федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Министерства здравоохранения РФ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛЮ «ПЕДИАТРИЯ»

ПУБЛИЧНЫЙ ОТЧЕТ

2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НМИЦ КАК «ГОЛОВНОЙ» ОРГАНИЗАЦИИ ПО ПРОФИЛЮ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 4

организационная структура НМИЦ 4

образовательная деятельность НМИЦ 5

деятельность по основным клиническим направлениям работы НМИЦ 9

оценка уровня автоматизации 12

оснащенность НМИЦ 14

научная деятельность НМИЦ 18

внедрение инновационных медицинских технологий, их медико-социальный и экономический эффект 20

2. ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НМИЦ ЗА 2025 ГОД В СРАВНЕНИИ С ПЛАНОВЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА 2025 Г 21

2.1. число случаев, в ходе которых национальными медицинскими исследовательскими центрами проведены консультации/консилиумы с применением телемедицинских технологий краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организаций субъектов Российской Федерации по профилю оказания медицинской помощи 21

2.2. доля пациентов, проживающих на территории других субъектов Российской Федерации, получивших медицинскую помощь в НМИЦ (%) 23

2.3. число выездов в субъекты Российской Федерации, осуществленных сотрудниками НМИЦ в целях осуществления организационно-методической поддержки краевым, республиканским, областным, окружным медицинским организациям по профилю оказания медицинской помощи 23

2.4. число проведенных научно-практических мероприятий с применением телемедицинских технологий с участием «якорных» краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организаций субъектов Российской Федерации (и/или их структурных подразделений), либо организаций, выполняющих их функции 28

2.5. количество и перечень интерактивных образовательных модулей, размещенных на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России 29

2.6. оценка текущей кадровой ситуации в субъектах РФ по профилю НМИЦ (только основные сотрудники организации) 29

2.7. перечень предложений по улучшению кадровой ситуации в субъектах Российской Федерации с анализом реализации этих предложений 70

2.8. перечень мероприятий, направленных на повышение качества подготовки специалистов по профилю, с анализом реализации этих мероприятий 72

3. МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 76

календарь международных мероприятий, в которых приняли участие сотрудники НМИЦ в 2025 году 79

4. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ 81

4.1. анализ системы контроля качества медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и критериев оценки качества медицинской помощи в НМИЦ и медицинских организациях субъектов Российской Федерации по профилю медицинской помощи 81

перечень актуализированных клинических рекомендаций по профилю НМИЦ за текущий год 81

текущий уровень внедрения системы контроля качества медицинской помощи в НМИЦ как медицинской организации 97

сведения о медицинских организациях третьего уровня субъектов РФ, в которых внедрена система контроля качества медицинской помощи по результатам выездных проверок сотрудниками НМИЦ 98

4.2. рейтинг субъектов Российской Федерации по результативности и качеству оказания медицинской помощи в соответствии с критериями, предлагаемыми НМИЦ 101

4.3. результаты мониторинга и предложения по повышению эффективности реализации федеральных проектов в субъектах Российской Федерации 182

5. АНАЛИТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ (РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ) ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НМИЦ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЯ СИТУАЦИИ С ОКАЗАНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НМИЦ 183

6. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НМИЦ 185

Организационная структура НМИЦ

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

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



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



КОЛИЧЕСТВО ДПП ПК ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ПО ПРОФИЛЮ «ПЕДИАТРИЯ» В РАМКАХ РАБОТЫ НМИЦ В 2026 ГОДУ

1. Цикл повышения квалификации: «Питание детей раннего возраста. Профилактика и диетотерапия основных алиментарно-зависимых состояний и заболеваний у детей» 36 часов
2. Цикл повышения квалификации: «Избранные вопросы педиатрии для преподавателей» 36 часов
3. Цикл повышения квалификации: «Методические аспекты преподавания детской эндокринологии при подготовке врача-педиатра» 36 часов
4. Цикл повышения квалификации: «Трудные вопросы патологии детей раннего возраста. Современный подход к преподаванию» 36 часов
5. Цикл повышения квалификации: «Совершенствование преподавания педиатрии в медицинском вузе. Вопросы неотложной педиатрии» 36 часов
6. Цикл повышения квалификации: «Особенности преподавания детской анестезиологии-реаниматологии в медицинском вузе» 36 часов
7. Цикл повышения квалификации: «Современные модели диагностики и лечения в педиатрии. Методика преподавания» 36 часов
8. Цикл повышения квалификации: «Особенности преподавания инфекционных болезней у детей в вузе» 36 часов

№	Название цикла	СЗФО	УФО	СФО	Запорож. обл.	Херсон. обл.	Всего по всем регионам
1	Детская кардиология	6					12
2	Детская онкология	1					1
3	Детская онкология-гематология	16					16
4	Детская урология-андрология	1					1
5	Детская хирургия	2					2
6	Детская эндокринология	3					9
7	Неонатология	3					4
8	Актуальные вопросы детской и взрослой офтальмологии	17					17
9	Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии	3					3
10	Актуальные вопросы детской офтальмологии	1					1
11	Актуальные вопросы инфекционных заболеваний у детей с курсом иммунопрофилактики	47					54
12	Актуальные вопросы нейроинфекции у детей	1					1
13	Актуальные вопросы педиатрии	31					31
14	Актуальные вопросы педиатрии в амбулаторной практике педиатра	17					18
15	Актуальные вопросы педиатрии, инфекционных заболеваний у детей с курсом иммунопрофилактики	50					72
16	Актуальные вопросы рентгенологии в педиатрии	10					10
17	Актуальные вопросы ультразвукового исследования внутренних органов у детей	3					3
18	Актуальные проблемы гематологии в педиатрии	15					15
19	Актуальные проблемы детской аллергологии	6					6
20	Аллергические заболевания у детей	6					6
21	Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия у детей	5					5
22	Артриты у детей	3	1				6
23	Вакцинопрофилактика детей и взрослых	22		1			23
24	Воспалительные и невоспалительные заболевания сердца у детей	1					2
25	Гастроэнтерология в педиатрии	8					9
26	Гастроэнтерология детского и подросткового возраста	14		2			17
27	Гемодинамическая поддержка при критических состояниях у детей	7					7
28	Гепатология детского возраста	5					9
29	Демиелинизирующие заболевания нервной системы у детей	5		1			8

№	Название цикла	СЗФО	УФО	СФО	Запорож. обл.	Херсон. обл.	Всего по всем регионам
30	Детская гематология. Анемические состояния у детей различного возраста	7					7
31	Детская кардиология	18	1				20
32	Детская онкология	2					2
33	Детская урология-андрология	5					5
34	Детская хирургия	19					19
35	Детская эндокринология: заболевания надпочечников	2					2
36	Диагностика и лечение респираторной аллергии у детей	4					4
37	Заболевания кишечника у детей	8					8
38	Заболевания щитовидной и паращитовидных желез у детей	4					5
39	Инфекционные заболевания у детей первого года жизни	22					22
40	Капельные и острые кишечные инфекции, вирусные гепатиты у детей	1					1
41	Капельные инфекции у детей	11					11
42	Критические состояния у детей. Диагностика и интенсивная терапия	10					10
43	Лечебная физкультура при патологии дыхательной системы у детей	4					4
44	Лечебная физкультура при патологии опорно-двигательного аппарата у детей	9					9
45	Логопатология детского возраста	22		3			52
46	Нарушение роста и полового развития у детей	7					8
47	Нарушение роста у детей	5					5
48	Нарушения полового развития у детей и подростков	2	1				3
49	Неврология раннего детского возраста	3					6
50	Неврология, неврология раннего детского возраста	34	1				41
51	Неврология, неонатальная неврология	5					5
52	Неврология. Пограничные нервно-психические расстройства детского и подросткового возраста	6					7
53	Неонатальная неврология	2					2
54	Неонатология. Физиология и патология новорожденных и недоношенных детей	28	2				62
55	Нефрология детского возраста	2		1			3
56	Основы интенсивной терапии в педиатрической кардиологии и кардиохирургии	5					5
57	Остеопатия в педиатрии	5					6
58	Острая респираторная патология у детей	2					3
59	Острое почечное повреждение у детей и подростков. Хроническая болезнь почек у детей	2		1			3

№	Название цикла	СЗФО	УФО	СФО	Запорож. обл.	Херсон. обл.	Всего по всем регионам
60	Острые кишечные инфекции и вирусные гепатиты у детей	4					4
61	Паразитозы в практике педиатра и инфекциониста	8					30
62	Пароксизмальные расстройства сознания у детей	6					6
63	Педиатрическая ревматология: диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани у детей						3
64	Педиатрия	245	2				419
65	Педиатрия, актуальные проблемы гематологии	7					7
66	Педиатрия, актуальные проблемы пульмонологии	12					12
67	Первая врачебная помощь при неотложных состояниях у детей	29					30
68	Первая врачебная помощь при сочетанной травме у детей. Работа в команде (симуляционный курс)	11					11
69	Питание здорового и больного ребенка	6					8
70	Пограничные нервно-психические расстройства у детей и подростков	5					5
71	Пороки сердца у детей	3					4
72	Профилактика и ранняя диагностика гинекологической патологии у детей	14					17
73	Ревматология детского возраста	4		1			9
74	Регионарная анестезия и особенности ее применения у детей						3
75	Рефлексотерапия в педиатрии	4					4
76	Сахарный диабет 1 типа и другие виды нарушений углеводного и жирового обмена у детей и подростков	225	1				226
77	Сахарный диабет у детей и подростков	4	1				6
78	Современная педиатрическая нефрология	1		2			5
79	Стоматология детская	1					
80	Ультразвуковая диагностика заболеваний почек у детей	5					10
81	Ультразвуковая навигация в интенсивной терапии критических состояний у детей	10					15
82	Управление сердечным выбросом при критических состояниях у детей	2					2
83	Физиология и патология новорожденных детей	25					30
84	Функциональные методы диагностики в детской кардиологии	10					10
85	Хронические неспецифические заболевания легких у детей	2					2
86	Экстракорпоральная гемокоррекция в интенсивной терапии септического шока у детей	2					11
87	Эндокринология детского и подросткового возраста	17					21
88	Эндокринология. Актуальные вопросы эндокринной патологии у детей и взрослых	4					4



ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
ПО ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ НАПРАВЛЕНИЯМ РАБОТЫ НМИЦ

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПО ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ НАПРАВЛЕНИЯМ РАБОТЫ НМИЦ

Клиническая деятельность Педиатрического университета опирается на широкие диагностические возможности и передовые технологии мультидисциплинарного и персонифицированного подхода к каждому пациенту. На базе Клиники непрерывно разрабатываются и внедряются в практику новейшие методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации для улучшения состояния пациентов после перенесенных заболеваний.

Оперативная консультативная работа сотрудников Клиники, профессорско-преподавательского состава и специалистов национального медицинского исследовательского центра обеспечивает доступность квалифицированной помощи в субъектах Российской Федерации, способствуя снижени. младенческой и детской смертности, заболеваемости и инвалидности.

Госпитализация пациентов из всех регионов России осуществляется по программам ОМС и ВМП согласно III уровню оказания помощи. Университет оказывает специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, проводит клинические апробации и исследования, а также ведет внебюджетную деятельность.

419
КОЕК
КРУГЛОСУТОЧНОГО СТАЦИОНАРА,

в том числе

27
КОЕК ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Структура медицинской помощи в клинике по профилю «педиатрия»

мультидисциплинарный подход

- АЛЛЕРГОЛОГИЯ
- ПУЛЬМОНОЛОГИЯ
- НЕФРОЛОГИЯ
- КАРДИОЛОГИЯ
- РЕВМАТОЛОГИЯ
- ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ
- ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ
- ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ
- ОНКОГЕМАТОЛОГИЯ
- ЭНДОКРИНОЛОГИЯ
- ИНФЕКЦ. БОЛЕЗНИ
- ДЕРМАТОЛОГИЯ
- ВЕНЕРОЛОГИЯ
- НЕВРОЛОГИЯ
- НЕОНАТОЛОГИЯ
- АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ
- ПАТ.АНАТОМИЯ
- АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

100-5 000

Санкт-Петербург
Ленинградская область
Новгородская область
Псковская область
Вологодская область
Мурманская область
Республика Карелия
Республика Дагестан
Калининградская область
Чеченская Республика
Краснодарский край
Ямало-Ненецкий АО
Республика Коми
Архангельская область
Самарская область
Ханты-Мансийский АО
Ставропольский край
Республика Башкортостан
Ростовская область
Республика Крым
Республика Саха (Якутия)
Тверская область
Тюменская область

50-99

г. Москва
Удмуртская Республика
Оренбургская область
Республика Татарстан
Челябинская область
Нижегородская область
Астраханская область
Кабардино-Балкарская Республика
Волгоградская область
Омская область
Пермский край
Кемеровская область
Карачаево-Черкесская Республика
Кировская область
Московская область
Республика Ингушетия
Луганская Народная Респ.
Запорожская область
Курганская область
Новосибирская область
Саратовская область

1-49

Томская область
Иркутская область
Приморский край
Сахалинская область
Свердловская область
Республика Северная Осетия
Воронежская область
Орловская область
г. Севастополь
Ярославская область
Республика Адыгея
Алтайский край
Брянская область
Камчатский край
Белгородская область
Ивановская область
Хабаровский край
Донецкая Народная Республика
Пензенская область
Амурская область
Чувашская Республика
Республика Калмыкия
Республика Бурятия
Липецкая область
Владимирская область
Курская область
Ненецкий АО
Республика Тыва
Костромская область
Ульяновская область
Смоленская область
Республика Хакасия
Забайкальский край
Магаданская область
Тульская область
Республика Алтай
Калужская область
Республика Марий Эл
Республика Мордовия
Тамбовская область
Херсонская область
Рязанская область
Чукотский АО
Еврейская АО
Республика Дагестан

1 Начата подготовка к переходу медицинской информационной системы «Ариадна» на отечественную СУБД PostgreSQL (согласование работ, заключение контракта, предварительные настройки)

2 Осуществлена возможность подписания цифровой подписью накладных в Аптеке и на Медицинском складе. В связи с этим была проведена правка форм накладных, разработка алгоритма взаимодействия между отделениями, доработка справочной системы, корректировка учетных записей.

