinaidr OP ed. Obshestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie: nacional'noe rukovodstvo [Public health and health care: national leaders]. Moskva [Moscow]: GJeOTAR-Media. 2013; 624 p.
3. Baranov AA, Namazova-Baranova LS, Terleckaja RN, Bajbarina EN, Chumakova OV, Ustinova VN, Antonova EV, Vishneva EA. Rezul'taty profilakticheskikh medicinskih osmotrov nesovershennoletnih v Rossijskoj Federacii [Results of routine medical examinations of minors in the Russian Federation]. Rossijskij pediatricheskij zhurnal [Russian pediatric magazine]. 2016; 19 (5): 287-293.
4. Zelinskaja DI. Detskaja invalidnost' (mediko-social'noe issledovanie) [Children's disability (medico-social research)]. Moskva [Moscow]. 1998; 53 p.
5. Zelinskaja DI, Terleckaja RN. Invalidnost' detskogo naselenija Rossii [Disability of the children's population of Russia]. Moskva: Centr razvitija mezhshektoral'nyh program [Moscow: Center for the Development of Intersectoral Programs]. 2008: 135–160.

6. Polunina NV, Cherkasov SN. Osobennosti sostojanija zdorov'ja detej Rossijskoj Federacii i puti ego uluchshenija [Russian Federation children health state features and the way of it's improvement]. Jakutsk: Prioritetnye napravlenija razvitija zdavoohranenija Dal'nego Vostoka i bajkal'skogo regiona — problemy i perspektivy [Yakutsk: Priority directions of health development in the Far East and the Baikal region — problems and prospects]. 2013; 203-207.
7. Chicherin LP, Leshkevich IA, Mihal'skaja EV, Proshin VA. Problemy optimizacii medicinskogo obespechenija detej i podrostkov [Medical support of children and teenagers optimization problems]. Rossijskij pediatričeskij zhurnal [Russian pediatric magazine]. 2005; 4: 51-54.
8. Chicherin LP, Nikitin MV. Mediko-social'nye aspekty ohrany zdorov'ja detej i podrostkov v Rossijskoj Federacii [Medico-social aspects of health protection of children and teenagers in the Russian Federation]. Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie [Public health and health care]. 2010; 3: 22-26.
9. Chicherin LP, Nikitin MV, Shhepin VO, Cherkashina IV. Sanatorno-kurortnaja pomoshh' detjam v Rossii [Children sanatorium help in Russia]. Problemy social'noj gigeny, zdavoohranenija i istorii mediciny [Problems of social hygiene, health care and history of medicine]. 2015; 4: 3-6.
10. Shhepin VO, Rastorgueva TI, Karpova OB. Sovremennye demograficheskie tendencii v Possijskoj Federacii [Current demographic trends in the Russian Federation]. Rossijskaja akademija medicinskih nauk: bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja [Russian academy of medical sciences: bulletin of National research institute of public health]. 2013; 2: 10-13.