3 Освоение и внедрение модуля «Вакцинация» для ведения учета вакцинирования сотрудников Клиники, с последующей выгрузкой отчетности для контроля, анализа и своевременно проведенных профилактических работ.

4 Проведены работы по усилению парольной политики входа в медицинскую информационную систему. Ужесточены требования к паролю, внедрен период действия пароля пользователя.

5 При переходе на новый сайт организации была настроена возможность загрузки прайса услуг, скорректированы правила формирования записей услуг.

6 Созданы электронные формы протоколов и требуемая отчетность по продлению больничных листов

7 Разработана и внедрена возможность оплаты разовых услуг платных пациентов единой авансовой услугой, с последующим списанием из аванса и возвратом остатка аванса.

8 Помощь кафедральным сотрудникам в снятии данных и формировании по ним отчетности для научных работ.

9 Интеграция через ОДЛИ (обмен данными лабораторными исследованиями) со сторонними организациями - КВД1 и ДГБ3.

10 Улучшение отдельных модулей для ведения дополнительной информации по пациентам, удобства пользователей, более корректного анализа данных в отчетности пользователей (н-р: отметки о совместном пребывании сопровождающего лица, его питании и температуры, улучшен отчет по контролю за пациентами на планируемую госпитализацию, внедрены протоколы оценки боли у пациентов).

11 Начата работа по внедрению модуля «Врач анестезиолог-реаниматолог».

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

13 Доработка отчетности для самоконтроля своей деятельности на отделении для заведующих отделениями, старших медсестер.

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



ОСНАЩЕННОСТЬ НМИЦ

За период 2020-2026 гг. приобретено оборудование, которое позволит за счет применения современных технологий повысить качество и эффективность диагностики, лечения и реабилитации пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи

Фомина М.Ю., Мелашенко Т.В. ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ И ЭНЦЕФАЛОПАТИИ РАЗВИТИЯ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ. ОПЫТ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
Ляжьев П.О., Фомина М.Ю. ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИЯ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
Podzolkova V, Avrusin IS, Nikolaeva M, Afonina E, Davtian S, Nurseitova A, Kravtsova K, Malahova A, Yakovlev AA, Avrusin SL, Kalashnikova OV, Chasnyk VG, Kostik MM. USE OF NAILFOLD CAPILLAROSCOPY FOR EVALUATION OF DISEASE ACTIVITY IN JUVENILE DERMATOMYOSITIS: RESULTS OF A TWO-CENTER RETROSPECTIVE STUDY
Тезисы «ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА КАПИЛЛЯРОСКОПИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ»
Тезисы «CAPILLAROSCOPIC FEATURES OF JUVENILE SYSTEMIC SCLEROSIS: RESULTS OF A TWO-CENTER STUDY»
Pavlov P.V., Zakharova M.L., Karapetian Sh.A. RECURRENCE OF A CONGENITAL LARYNGEAL CYST AFTER ENDOSCOPIC MARSUPIALIZATION AS AN INDICATOR OF A FORAMINAL CYST
Тагиева С.Р. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАДНИХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ГОЛОСОВОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ
Корниевский Л.А., Павлов П.В., Захарова М.Л. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИЕЙ
Захарова М.Л., Павлов П.В., Маслей П.И., Орусмурзаева З.М., Верезгов В.А., Бреусенко Д.В. ПАРАЛИЧ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. ВОЗМОЖНОСТИ И ПУТИ РЕШЕНИЯ
Дайхес Н.А., Карнеева О.В., Юнусов А.С., Поляков Д.П., Игнатова О.М., Солдатский Ю.Л., Павлов П.В., Захарова М.Л., Пряников П.Д., Сидоренко С.И., Липсон Д.Ю., Вдовин К.Э. СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО ЮВЕНИЛЬНОМУ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМУ ПАПИЛЛОМАТОЗУ ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ В РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Павлов П.В., Захарова М.Л., Курьянова Ю.А., Верезгов В.А., Тагиева С.Р. ЛАРИНГОТРАХЕАЛЬНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРИ ЗАДНИХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ГОЛОСОВОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ
Захарова М.Л., Павлов П.В., Карапетян Ш.А., Орусмурзаева З.М., Корниевский Л.А., Маслей П.И. СУПРАГЛОТТОПЛАСТИКА: ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ
Мартьянов, А. С., Кулигина, Е. Ш., Романько, А. А., Янус, Г. А., Тумакова, А. В., Сёмина, М. В., Попова, А. П., Суспицин, Е. Н., & Имянитов, Е. Н. АССОЦИАЦИЯ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ ИММУННОГО ОТВЕТА С ВОЗРАСТОМ МАНИФЕСТАЦИИ BRCA1-ОБУСЛОВЛЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Завьялова А.Н., Большакова Е.С., Мыслинчук Е.С., Марковская И.Н., Дроздова Л.Н., Минеева О.К., Артыкова А.А., Заславский Д.В., Аль-Навайсех Х.З.Х., Новикова В.П., Манылова Е.С., Листопадова А.П. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Абузова А.С., Демчук Ю.А., Лаптиев С.А., Корзун П.Р., Биннатова Д.О., Харченко Т.В., Стрекалов Д.Л., Малышева К.С., Навроцкая П.В., Суспицын Е.Н., Имянитов Е.Н.
СЛУЧАЙ MYH3-АССОЦИИРОВАННОГО СИНДРОМА КОНТРАКТУР, ПТЕРИГИЙ И СПОНДИЛОКАРПОТАРЗАЛЬНОГО СИНОСТОЗА 1B ТИПА (CPSFS1B): ПРИМЕР ОГРАНИЧЕНИЙ ВЫСОКОПРОИЗВОДИТЕЛЬНОГО СЕКВЕНИРОВАНИЯ

Korzun PR, Binnatova JO, Malysheva KS, Laptiev SA, Abuzova AS, Kipyatkova AO, Kuznetsova OA, Yefet EA, Malekov DA, Imyanitov EN, Suspitsin EN
COMBINED HOMOZYGOUS HACE1 AND TBCD VARIANTS IN TWO SIBLINGS WITH SEVERE EARLY-ONSET NEURODEVELOPMENTAL DISORDER: TWO CASE REPORTS

Yakovlev AA, Gaidar EV, Suspitsin EN, Korzun PR, Kostik MM. OSTEOPATHIA STRIATA WITH CRANIAL SCLEROSIS, ASSOCIATED WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS: A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Bardakov, S.N., Emelin, A.M., Nikitin, S.S. et al. COSEGREGATION OF CONGENITAL DYSFERLINOPATHY PHENOTYPE AND MARINESCO–SJÖGREN SYNDROME: A CASE REPORT WITH LITERATURE REVIEW

Ильченко М.С., Лаптиев С.А., Скобелева К.В., Турсуметова Д.Р. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ИЗОЛИРОВАННОГО ДЕФИЦИТА 17,20-ЛИАЗЫ: ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Суспицын Е.Н. ГЕНЕТИКА АУТИЗМА: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Лаптиев С.А. РАЗНООБРАЗИЕ МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И ПОДХОДЫ К ЭНЕРГОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

Стрекалов Д.Л., Корнишина Т.Л., Абузова А.С., Лаптиев С.А.
АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА НЕКОМПАКТНОГО МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Малышева К.С. НАРУШЕНИЯ КОПИЙНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С РАС И НАРУШЕНИЯМИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ: АНАЛИЗ СЕРИИ СЛУЧАЕВ

Тимофеев Е.В., Ал Хадж А.М., Нгуба Муана М.А., Агафонникова А.А., Насыров Р.А.
ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КИСТ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Р.А. Насыров, В.А. Галичина, А.О. Дробинцева, Д.В. Тонконог, Е.Ю. Калинина, А.А. Агафонникова
MICROVASCULAR GENESIS OF DISEASES: FROM HYPOTHESIS TO THEORY

В.А. Галичина, Р.А. Насыров, З.В. Давыдова, С.Э. Габараев. О.Д. Ягмуров
A CASE OF SUDDEN UNEXPECTED INFANT DEATH WITH PRESUMPTIVE SARS-COV-2 INFECTION

Korzun PR, Binnatova JO, Malysheva KS, Laptiev SA, Abuzova AS, Kipyatkova AO, Kuznetsova OA, Yefet EA, Malekov DA, Imyanitov EN, Suspitsin EN
COMBINED HOMOZYGOUS HACE1 AND TBCD VARIANTS IN TWO SIBLINGS WITH SEVERE EARLY-ONSET NEURODEVELOPMENTAL DISORDER: TWO CASE REPORTS

Yakovlev AA, Gaidar EV, Suspitsin EN, Korzun PR, Kostik MM.
OSTEOPATHIA STRIATA WITH CRANIAL SCLEROSIS, ASSOCIATED WITH JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS: A CASE REPORT AND REVIEW OF LITERATURE

Кузнецова А. А., Федотова Е. П. ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ. ДИАГНОЗ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ БИОПСИЕЙ

Чепелев А.С. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФИБРОЭЛАСТОЗА ЭНДОКАРДА ПРИ СИНДРОМЕ ГИПОПЛАЗИИ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА

Насыров Р.А. МИКРОСОСУДИСТЫЙ ГЕНЕЗ БОЛЕЗНЕЙ: ОТ ГИПОТЕЗЫ К ТЕОРИИ

Насыров Р.А., Федотова Е.П., Красногорская О.Л., Мелиева Ф.Ю. ИНФЕКЦИОННЫЕ МИОКАРДИТЫ

Яковлева М.Н. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: «ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ САРКОПЕНИИ У ДЕТЕЙ С НУТРИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ»

Аль-Навайсех Х.З.Х. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: «ОСОБЕННОСТИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ ПРИ РАЗНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ»

Завьялова А.Н., Заславский Д.В., Аль-Навайсех Х.З.Х., Новикова В.П., Большакова Е.С., Мыслинчук Е.С., Марковская И.Н., Дроздова Л.Н., Минеева О.К., Артыкова А.А., Манылова Е.С. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КОМПОНЕНТНЫЙ СОСТАВ ТЕЛА У ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ

Евдокимова Н.В., Покидюк Л.С., Новикова В.П., Грицинская В.Л., Яковлева М.Н., Завьялова А.Н., Скобелева К.В. СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ САРКОПЕНИИ У ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Завьялова А.Н., Яковлева М.Н., Панкратова П.А., Гоголев А.В., Кобякова В.Д., Доренских П.Ю., Соломатина Н.М., Пешехонова Ю.В., Новикова В.П. ИЗМЕНЕНИЯ В КОМПОНЕНТНОМ СОСТАВЕ ТЕЛА ДЕТЕЙ С МУКОВИСЦИДОЗОМ НА ФОНЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Аль-Навайсех Х.З.Х., Мыслинчук Е.С., Большакова Е.С., Саковцева А.А., Марковская И.Н., Завьялова А.Н. ОСОБЕННОСТИ КОМПОНЕНТНОГО СОСТАВА ТЕЛА У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРИ РАЗНОМ ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ

Заславский Д.В., Аль-Навайсех Х.З.Х., Завьялова А.Н., Новикова В.П., Карелов Д.А., Мыслинчук Е.С., Марковская И.Н., Бунтовская А.С., Трандина А.Е., Глушаков Р.И. РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ В ИЗМЕНЕНИИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Новикова В.П., Аль-Навайсех Х.З.Х., Заславский Д.В., Завьялова А.Н., Марковская И.Н., Бунтовская А.С., Трандина А.Е., Глушаков Р.И. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И ОЖИРЕНИЕ. ЕСТЬ ЛИ МЕСТО ЕДИНОЙ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПОЛОМКЕ?

Лебедева Л.С., Евдокимова Н.В., Новикова В.П.САРКОПЕНИЧЕСКОЕ ОЖИРЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ И ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Новикова И.С., Завьялова А.Н. , Лисица И.А. , Качалова М.Н., Яковлева М.Н., Пак А.А., Алексеенко А.А., Гарифулина Л.М., Шахриев А.К., Кузнецова Ю.В., Яковлева Т.В., Лисица М.А., Новикова В.П. ПРЕДИКТОРЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГЛОТАНИЯ И СНЯТИЯ ГАСТРОСТОМЫ У ДЕТЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Яковлев А.В., Тризна Е.В., Нохрин А.В., Суворов В.В., Хатагова Р.Б., Кирьяков К.С., Соловьева Е.А., Пшениснов К.В. ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕФРАКТЕРНОЙ ГИПОКСЕМИЕЙ ВО ВРЕМЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Яковлев А.В., Тризна Е.В., Нохрин А.В., Суворов В.В., Хатагова Р.Б., Кирьяков К.С., Соловьева Е.А., Пшениснов К.В. ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ МЕМБРАННОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ С РЕФРАКТЕРНОЙ ГИПОКСЕМИЕЙ ВО ВРЕМЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Соловьева Е.А., Романова Е.П., Тризна Е.В., Пшениснов К.В., Александрович Ю.С. МОНИТОРИНГ ОКСИГЕНАЦИИ ТКАНЕЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

научные работы, созданные на основе использования оборудования НМИЦ

42 НАУЧНЫЕ РАБОТЫ ВСЕГО

4 научные лаборатории ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

- Лаборатория молекулярной диагностики с расширенной группой по экогенетике
- Лаборатория медико-социальных проблем в педиатрии
- Лаборатория нейрокогнитивных технологий
- Лаборатория экспериментальной медицины

3 научных института

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

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

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

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

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

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

Средний возраст научных сотрудников - 48 лет

Доля научных сотрудников до 39 лет - 23%

Количество высококвалифицированных научных сотрудников

39 **профессоров**

70 **докторов наук**

170 **кандидатов наук**

3 **член-корреспондента**

2 **Академика РАН**

показатели научной деятельности

РИНЦ

280

Индекс Хирша по публикациям

200

Индекс Хирша по ядру РИНЦ

КОЛИЧЕСТВО СТАТЕЙ

1481 ВАК

842 SCOPUS, WoS

51 количество патентов на изобретения

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

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

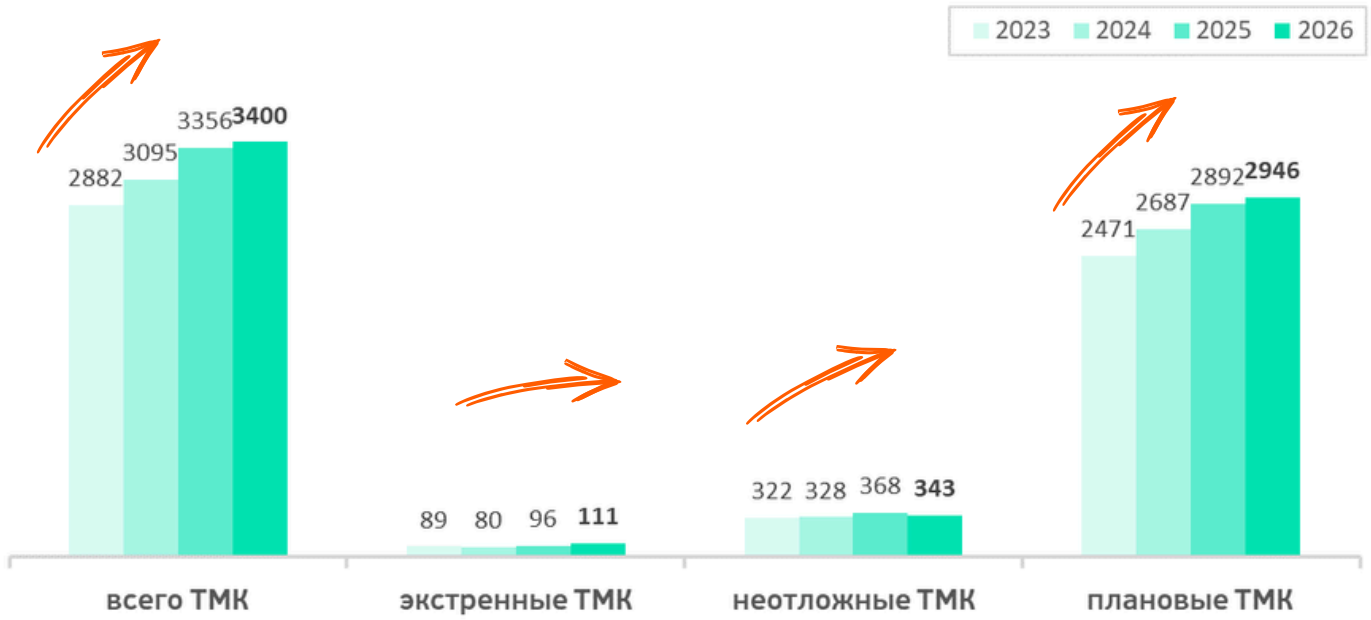
На 2026 год запланировано проведение 3960 консультаций с применением телемедицинских технологий по профилю «педиатрия».

Плановое количество дистанционных консультаций/консилиумов (8 мес.): 2640
Количество проведенных в отчетный период дистанционных консультаций/консилиумов по профилю «педиатрия»: 3354 (без учета ТМК пациентам федеральных центров).

Из числа проведенных консультаций: плановых – 2902 (86,5%), неотложных - 342 (10,2%), экстренных – 110 (3,3%).

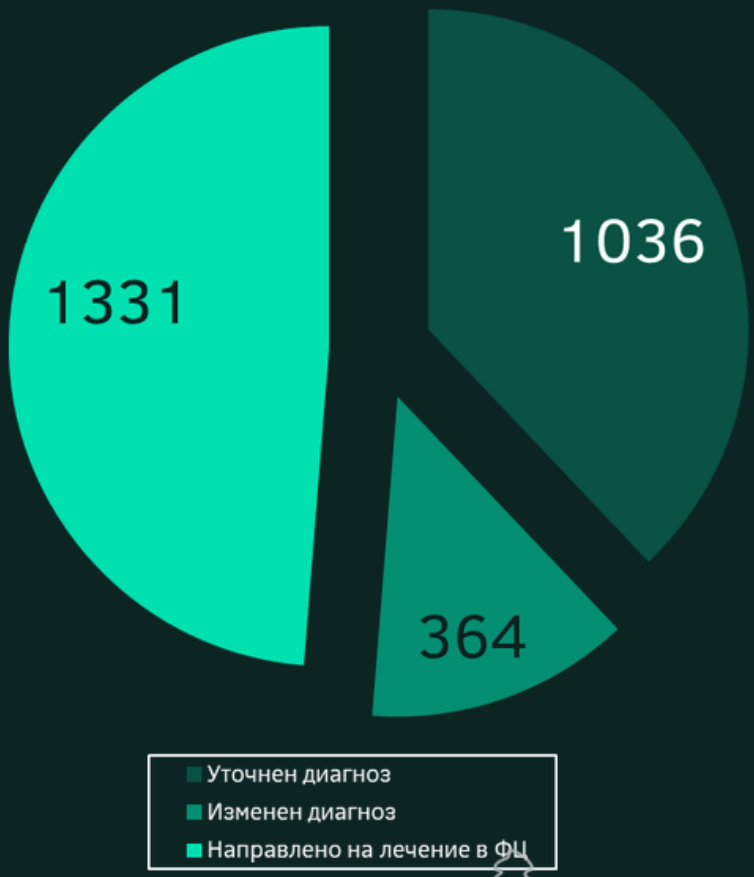
127%

Исполнение годового плана 2026 года;
за 8 месяцев — 116,9%



Количество консультаций с применением телемедицинских технологий по профилю «педиатрия» увеличилось по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на 24,6%. Прослеживается тенденция к увеличению числа всех типов запросов.

Результаты проведённых консультаций с применением телемедицинских технологий в 2025 году



По результатам проведённых консультаций с применением телемедицинских технологий по профилю «педиатрия» в 2025 году у 30,5% уточнён диагноз, у 10,7% диагноз изменён

общее количество телемедицинских консультаций в 2026 году (за 8 месяцев)

3 400

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

ПЛАН 65%

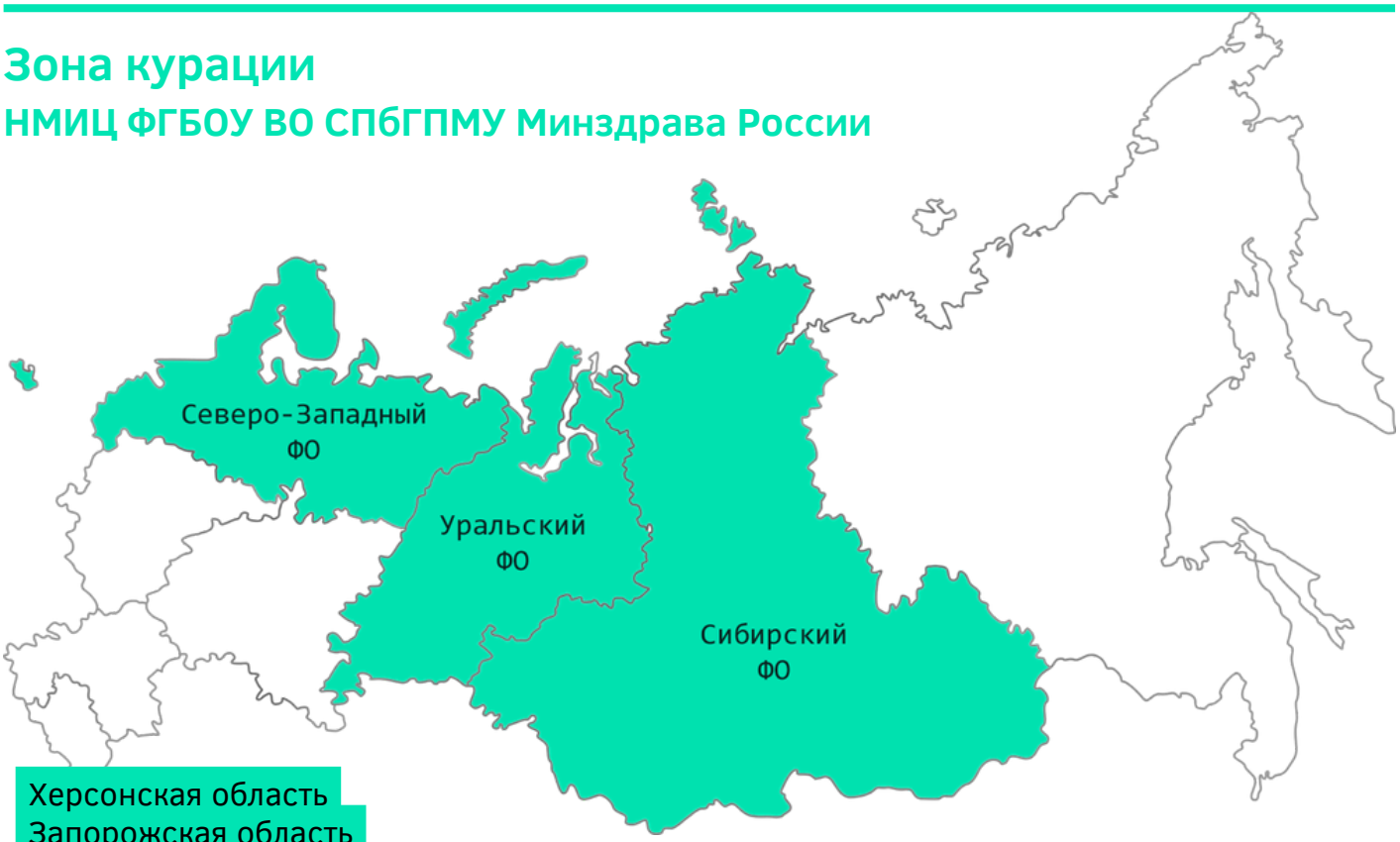
65,03% ФАКТ*

*по данным на 30.09.2026

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

Зона курации

НМИЦ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России



СЗФО

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

СФО

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

УФО

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

НОВЫЕ РЕГИОНЫ +

Херсонская область
Запорожская область

29 регионов

30 выездов

с 1 февраля по 30 сентября 2026

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

1. Оценка качества оказания медицинской помощи по профилю, включая предложения по снижению заболеваемости и смертности населения, по совершенствованию маршрутизации пациентов, по оптимизации сети и структуры медицинских организаций по профилю оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.
2. Оценка качества ведения и (или) мониторинга регистров (численности пациентов) на предмет получения лекарственной терапии или использования медицинских изделий. Выборочный анализ соответствия лекарственной терапии клиническим рекомендациям.
3. Оценка деятельности по реализации государственных проектов и программ, включая достижение их целевых показателей.
4. Оценка кадрового обеспечения системы здравоохранения по профилю оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации с предоставлением перечня конкретных предложений (механизмов) по совершенствованию кадровой ситуации в регионе и указанием ожидаемого результата и эффектов от реализации данных предложений.
5. Оценка уровня автоматизации процессов оказания медицинской помощи в краевых, республиканских, областных, окружных медицинских организациях или в медицинских организациях, осуществляющих их функции, и в субъекте Российской Федерации в целом.
6. Оценка полноты и правильности ведения регистров, реестров, систем мониторинга по профилю оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.
7. Оценка уровня лекарственного обеспечения пациентов по профилю оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, включая обеспечение преемственности лекарственного обеспечения на различных этапах оказания медицинской помощи.
8. Оценка системы контроля эффективности, безопасности и качества фармакотерапии по профилю оказания медицинской помощи в субъекте Российской Федерации.
9. Оценка количества и качества дистанционных консультаций, проведенных с использованием телемедицинских технологий, выполнения рекомендаций, данных в ходе проведения дистанционного консультирования, и результатов соответствующих случаев диагностики и лечения.
10. Оценка эффективности внедрения и применения клинических рекомендаций, включая критерии оценки качества по профилю заболевания в медицинских организациях субъектов Российской Федерации

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

нормативная база

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

9 Приказ Минздрава РФ от 24.11.2021 N 1094Н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов»

10 Приказ Минздрава России от 11.04.2025г. N 186н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственнойинформационной системы в сфере здравоохранения»

11 Приказ Росздравнадзора от 17.06.2024г. N 3518 «Об утверждении Порядка фармаконадзора лекарственных препаратов для медицинского применения»

12 Приказ Минздрава РФ от 24.12.2018 N 911н «Об утверждении требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций»

13 Приказ Росздравнадзора от 15 февраля 2017 года N 1071 «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора».

14 Приказ от 5.08.2022 г. N 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения» Министерства Здравоохранения Российской Федерации

15 Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2002 N 2510/224-03-34 «Учет, оценка и анализ клинико-экспертной деятельности лечебно-профилактических учреждений»

16 Решение Совета ЕАЭК №87 от 03.11.2016 «Об утверждении Правил надлежащей практики фармаконадзора Евразийского экономического союза»

17 Приказ Минздрава России от 13.05.2025 N 274н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их ведения»

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

ПЛАН 12

12 ФАКТ

ПЕРЕЧЕНЬ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В 2026 ГОДУ

№	Название мероприятия	Дата проведения
1	Контроль качества медицинской помощи. Применение нормативно-правовых актов и клинических рекомендаций.	сентябрь 2026
2	Предоперационная подготовка ребенка к хирургической операции и анестезии.	февраль 2026
3	Витамин-В12-дефицитная анемия у детей.	март 2026
4	Анальгезия и седация у детей в критическом состоянии.	март 2026
5	Тромбофилические нарушения в неонатальном периоде. Клинико-лабораторная диагностика.	апрель 2026
6	Младенческие колики: грани и проблемы. Лекция	июнь 2026
7	Артериальная гипертензия надпочечникового генеза у детей и подростков.	сентябрь 2026
8	Поражения легких при врожденных нарушениях иммунитета в практике врача педиатра.	июнь 2026
9	Неонатальные тромбоцитопении. Клинико-лабораторная диагностика.	сентябрь 2026
10	Течение РС-вирусной инфекции у детей из группы риска.	сентябрь 2026
11	Эозинофильный эзофагит у детей.	сентябрь 2026
12	Аутоиммунные заболевания печени у детей	май 2026

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

5

ПЛАН

ФАКТ

1. Диагностика и лечение нарушений формирования репродуктивной системы у девочек с задержкой полового развития *(кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО)*
2. Клинический фенотип и генотип нефронофтиза у детей *(кафедра инфекционных заболеваний у детей имени профессора М.Г.Данилевича)*
3. Пищевая аллергия и пищевая непереносимость: вопросы диагностики и лечения у детей *(кафедра неонатологии с курсами акушерства-гинекологии и неврологии ФП и ДПО)*
4. Расстройство углеводного обмена у детей в критических состояниях *(кафедра детских болезней им. проф. И.М. Воронцова ФП и ДПО)*
5. Синдром Кабуки *(кафедра детских болезней им. проф. И.М. Воронцова ФП и ДПО)*

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

ОСНОВАНИЕ

- Данные форм федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации» (приказ Росстата от 30.12.2025 № 768);
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.02.2026 № 120н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «педиатрия»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.11.2019 № 974 «Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах»;
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.11.2019 № 973 «Об утверждении методики расчета потребности в специалистах со средним медицинским образованием»;
- Сведения, представленные субъектами Российской Федерации, и материалов выездных мероприятий НМИЦ в 2025–2026 гг.

Лицензия медицинской организации	Соответствие должностей в штатном расписании видам оказываемой медицинской помощи
Приказы министерств и департаментов здравоохранения регионов об утверждении коечной мощности стационаров разного уровня	Соответствие Приказу Министерства здравоохранения РФ № 555н от 17.05.2012 об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи
Штатные расписания медицинских организаций	Соответствие заявленной коечной мощности стационаров и числа прикрепленного детского населения поликлиник. • Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2012 г. № 366н «О порядке оказания педиатрической помощи», • Приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации N 974 от 29 ноября 2019 года «Об утверждении методики расчета потребности во врачебных кадрах»
Информация о заявках на целевое обучение по программам специалитета и ординатуры за счет бюджетных ассигнований Федерального бюджета (в рамках квоты на целевое обучение)	Формирование кадрового обеспечения и кадрового резерва.
Сведения о подготовке кадров, в том числе в системе непрерывного медицинского образования	Формирование планов по профессиональной переподготовке, повышению квалификации, анализу потенциальных кадровых рисков.
Тарификация медицинских работников учреждений здравоохранения (штатная расстановка врачебных кадров)	Определение коэффициента совместительства/ совмещения.

Анализ дополнительных документов проводился при выездных мероприятиях по оценке кадрового обеспечения 60 медицинских организаций в 27 субъектах Российской Федерации, из них 11 медицинских организаций посещены впервые.

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

Кадровое обеспечение педиатрической службы является стратегическим приоритетом государственной политики в сфере охраны здоровья матери и ребенка. Устойчивость системы оказания медицинской помощи детскому населению напрямую зависит от наличия квалифицированных врачебных кадров, их рационального распределения между амбулаторным и стационарным звеньями, а также от эффективности механизмов воспроизводства и закрепления специалистов в системе государственного здравоохранения.

В условиях реализации национального проекта «Здравоохранение», федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», а также в контексте выполнения Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (с пролонгацией до 2030 года), достижение целевых показателей обеспеченности врачами-педиатрами остается одной из наиболее сложных задач.

Особую значимость приобретает система целевой подготовки медицинских кадров, регулируемая Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 13 октября 2020 г. № 1681 «О целевом обучении по образовательным программам среднего профессионального и высшего образования» (в редакции постановления Правительства РФ от 25 мая 2022 г. № 934), а также приказом Минздрава России от 15 марта 2022 г. № 168н «О мониторинге обеспечения медицинскими кадрами государственных и муниципальных медицинских организаций». **Целевой механизм призван обеспечивать адресную подготовку специалистов для конкретных медицинских организаций, однако, как показывает практика, его эффективность существенно варьирует в зависимости от субъекта Российской Федерации, что требует разработки дифференцированных управленческих решений.**

Обеспеченность детского населения врачами-педиатрами является одним из ключевых индикаторов доступности педиатрической помощи. **В 2025 году средний показатель по трем анализируемым округам составил 17,38 на 10 000 детского населения, что соответствует среднероссийскому уровню (16,56).** Однако межуровневая вариация крайне значительна.

ТАБЛИЦА 1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕЖОКРУЖНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

Показатель	УФО	СФО	СЗФО
Минимальная обеспеченность	10,44 (Курганская обл.)	11,58 (Республика Хакасия)	11,48 (Новгородская обл.)
Максимальная обеспеченность	19,20 (Тюменская обл. б/АО)	21,96 (Томская обл.)	30,30 (г.Санкт-Петербург)
Коэффициент вариации, %	20,1	19,8	32,5

Разрыв между субъектами с наибольшей и наименьшей обеспеченностью достигает почти 20 пунктов на 10 000 детского населения. Наибольший размах вариации фиксируется в СЗФО (18,82), что обусловлено гиперконцентрацией кадров в Санкт-Петербурге (30,30) и острым дефицитом в Новгородской (11,48) и Псковской (12,38) областях. В СЗФО коэффициент вариации составляет 32,5%, что свидетельствует о крайне неравномерном распределении врачебных кадров внутри округа. В УФО и СФО разброс менее выражен, но общий уровень в УФО минимален, что свидетельствует о системном кадровом дефиците в данном макрорегионе.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ В КУРИРУЕМЫХ СУБЪЕКТАХ ДЕМОНСТРИРУЕТ РАЗНОНАПРАВЛЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ:

- ***Позитивные тенденции*** наиболее выражены в Челябинской области (+6,7%), Республике Хакасия (+13,1%) и Кемеровской области (+10,3%). При этом следует учитывать, что в Республике Хакасия рост обеспеченности с 11,58 до 13,10 произошел на фоне увеличения абсолютной численности врачей-педиатров с 145 до 152 человек (+4,8%) при одновременном сокращении численности детского населения. В Кемеровской области абсолютная численность педиатров сократилась с 728 до 727 человек (-0,1%), однако обеспеченность выросла за счет сокращения детского населения, что не может рассматриваться как устойчивый позитивный тренд.
- ***Негативные тенденции*** отмечены в Иркутской области (снижение с 16,32 до 16,11, -1,3%) и Псковской области (с 12,41 до 12,38, -0,2%). В Иркутской области абсолютная численность педиатров сократилась с 768 до 758 человек (-1,3%), что объясняет снижение этого показателя. В Псковской области отмечено сокращение с 132 до 128 человек (-3,0%), что также привело к падению уровня обеспеченности специалистами.
- ***Наибольшее абсолютное значение обеспеченности*** в 2025 году зафиксировано в г. Санкт-Петербурге (30,30).

ТАБЛИЦА 2. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ УЧАСТКОВЫМИ

Регион	Обеспеченность участковыми 2024г	Обеспеченность участковыми 2025г	Доля участковых от всех педиатров, %
Курганская обл.	7,4	7,6	71,9
Свердловская обл.	6,58	7,1	57,3
Тюменская б/АО	12,37	12,66	65,1
Челябинская обл.	6,67	6,66	48,6
Республика Хакасия	7,27	8,8	67,2
Красноярский край	10,62	11	61,1
Иркутская обл.	8,99	8,9	55,2
Кемеровская обл.	7,9	8,9	59,3
Новосибирская обл.	12,04	11,96	57,5

Регион	Обеспеченность участковыми 2024г	Обеспеченность участковыми 2025г	Доля участковых от всех педиатров, %
Омская обл.	11,42	12,1	67,6
Томская обл.	11,57	11,8	53,7
Республика Карелия	11,8	11,82	58
г. Санкт-Петербург	12,62	13,12	43,3
Ленинградская область	9,83	9,87	64,10%
Ханты-Мансийский АО	10,35	10,41	58,60%
Ненецкий АО	14,6	14,6	50%

Доля участковых педиатров в общей численности врачей-педиатров варьирует от 43,3% в Санкт-Петербурге до 71,9% в Курганской области. В среднем по округам этот показатель составляет: УФО – 55,7%, СФО – 59,7%, СЗФО – 52,7%. Таким образом, в СЗФО относительно больше педиатров, работающих в стационаре или в качестве «узких» специалистов, что может быть связано как с более высоким уровнем специализации, так и с дефицитом участковых врачей при формально высокой общей обеспеченности.

Наиболее высокие показатели обеспеченности участковыми педиатрами отмечены в г. Санкт-Петербурге (13,12), Новосибирской области (11,96), Томской области (11,80), Республике Карелия (11,82), что коррелирует с общей обеспеченностью.

Низкая низкая обеспеченность участковыми педиатрами зафиксирована в Челябинской области (6,66) и Свердловской области (7,10) при относительно высокой доле участковых педиатров (48,6% и 57,3% соответственно), что свидетельствует о дефиците врачей всех специальностей в этих регионах.

В Курганской области, несмотря на высокую долю участковых (71,9%), абсолютная обеспеченность остается низкой (7,60), что подтверждает системный кадровый дефицит.

ВЫВОД :

- **Средний показатель по трём округам (17,38 на 10 000) близок к общероссийскому (16,56),** однако межрегиональный размах составляет 19,86 пункта, что свидетельствует о сохраняющейся глубокой территориальной дифференциации, не обусловленной объективными различиями в заболеваемости или плотности детского населения.
- **За 2024–2025 годы** в большинстве субъектов отмечен рост обеспеченности, однако он обеспечен как увеличением численности врачей, так и сокращением детского населения , что не позволяет трактовать это как устойчивое кадровое улучшение без учёта демографической компоненты.
- **Зона риска:** *Курганская область (10,57), Новгородская область (11,48), Республика Хакасия (13,10) — показатели существенно ниже среднего по СЗФО и СФО, при этом ни один из этих регионов не демонстрирует ускоренного прироста врачебных кадров, что сохраняет угрозу недоступности первичной педиатрической помощи на сельских территориях.*

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

ТАБЛИЦА 3. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ В АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ

Регион	Укомплектованность физ. лицами, %	Укомплектованность ставками, %	ИД (интегральный показатель дефицита) , п.п.	КС	Оценка кадровой ситуации
УФО					
Курганская обл.	75,2	81,8	6,6	1,09	Скрытый дефицит за счёт совместительства
Свердловская обл.	93,2	100	6,8	1,07	Минимальный скрытый дефицит
Тюменская б/ао	105,2	98,9	-6,3	0,94	Избыток физ. лиц над ставками (резерв)
Челябинская обл.	75,8	93,7	17,9	1,24	Выраженный скрытый дефицит
ХМАО	83	98	15	01.02.2026	Выраженный дефицит
СФО					
Республика Алтай	94,8	97	2,2	1,02	Минимальный дефицит
Республика Тыва	88,1	98,4	10,3	1,12	Умеренный скрытый дефицит
Республика Хакасия	71	97,9	26,9	1,38	Выраженный скрытый дефицит
Алтайский край	81,1	86	4,9	1,06	Незначительный дефицит
Красноярский край	90	93,6	3,6	1,04	Минимальный дефицит
Иркутская обл.	74,9	89,5	14,6	1,19	Значительный скрытый дефицит

Регион	Укомплектованность физ. лицами, %	Укомплектованность ставками, %	ИД (интегральный показатель дефицита) , п.п.	КС	Оценка кадровой ситуации
Кемеровская обл.	84,8	95,6	10,8	1,13	Умеренный дефицит
Новосибирская обл.	93,4	94,5	1,1	1,01	Практически полное соответствие
Омская обл.	81,5	98	16,5	1,2	Значительный скрытый дефицит
Томская обл.	90,8	85,4	-5,4	0,94	Избыток физ. лиц (сокращение ставок)
СЗФО					
Республика Карелия	76,7	97,1	20,4	1,27	Выраженный скрытый дефицит
Республика Коми	69,4	92,9	23,5	1,34	Критический скрытый дефицит
Вологодская обл.	79,7	97,5	17,8	1,22	Значительный скрытый дефицит
Калининградская обл.	104,5	94	-10,5	0,9	Избыток физ. лиц (оптимизация ставок)
Мурманская обл.	81,4	86,6	5,2	1,06	Незначительный дефицит
Новгородская обл.	70,8	88,7	17,9	1,25	Выраженный скрытый дефицит
Псковская обл.	76	93	17	1,22	Значительный скрытый дефицит
г. Санкт-Петербург	76,4	86,8	10,4	1,14	Умеренный дефицит
Ленинградская область	74.2	72.7	-1,5	01.03.2026	Умеренный дефицит
Ненецкий АО	88.8	77,7	-11.1	01.01.2026	Избыток физ. лиц

ТАБЛИЦА 4. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ В СТАЦИОНАРНОМ ЗВЕНЕ

Регион	Укомплектованность физ. лицами, %	Укомплектованность ставками, %	ИД (интегральный показатель дефицита) , п.п.	КС	Оценка кадровой ситуации
УФО					
Курганская обл.	24,1	65,5	+41,4	2,72	Острый дефицит, высокий показатель совместительства
Свердловская обл.	60,2	87,0	+26,8	1,44	Выраженный дефицит, высокое совместительство
Тюменская б/ао	72,5	98,3	+25,8	1,36	Дефицит, высокое совместительство
Челябинская обл.	45,3	85,8	+40,5	1,89	Острый дефицит, высокий показатель совместительства
ХМАО	49,0	85,0	+36,0	1.7	Острый дефицит, высокий показатель совместительства
СФО					
Республика Алтай	51,3	61,5	+10,2	1,20	Дефицит, умеренное совместительство
Республика Тыва	85,9	95,5	+9,6	1,11	Относительно благополучная
Республика Хакасия	44,2	92,2	+48,0	2,09	Острый дефицит, высокий показатель совместительства
Алтайский край	61,4	81,1	+19,7	1,32	Выраженный дефицит
Красноярский край	63,9	89,8	+25,9	1,41	Выраженный дефицит
Иркутская обл.	46,8	80,6	+33,8	1,72	Острый дефицит, высокий показатель совместительства

Регион	Укомплектованность физ. лицами, %	Укомплектованность ставками, %	ИД (интегральный показатель дефицита) , п.п.	КС	Оценка кадровой ситуации
Кемеровская обл.	39,7	79,8	+40,1	2,01	Острый дефицит, высокий показатель совместительства
Новосибирская обл.	61,6	87,8	+26,2	1,43	Выраженный дефицит
Омская обл.	53,0	96,7	+43,7	1,82	Острый дефицит, высокий показатель совместительства
Томская обл.	50,9	57,5	+6,6	1,13	Дефицит, умеренное совместительство
СЗФО					
Республика Карелия	47,2	79,9	+32,7	1,69	Острый дефицит, высокий показатель совместительства
Республика Коми	46,9	79,3	+32,4	1,69	Острый дефицит, высокий показатель совместительства
Вологодская обл.	56,0	96,4	+40,4	1,72	Острый дефицит, высокий показатель совместительства
Калининградская обл.	68,6	71,4	+2,8	1,04	Относительно благополучная
Мурманская обл.	53,1	91,5	+38,4	1,72	Острый дефицит, высокий показатель совместительства
Новгородская обл.	59,7	89,0	+29,3	1,49	Выраженный дефицит
Псковская обл.	45,5	67,7	+22,2	1,49	Выраженный дефицит
г. Санкт-Петербург	75,4	82,9	+7,5	1,10	Относительно благополучная
Ленинградская область	64,4	62,7	-2,0	1,4	Выраженный дефицит
Ненецкий АО	50,0	100,0	+20	2.0	Острый дефицит, высокий показатель совместительства

Выводы

1. ОБЩЕСИСТЕМНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ

1.1. Разрыв между укомплектованностью ставками и физическими лицами в стационаре системно превышает аналогичный показатель в поликлинике. Средний интегральный показатель дефицита (ИД = ставки – физ. лица) по трём округам составляет в поликлинике +11,8 процентных пункта, в стационаре – +27,4 процентных пункта, что в 2,3 раза выше. Коэффициент напряжённости (КН = ставки / физ. лица) в стационаре достигает 1,56 против 1,13 в поликлинике, что означает, что в стационаре на одного фактически работающего врача приходится в среднем на 38% больше нормативной нагрузки.

1.2. Совместительство в стационаре носит не ситуационный, а системный характер. В 12 из 18 регионов (66,7%) КН в стационаре превышает 1,30, при том что в поликлинике аналогичный уровень зафиксирован лишь в 6 регионах (33,3%). Это свидетельствует о том, что стационарный дефицит не является временным или локальным – он представляет собой устойчивую структурную диспропорцию, воспроизводящуюся независимо от объёмов целевого набора.

1.3. Укомплектованность физическими лицами в стационаре повсеместно ниже нормативных значений. Средний показатель по трём округам составляет 56,7%, при том что минимальный порог безопасности (70%) не достигается в 13 регионах из 18 (72,2%). В 8 регионах (44,4%) укомплектованность опускается ниже 50%, что создаёт прямые риски для круглосуточной стационарной помощи.

1.4. Поликлиническое звено демонстрирует более высокую кадровую устойчивость. В 10 регионах из 18 (55,6%) укомплектованность физическими лицами превышает 80%, а в 3 регионах (Тюменская, Калининградская области, Республика Алтай) достигает или превышает 90%. При этом разброс показателей в поликлинике составляет 36,1 процентного пункта (от 69,4% до 105,5%), в стационаре – 61,8 процентного пункта (от 24,1% до 85,9%), что свидетельствует о значительно большей вариативности и, следовательно, о более глубоких управленческих проблемах в стационарном звене.

2. МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЕ ДИФФЕРЕНЦИРУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ

2.1. По уровню скрытого дефицита (ИД и КС) регионы распадаются на три чётко выраженные группы:

- *Значительно выраженный дефицит* (ИД > 35 п.п., КН > 1,7): Хакасия (ИД = +48,0 п.п., КН = 2,09), Курганская область (ИД = +41,4, КН = 2,72), Кемеровская область (ИД = +40,1, КН = 2,01), Омская область (ИД = +43,7, КН = 1,82), Вологодская область (ИД = +40,4, КН = 1,72). В этих регионах один работающий врач стационара замещает от 1,7 до 2,7 ставок, что превышает допустимые нормативы нагрузки в 2–3 раза.

Выводы

- *Выраженный дефицит* (ИД = 20–35 п.п., КН = 1,4–1,7): Челябинская, Свердловская, Тюменская, Иркутская, Новосибирская, Красноярский край, Республики Карелия и Коми, Мурманская, Новгородская, Псковская области. Эти регионы составляют большинство (11 из 18) и характеризуются устойчивым дефицитом, который частично компенсируется совместительством, но не устраняется.
- *Относительное благополучие* (ИД < 10 п.п., КН < 1,15): Калининградская область (ИД = +2,8, КН = 1,04), Республика Тыва (ИД = +9,6, КН = 1,11), г. Санкт-Петербург (ИД = +7,5, КН = 1,10), Томская область (ИД = +6,6, КН = 1,13). Эти регионы демонстрируют, что стационарная укомплектованность может быть достигнута без массового совместительства при условии сбалансированной кадровой политики.

2.2. Разрыв между поликлиникой и стационаром (по ИД) в большинстве регионов является статистически значимым. Разница ИД (стационар – поликлиника) в среднем по трём округам составляет +17,2 п.п., а в отдельных регионах достигает 34,8 п.п. (Курганская), 33,2 п.п. (Мурманская), 32,1 п.п. (Тюменская), 29,3 п.п. (Кемеровская), 27,2 п.п. (Омская). Это означает, что кадровый дисбаланс в пользу поликлиники является устойчивой тенденцией и не может быть объяснён объективными различиями в потребности.

2.3. Сбалансированность поликлиники и стационара достигнута лишь в Республике Тыва (разница ИД = –0,7 п.п.) и г. Санкт-Петербурге (разница ИД = –2,9 п.п.). При этом в Санкт-Петербурге укомплектованность стационара физическими лицами составляет 75,4% – наилучший показатель среди крупных административных центров, что подтверждает возможность достижения кадрового равновесия даже в условиях высокой концентрации медицинской помощи.

3. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СИСТЕМНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

3.1. Высокий показатель совместительство (КС > 1,8) является маркером системного кризиса, а не временной меры. В регионах с КС > 1,8 (Хакасия, Курганская, Кемеровская, Омская) укомплектованность физическими лицами составляет 24–53%, что свидетельствует о том, что штатное расписание сформировано без учёта реальной кадровой ситуации и поддерживается исключительно за счёт перегрузки работающих врачей. Такая модель управления кадрами является неустойчивой и несёт риски профессионального выгорания и снижения качества помощи.

3.2. В регионах с низкой укомплектованностью физическими лицами (Курганская – 24,1%, Хакасия – 44,2%, Кемеровская – 39,7%) ставки заполнены на 65–92% за счёт совместительства. Это означает, что медицинские организации вынуждены сохранять штатное

Выводы

расписание, не имея физической возможности его заполнить, что ведёт к использованию административных механизмов вместо кадрового планирования.

3.3. В ряде регионов (Тюменская, Калининградская, Томская области) укомплектованность физическими лицами превышает укомплектованность ставками. Отрицательный ИД является признаком управленческого контроля над штатной численностью, а не показателем дефицита.

Стационарное звено педиатрической службы находится в системном кадровом кризисе, ключевым диагностическим признаком которого является не только низкая укомплектованность физическими лицами, но и высокий уровень совместительства (КС > 1,7 в 8 регионах). Дефицит маскируется формальным заполнением ставок за счёт перегрузки работающих врачей, что создаёт иллюзию кадрового обеспечения, но фактически ведёт к снижению устойчивости системы и росту профессиональных рисков. Устранение данного кризиса требует не увеличения общего объёма целевого набора, а структурной перестройки системы распределения кадров –пересмотра штатных нормативов и внедрения показателя КС в систему управления качеством медицинской помощи.

В 27 курируемых субъектах в 2025 г. численность врачей-педиатров (физических лиц) составила 13 599 человек против 13 413 в 2024 г. (+186, +1,4%), врачей-педиатров участковых — 7 695 против 7 529 (+166). Обеспеченность врачами-педиатрами выросла в 17 субъектах и снизилась в 4.

Численность врачей-педиатров сократилась в 8 субъектах:

РЕСПУБЛИКА КАРЕЛИЯ (205→198)

КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ (292→291)

ПСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ (132→128)

КУРГАНСКАЯ ОБЛАСТЬ (172→171)

ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ (942→936)

РЕСПУБЛИКА ТЫВА (200→198)

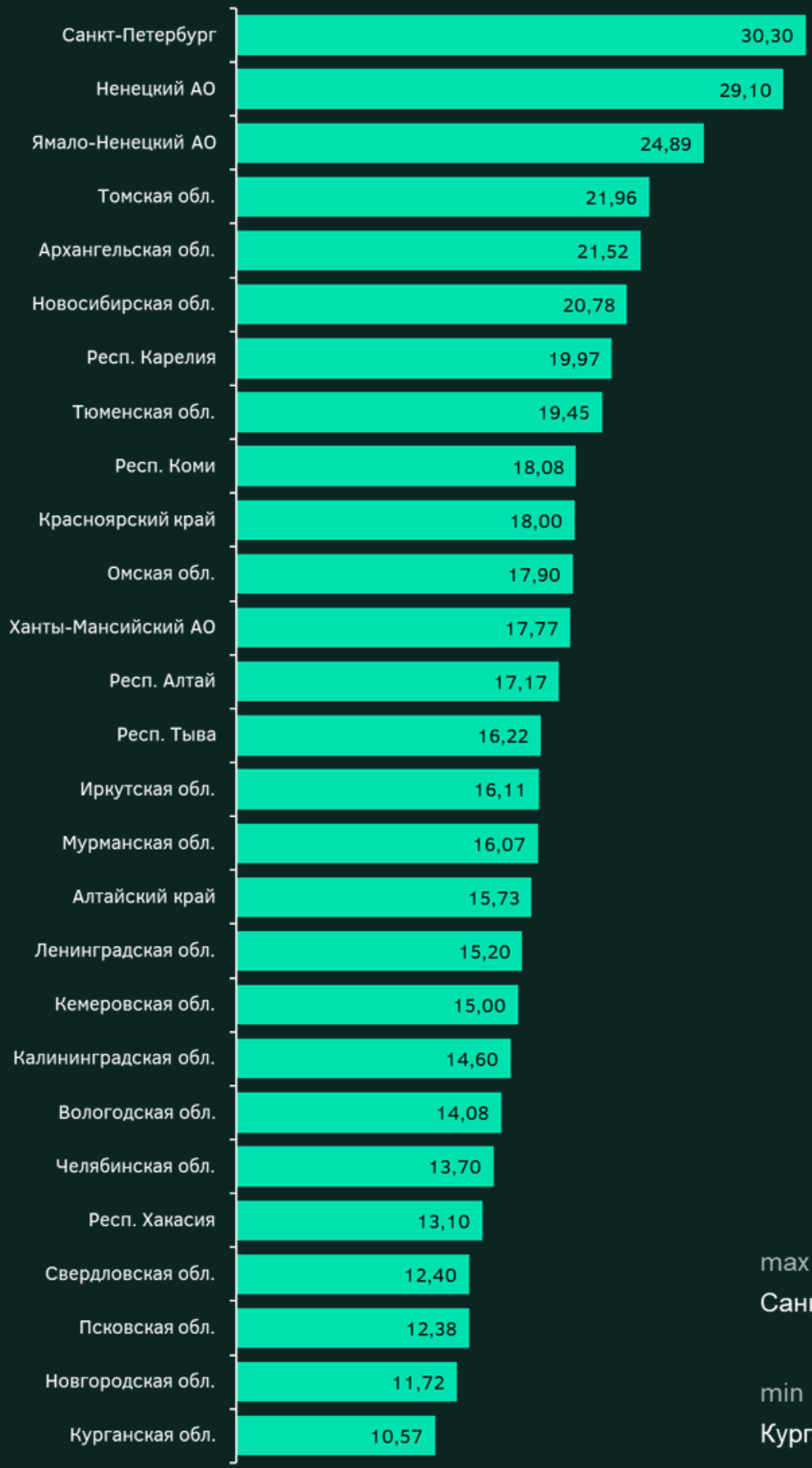
ИРКУТСКАЯ ОБЛАСТЬ (768→758)

КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТЬ (728→727)

обеспеченность кадрами
рейтинг субъектов

РЕЙТИНГ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ

врачами-педиатрами на 10 тыс. населения за 2025 гг. (в скобках — 2024)



max **30,30**
Санкт-Петербург (29,54)

min **10,57**
Курганская область (10,44)

Лидер по обеспеченности врачами-педиатрами в 2025 г. — г. Санкт-Петербург (30,30), минимальное значение — Курганская область (10,57). Наибольший прирост показателя за год отмечен в субъектах: Республика Алтай (15,04→17,17), Республика Хакасия (11,58→13,10), Кемеровская область (13,60→15,00), Вологодская область (12,70→14,08); снижение — Республика Карелия (20,36→19,97), Иркутская область (16,32→16,11), Республика Тыва (16,27→16,22), Псковская область (12,41→12,38). По оценке региональных документов, рост обеспеченности в ряде субъектов (Кемеровская, Калининградская области, Республика Карелия) обусловлен сокращением численности детского населения, а не притоком врачей.

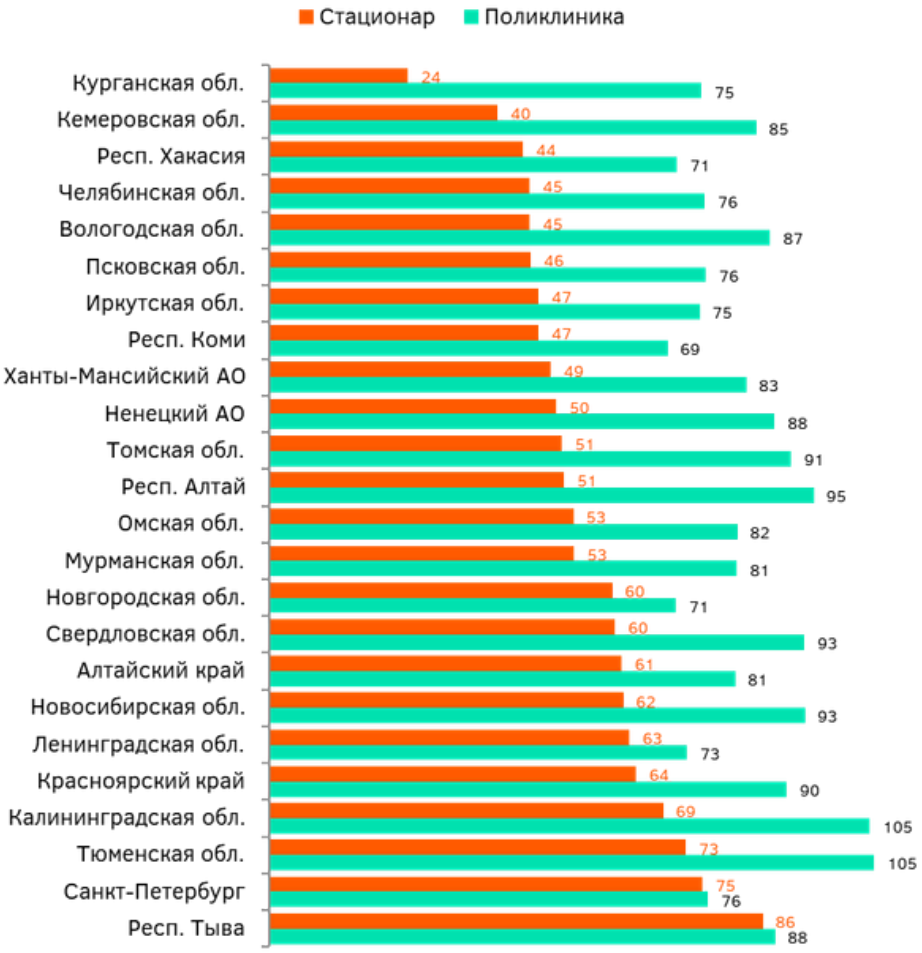
В обеспеченности врачами-педиатрами сохраняются выраженные региональные различия — почти трёхкратные между максимальным и минимальным значениями. Наименьшая обеспеченность при отсутствии положительной динамики численности отмечается в Курганской, Новгородской и Псковской областях.

За 2024–2025 гг. сохраняется выраженное различие в укомплектованности должностей врачей-педиатров по видам оказания медицинской помощи. В 2025 г. медианная укомплектованность физическими лицами в подразделениях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях, составила 81,5%, в стационарных условиях — 53,0%; медианный разрыв между звеньями — 30,5 п.п. (по 21 субъектам, представившим данные).

ТАБЛИЦА 6. УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ ДОЛЖНОСТЕЙ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ ПО ВИДАМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, %

Субъекты РФ	В подразделениях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях			В подразделениях, оказывающих помощь в стационарных условиях		
	2024	2025	Динамика	2024	2025	Динамика
Северо-Западный федеральный округ						
Респ. Карелия	76,7	н/д	—	47,2	н/д	—
Респ. Коми	68	69,4	+1,4 п.п.	46,8	46,9	+0,1 п.п.
Вологодская обл.	79,7	87,1	+7,4 п.п.	56	45,4	−10,6 п.п.
Калининградская обл.	96,2	104,5	+8,3 п.п.	69,1	68,6	−0,5 п.п.
Мурманская обл.	79,8	81,4	+1,6 п.п.	51,9	53,1	+1,2 п.п.
Новгородская обл.	69,6	70,8	+1,2 п.п.	59,4	59,7	+0,3 п.п.
Псковская обл.	78	76	−2,0 п.п.	44,7	45,5	+0,9 п.п.
Санкт-Петербург	78,1	76,4	−1,7 п.п.	72,8	75,4	+2,6 п.п.
Ленинградская обл.	74.2	72.7	-1.5 п.п.	64.4	62.7	-1.7 п.п

Субъекты РФ	В подразделениях, оказывающих помощь в амбулаторных условиях			В подразделениях, оказывающих помощь в стационарных условиях		
	2024	2025	Динамика	2024	2025	Динамика
Ненецкий АО	86	88	+2,0 п.п.	33	50	+20,0 п.п.
Уральский федеральный округ						
Курганская область	78,2	75,2	−3,0 п.п.	21,1	24,1	+3,0 п.п.
Свердловская область	90	93,2	+3,2 п.п.	60	60,2	+0,2 п.п.
Тюменская область	106,4	105,2	−1,2 п.п.	72,7	72,5	−0,2 п.п.
Челябинская область	74,8	75,8	+1,0 п.п.	48,3	45,3	−3,1 п.п.
Ханты-Мансийский АО	83	83	0 п.п.	45	49	+4,0 п.п.
Сибирский федеральный округ						
Республика Алтай	85,6	94,8	+9,1 п.п.	41	51,3	+10,3 п.п.
Республика Тыва	95	88,1	−6,9 п.п.	75,9	85,9	+10,0 п.п.
Республика Хакасия	68,2	71	+2,8 п.п.	31,1	44,2	+13,1 п.п.
Алтайский край	80,6	81,1	+0,5 п.п.	56,3	61,4	+5,1 п.п.
Красноярский край	90,5	90	−0,5 п.п.	61,8	63,9	+2,1 п.п.
Иркутская область	76,8	74,9	−1,9 п.п.	47,5	46,8	−0,7 п.п.
Кемеровская область	85,9	84,8	−1,1 п.п.	41	39,7	−1,3 п.п.
Новосибирская область	92,8	93,3	+0,6 п.п.	58,2	61,6	+3,4 п.п.
Омская область	80,3	81,5	+1,2 п.п.	46,3	53	+6,7 п.п.
Томская область	91	90,8	−0,2 п.п.	46,2	50,9	+4,7 п.п.



53,0%
медианная укомплектованность стационаров (поликлиники — 81,5%)

8 из 27
субъектов — стационары укомплектованы менее чем на 50%

- **Минимальная укомплектованность врачами-педиатрами в стационарах:**

Курганская (24,1%), Кемеровская (39,7%), Хакасия (44,2%), Челябинская (45,3%), Вологодская (45,4%) области

- **Рост укомплектованности врачами-педиатрамив стационарах — в 15 субъектах.**

Наблюдается значительный разрыв между подразделениями по видам оказания медицинской помощи. Во всех субъектах, кроме Республики Тыва и г. Санкт-Петербурга, укомплектованность физическими лицами должностей врачей-педиатров в стационарных подразделениях существенно ниже, чем в амбулаторных. В 8 субъектах из 21 стационары укомплектованы физическими лицами менее чем на 50%.

Регионы с наиболее тревожной ситуацией в стационарных условиях (2025 г.): Курганская область (24,1%), Кемеровская область (39,7%), Республика Хакасия (44,2%), Челябинская область (45,3%), Вологодская область (45,4%), Псковская область (45,5%), Иркутская область (46,8%), Республика Коми (46,9%).

В амбулаторных условиях отстают Республика Коми (69,4%), Новгородская область (70,8%), Республика Хакасия (71,0%), Иркутская область (74,9%).

Положительная динамика в стационарах отмечена в 15 субъектах из 21; наибольший рост — Республика Хакасия (+13,1 п.п.), Республика Алтай (+10,3 п.п.), Республика Тыва (+10,0 п.п.), Омская область (+6,7 п.п.). Снижение — Вологодская (−10,6 п.п.), Челябинская (−3,1 п.п.), Кемеровская (−1,3 п.п.) области.

Выводы

1. Дисбаланс штатного расписания и высокая нагрузка: низкая укомплектованность стационаров при относительно высокой укомплектованности поликлиник свидетельствует о структурной проблеме в планировании кадров и ведёт к высокой нагрузке на работающих специалистов.
2. Кадровый дефицит в стационарах: критически низкие показатели стационарного звена в большинстве регионов угрожают объёму и качеству медицинской помощи детям, нуждающимся в госпитализации.
3. Проблема «формальной» укомплектованности: улучшение показателя в ряде субъектов достигнуто за счёт сокращения штатных должностей и дробления ставок (Омская, Кемеровская, Челябинская области, Республика Алтай), а не за счёт привлечения врачей.

Обеспеченность врачами-педиатрами участковыми в 22 субъектах, представивших данные, в 2025 г. составила от 6,66 до 13,12 на 10 тыс. детского населения (медиана — 10,33).

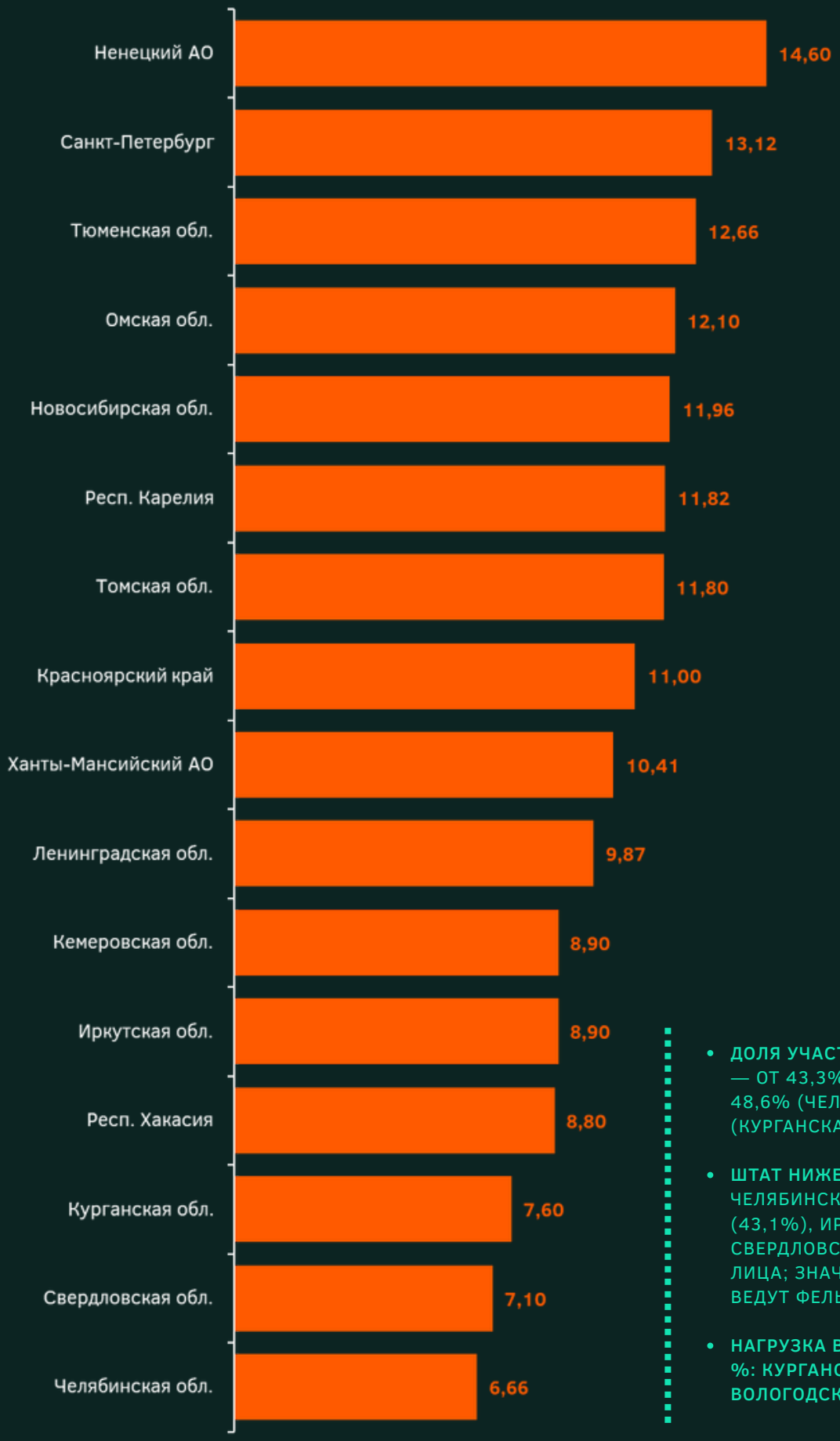
ТАБЛИЦА 8. РЕГИОНЫ С НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИМИ И НАИБОЛЕЕ НИЗКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ УЧАСТКОВЫМИ, 2025 Г.

Наиболее высокие показатели		**Наиболее низкие показатели**	
Санкт-Петербург	13,12	Челябинская область	6,66
Тюменская область	12,66	Новгородская область	7
Республика Карелия	12,3	Свердловская область	7,1
Омская область	12,1	Курганская область	7,6
Республика Алтай	11,99	Псковская область	7,8

Анализ укомплектованности медицинских организаций курируемых субъектов подтверждает нехватку врачей-педиатров участковых. При средней укомплектованности занятыми ставками 94,6% укомплектованность физическими лицами формально составляет 93,3%, однако в ряде субъектов она достигнута за счёт штатов, не соответствующих нормативу (1 врач-педиатр участковый на 800 детей). По расчётам региональных документов, нехватка штатных должностей относительно норматива составляет в Челябинской области 391,75 ставки (43,1%), в Иркутской области — около 280 врачей (нужно 698, работают 419), в Свердловской области — 493–534 физических лица; часть педиатрических участков обслуживают фельдшеры (в детской поликлинике г. Миасса — 18 из 39 участков).

РЕЙТИНГ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ

врачами-педиатрами участковыми на 10 тыс. населения за 2025 гг.



- ДОЛЯ УЧАСТКОВЫХ ОТ ВСЕХ ПЕДИАТРОВ — ОТ 43,3% (САНКТ-ПЕТЕРБУРГ) И 48,6% (ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛ.) ДО 71,9% (КУРГАНСКАЯ ОБЛ.)
- ШТАТ НИЖЕ НОРМАТИВА 1:800: ЧЕЛЯБИНСКАЯ — 391,75 СТАВКИ (43,1%), ИРКУТСКАЯ—280 ВРАЧЕЙ, СВЕРДЛОВСКАЯ — 493ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦА; ЗНАЧИТЕЛЬНУЮ ЧАСТЬ УЧАСТКОВ ВЕДУТ ФЕЛЬДШЕРЫ
- НАГРУЗКА ВЫШЕ НОРМАТИВНОЙ НА 3-5 %: КУРГАНСКАЯ, ИРКУТСКАЯ, ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛАСТИ

Одним из наиболее показательных аспектов дефицита является соотношение укомплектованности занятыми ставками и физическими лицами. В 2025 г. в среднем по 21 субъекту занятыми ставками укомплектовано 92,6% должностей врачей-педиатров в поликлиниках и 82,1% — в стационарах, тогда как физическими лицами — 84,1% и 55,0% соответственно. Один врач, работая на полторы-две ставки, в статистике закрывает потребность в нескольких должностях, хотя физически человек один.

За год укомплектованность физическими лицами в стационарах выросла в 15 субъектах из 21, однако укомплектованность занятыми ставками снизилась в 20 поликлиниках, 16 стационарах и у участковых педиатров в 19 субъектах. Авторы региональных документов связывают это с сокращением штатных должностей и переходом врачей на работу в пределах одной ставки: в Омской области сокращено 37,5 ставки врачей-педиатров и 32% ставок неонатологов («системный структурный кризис, маскируемый статистическими показателями»), в Кемеровской — штаты на 9%, в Красноярской МКБ № 20 — на 14,3% («ложно положительная» динамика).

ТАБЛИЦА 9. АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ: РЕГИОНЫ С НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИМИ И НАИБОЛЕЕ НИЗКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ, 2025 Г.

Наиболее высокие показатели		**Наиболее низкие показатели**	
Тюменская область	105,20%	Республика Коми	69,40%
Калининградская область	104,50%	Новгородская область	70,80%
Республика Алтай	94,80%	Республика Хакасия	71,00%
Новосибирская область	93,30%	Иркутская область	74,90%
Свердловская область	93,20%	Курганская область	75,20%

ТАБЛИЦА 10. СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ: РЕГИОНЫ С НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИМИ И НАИБОЛЕЕ НИЗКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ, 2025 Г.

Наиболее высокие показатели		**Наиболее низкие показатели**	
Республика Тыва	85,90%	Курганская область	24,10%
Санкт-Петербург	75,40%	Кемеровская область	39,70%
Тюменская область	72,50%	Республика Хакасия	44,20%
Калининградская область	68,60%	Челябинская область	45,30%
Красноярский край	63,90%	Вологодская область	45,40%

Проблема носит системный и структурный характер: речь идёт не просто о дефиците врачей-педиатров, а о кризисе стационарной педиатрической помощи. С учётом естественного выбытия врачей (пенсия, профессиональное выгорание) система продолжает терять специалистов быстрее, чем их готовит. Без дифференцированного подхода и целевой поддержки стационарного звена система окажется неготовой к оказанию качественной помощи детям в самых тяжёлых ситуациях.

ТАБЛИЦА 11. УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ И ЗАНЯТЫМИ СТАВКАМИ ДОЛЖНОСТЕЙ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ УЧАСТКОВЫХ, %

Субъекты РФ	Физическими лицами			Занятыми ставками	
	2024	2025	Динамика	2024	2025
Северо-Западный федеральный округ					
Республика Карелия	85,2	85,2	0 п.п.	96,2	н/д
Республика Коми	76,9	80,9	+4,0 п.п.	94,5	93,1
Вологодская область	86,9	92,7	+5,8 п.п.	92,6	97,3
Калининградская область	106,3	116,1	+9,8 п.п.	99,6	95,5
Мурманская область	84,6	84	−0,6 п.п.	100	89,5
Новгородская область	85,5	84,8	−0,7 п.п.	96	89
Псковская область	88,8	87,8	−1,0 п.п.	98,1	93,4
Санкт-Петербург	92,4	94,7	+2,3 п.п.	93,5	91,9
Ленинградская область	85.4	84.1	-1.3 п.п.	96.5	100.0
Ненецкий автономный округ	105	98	-7,0 п.п.	100	93
Уральский федеральный округ					
Курганская область	83,7	87,1	+3,4 п.п.	97,3	90,1
Свердловская область	102	107	+5,0 п.п.	100	100
Тюменская область	108,1	107,7	−0,4 п.п.	100	99,2
Челябинская область	86	88	+2,0 п.п.	98,1	95,4

Субъекты РФ	Физическими лицами			Занятыми ставками	
	2024	2025	Динамика	2024	2025
Ханты-Мансийский АО	95	96	+1 п.п.	99	99
Сибирский федеральный округ					
Республика Алтай	94,9	103,5	+8,6 п.п.	100	96,5
Республика Тыва	95	97,7	+2,7 п.п.	98,8	98,5
Республика Хакасия	75,2	79,7	+4,5 п.п.	100	98
Алтайский край	83,2	84	+0,8 п.п.	86,9	85,4
Красноярский край	100,4	99,7	−0,7 п.п.	99	94,7
Иркутская область	86,1	84,5	−1,6 п.п.	98	93,3
Кемеровская область	92,4	91,8	−0,6 п.п.	98,5	96,6
Новосибирская область	99,2	99	−0,3 п.п.	97,2	94,7
Омская область	94,7	97,2	+2,5 п.п.	98,9	97,5
Томская область	100	100	0 п.п.	98,2	97,2

Участковое звено в ряде регионов формально укомплектовано на 100% и более (Калининградская область — 116,1%, Свердловская область — 107,0%, Тюменская область — 107,7%, Республика Алтай — 103,5%, Томская область — 100,0%). Значения выше 100% означают, что число физических лиц превышает число штатных должностей: по оценке региональных документов, это следствие занижения штатов участковой службы относительно норматива. Сохраняется выраженная дифференциация между регионами: на уровне 80–85% укомплектованы Республика Хакасия (79,7%), Республика Коми (80,9%), Алтайский край (84,0%), Мурманская (84,0%), Иркутская (84,5%) и Новгородская (84,8%) области.

Важным показателем при анализе укомплектованности является коэффициент совместительства — прямой индикатор нагрузки на персонал. При норме 1,1 значения выше 1,5 говорят о заметной дополнительной нагрузке, выше 2,0 — о высоком, потенциально критичном уровне нагрузки.

ТАБЛИЦА 12. КОЭФФИЦИЕНТ СОВМЕСТИТЕЛЬСТВА ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ, 2025 Г.

Амбулаторное звено		**Стационарное звено**	
Медиана по 21 субъекту — 1,10		**Медиана по 21 субъекту — 1,50**	
ЛИДЕРЫ ПО ВЫСОКОЙ НАГРУЗКЕ			
Республика Хакасия	1,4	Курганская область	2,7
Республика Коми	1,34	Республика Хакасия	2,1
Новгородская область	1,3	Кемеровская область	2
Псковская область	1,22	Челябинская область	1,9
Челябинская область	1,2	Вологодская область	1,8
Омская область	1,2	Омская область	1,8

10 ИЗ 21 СУБЪЕКТОВ — КОЭФФИЦИЕНТ СОВМЕСТИТЕЛЬСТВА В СТАЦИОНАРЕ **1,7 И ВЫШЕ**

НОРМА — 1,1; ВЫШЕ 1,5 — ЗАМЕТНАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ НАГРУЗКА; ВЫШЕ 2,0 — КРИТИЧНАЯ

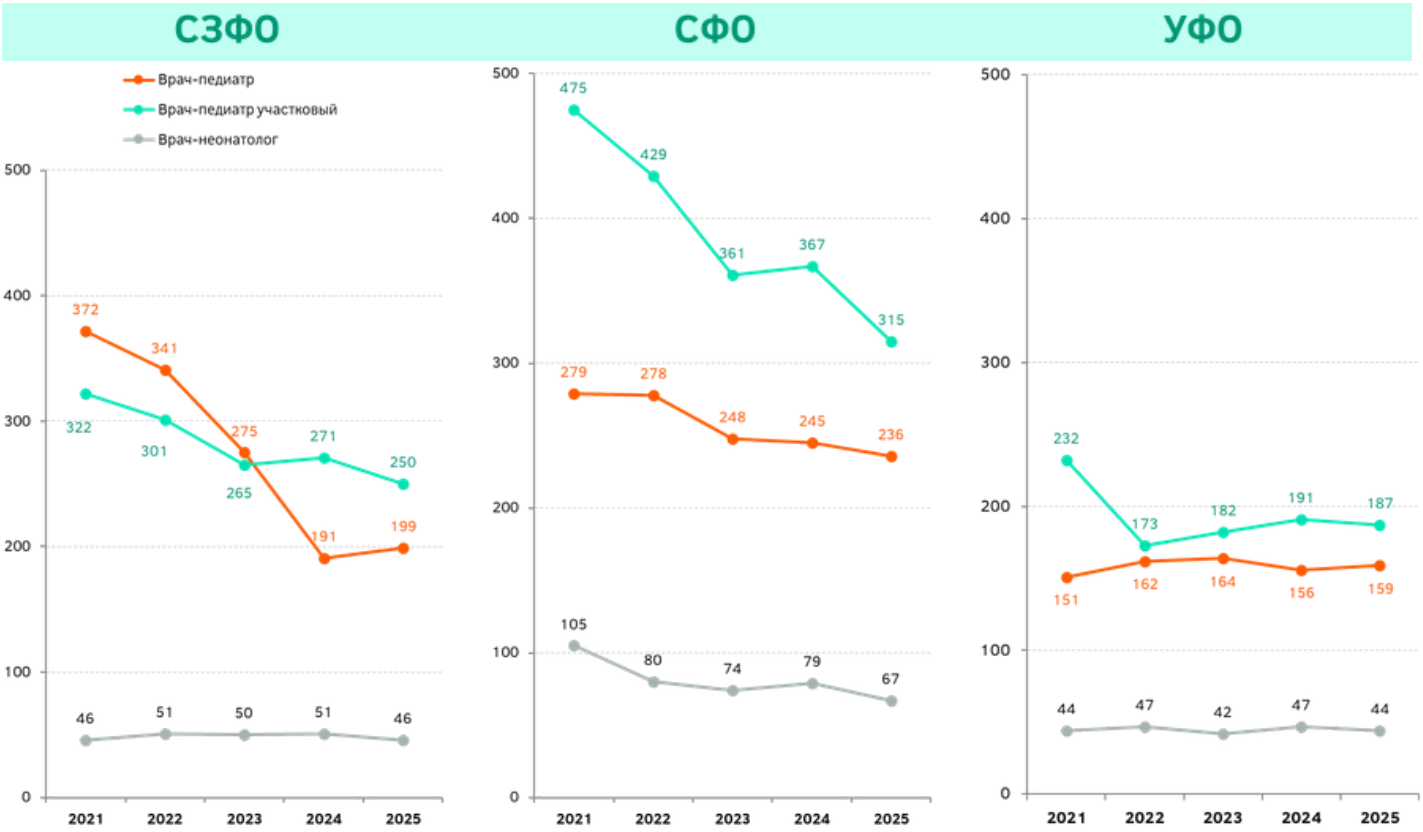
- ***Снижение нагрузки на врачей-педиатров:*** *Респб.Хакасия 3,2→2,1, Курганская обл. 3,3→2,7.*
- ***Рост нагрузки на врачей-педиатров:*** *Мурманская 1,54→1,72, Псковская 1,37→1,49 области.*
- ***В отдельных МО:*** *ГБ № 2 г. Миасса — 3,25; Асиновская РБ — 6,0*

Коэффициент совместительства в стационарах составляет 1,7 и выше в 10 субъектах. По сравнению с 2024 г. он снизился в Республике Хакасия (3,2→2,1) и Курганской области (3,3→2,7), вырос — в Мурманской (1,54→1,72) и Псковской (1,37→1,49) областях.

На уровне отдельных медицинских организаций нагрузка значительно выше: в ОДКБ Омской области коэффициент совместительства педиатров составляет 3,85, в ГБ № 2 г. Миасса — 3,25, в Асиновской РБ Томской области в стационарной педиатрии — 6,0. Там, где укомплектованность физическими лицами ниже 80–85%, а коэффициент совместительства выше 2,0, формируются риски ошибок, выгорания и роста текучести кадров.

ПОТРЕБНОСТЬ В СПЕЦИАЛИСТАХ

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



- ***СЗФО:*** *потребность во врачах- педиатрах снизилась с 372 до 199 (–46,5%); врачи-педиатры участковые –22,4%*
- ***СФО:*** *снижение по всем категориям — врачи- педиатры участковые –33,7%, врачи-педиатры- 22,8%*
- ***УФО:*** *единственный округ с ростом потребности во врачах- педиатрах (+5,3%); врачах педиатрах участковых –19,4%*

Представленные субъектами РФ данные о потребности демонстрируют устойчивую тенденцию: потребность в участковых педиатрах систематически превышает общую потребность в педиатрах. **В 2025 г. это соотношение составило: СЗФО — 125,6%, СФО — 133,5%, УФО — 117,6%**. Формально это означает, что дефицит кадров сконцентрирован именно в первичном звене. Однако при выездных мероприятиях, проводимых НМИЦ по педиатрии систематически **фиксируется противоположная картина: наиболее острый дефицит отмечается в стационарном звене — среди врачей-педиатров стационаров, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, детских хирургов и узких специалистов.**

Это расхождение носит системный, а не случайный характер.

Северо-Западный федеральный округ представляет собой один из наиболее сложных для анализа округов в силу высокой внутренней неоднородности: в его состав входят как крупнейшая агломерация страны (г. Санкт-Петербург), так и малонаселенные территории (Ненецкий АО) и регионы с развитой системой здравоохранения (Ленинградская область), так и депрессивные в кадровом отношении территории (Псковская, Новгородская области). Наиболее существенные изменения в СЗФО касаются категории «врач-педиатр»: потребность сократилась с 372 человек в 2021 г. до 199 человек в 2025 г., то есть почти вдвое. Однако этот процесс был крайне неравномерным: наиболее резкое снижение пришлось на 2023–2024 гг. (с 275 до 191), после чего в 2025 г. последовал незначительный рост (до 199). Такая динамика может свидетельствовать о том, что снижение потребности в значительной степени было

обусловлено не реальным притоком кадров, а изменением методики расчета или пересмотром нормативов. В ряде регионов (Новгородская, Псковская, Мурманская области) снижение потребности носило обвальный характер, не сопровождаясь пропорциональным ростом численности специалистов.

Потребность в *участковых педиатрах* сократилась с 322 до 250 человек (−22,4%), что существенно меньше, чем по врачам-педиатрам в целом. Это означает, что дефицит первичного звена сокращался медленнее, чем общий дефицит педиатрических кадров. Иными словами, структурный дисбаланс не только сохранился, но и усугубился: если в 2021 г. потребность в участковых составляла 86,6% от общей потребности в педиатрах, то в 2025 г. — уже 125,6%. Это свидетельствует о том, что кадровая политика в округе в большей степени решала проблему укомплектования стационаров и узких специалистов, нежели первичного звена. Однако, как будет показано ниже, это может быть следствием не реального улучшения ситуации в стационарах, а особенностей учета.

Потребность в *неонатологах* осталась практически неизменной (46–51 человек на протяжении всего периода). Стабильность этого показателя при снижении потребности в педиатрах общей практики указывает на то, что неонатологическая служба является наиболее консервативным и одновременно наиболее уязвимым звеном: здесь не происходит ни существенного улучшения, ни ухудшения, но и не наблюдается признаков решения проблемы. Региональная специфика: **наиболее благополучными являются Ненецкий АО и Республика Карелия (потребность по педиатрам снизилась с 11 до 1). Наиболее проблемными — Новгородская область (47 по педиатрам и 42 по участковым), Псковская область (26 и 35), Ленинградская область (61 и 42), г. Санкт-Петербург (60 и 54). В Ленинградской области потребность по педиатрам выросла (с 50 до 61), что делает регион одним из немногих в СЗФО с отрицательной динамикой.**

Сибирский федеральный округ характеризуется наибольшей среди трех округов численностью детского населения и, соответственно, наибольшими абсолютными значениями потребности. В его состав входят как относительно благополучные регионы (Новосибирская область), так и территории с критической кадровой ситуацией *(Алтайский край, Кемеровская область).*

СФО демонстрирует наиболее сбалансированную положительную динамику среди трех округов: потребность снизилась по всем трем категориям. Однако глубина и характер этого снижения различаются.

Потребность в *врачах-педиатрах* сократилась с 279 до 236 человек (−15,4%) — наименьшее снижение среди трех категорий. Это означает, что общий дефицит педиатров в округе остается значительным и сокращается медленнее, чем дефицит участковых педиатров и неонатологов. Иными словами, кадровая проблема в СФО в значительной степени связана с нехваткой педиатров в стационарном звене и узких специальностях, а не только в первичном звене.

Потребность в *участковых педиатрах* снизилась с 475 до 315 человек (−33,7%) — наиболее существенное снижение среди всех категорий во всех округах. Это свидетельствует о целенаправленной работе по укомплектованию первичного звена: абсолютное значение потребности (315 человек) остается самым высоким среди трех округов. Соотношение потребности в участковых и общей потребности в педиатрах в 2025 г. составило 133,5% — это наибольший показатель структурного дисбаланса среди всех округов. Это означает, что в СФО дефицит кадров сконцентрирован именно в первичном звене, и без решения этой проблемы

общая кадровая ситуация не может считаться удовлетворительной.

Потребность в *неонатологах* сократилась с 105 до 67 человек (−36,2%) — **наиболее значительное снижение среди всех категорий во всех округах.** Это позитивная тенденция, однако абсолютное значение (67 человек) остается высоким, а распределение по регионам крайне неравномерно: *в Алтайском крае потребность составляет 10 человек, в Красноярском крае — 15, в Иркутской области — 11, в Кемеровской области — 11. В совокупности на эти четыре региона приходится 47 из 67 человек (70%) общей потребности в неонатологах в СФО.* Это позволяет говорить о концентрации проблемы в ограниченном числе территорий.

Региональная специфика: наиболее благополучным является Новосибирская область (5 по педиатрам, 5 по участковым, 4 по неонатологам). *Наиболее проблемными — Алтайский край (39, 122, 10), Кемеровская область (70, 12, 11), Омская область (31, 35, 10), Томская область (13, 29, 5). В Кемеровской области потребность по педиатрам (70) значительно превышает потребность по участковым (12) — это ситуация, отражающая структурный дисбаланс в пользу стационаров.*

Уральский федеральный округ — единственный из трех округов, где потребность в врачах-педиатрах за анализируемый период не снизилась, а выросла. Это делает его наиболее тревожным с точки зрения динамики кадровой обеспеченности.

Рост потребности во врачах-педиатрах с 151 до 159 человек (+5,3%) на фоне снижения потребности в участковых педиатрах (−19,4%) и стабильной потребности в неонатологах (0,0%) указывает на специфическую структуру кадровой проблемы в УФО. *Если в СЗФО и СФО общая потребность в педиатрах снижалась быстрее или сопоставимо с потребностью в участковых, то в УФО наблюдается обратная картина: дефицит педиатров общей практики растет, тогда как дефицит участковых сокращается.* Это может означать, что в округе происходит перераспределение кадров в пользу первичного звена за счет стационарного, либо что потребность в стационарном звене растет в связи с развитием специализированной помощи. Выездные мероприятия подтверждают, что дефицит в стационарах УФО носит острый характер.

Потребность в *участковых педиатрах* сократилась с 232 до 187 человек (−19,4%), что меньше, чем в СФО (−33,7%), но больше, чем в СЗФО (−22,4%) — с учетом различий в абсолютных значениях. Соотношение потребности в участковых и общей потребности в педиатрах в 2025 г. составило 117,6% — наименьший показатель структурного дисбаланса среди трех округов. Это означает, что *в УФО дефицит кадров распределен между первичным и стационарным звеном более равномерно, чем в СФО и СЗФО. Это может объясняться тем, что регионы УФО более полно отражают потребность в стационарном звене.*

Потребность в *неонатологах* осталась неизменной (44 человека в 2021 г. и 44 в 2025 г.) при колебаниях от 42 до 47 в отдельные годы. Это свидетельствует о стагнации: неонатологическая служба округа не получает дополнительных кадров, но и не теряет существующие. Однако абсолютное значение потребности (44 человека) при относительно небольшой численности детского населения округа является значительным. Наиболее высокая потребность — в Курганской области (19–23 человека), что делает этот регион одним из самых проблемных в стране по данному показателю.

Региональная специфика: **наиболее благополучными являются Ямало-Ненецкий АО (9, 1, 5) и Тюменская область (11, 11, 3). Наиболее проблемными — Курганская область (64, 50, 19), Челябинская область (27, 76, 3), Свердловская область (35, 25, 12).**

В Челябинской области потребность по участковым (76) в 2,8 раза превышает потребность по педиатрам общей практики (27), что свидетельствует о критическом дефиците первичного звена.

В среднем по трем федеральным округам укомплектованность амбулаторного звена физическими лицами составляет 80–87%, ставками — 92–94%. Разрыв между этими показателями (ИД) составляет 6–12 п.п., что указывает на скрытый дефицит, покрываемый совместительством. Коэффициент совместительства (1,09–1,16) находится в пределах умеренного совместительства.

Регионы с выраженным скрытым дефицитом (Республика Хакасия,Республика Коми, Республика Карелия,Челябинская, Новгородская, Вологодская, Псковская и Омская области- формально ставки заполнены (88–98%), однако физических лиц значительно меньше (69–82%). Это означает, что каждый работающий специалист вынужден закрывать 1,2–1,4 ставки. Такая ситуация маскирует дефицит в отчетности, увеличивает нагрузку на существующие кадры, создает риски для качества медицинской помощи и повышает вероятность выгорания. На есть ряд регионов в которых физических лиц больше, чем занятых ставок (Тюменская, Томская и Калининградская области). Это отражает оптимизацию штатного расписания, а также переход части специалистов на неполные ставки

В среднем по трем округам укомплектованность стационарного звена физическими лицами составляет 50–58%, ставками — 82–84%. Разрыв между этими показателями (ИД) составляет 24–34 п.п., что указывает на критический скрытый дефицит, покрываемый совместительством. Коэффициент совместительства (1,51–1,85) свидетельствует о высоком совместительстве.

Стационарное звено находится в значительно худшем состоянии, чем амбулаторное. Разрыв в укомплектованности физическими лицами составляет 25 п.п., в коэффициенте совместительства — 0,5. Это означает, что дефицит кадров в стационаре носит острый характер, но не отражается в отчетной потребности в той же мере, что и дефицит в первичном звене.

Группа A (благополучная): *Калининградская область, Томская область. Низкий уровень потребности, благополучная укомплектованность амбулаторного звена, относительно контролируемая ситуация в стационаре. Разрыв между звеньями минимален.*

Группа B (умеренная): *Новосибирская область, Республика Алтай, Республика Тыва, Красноярский край, Тюменская область, г. Санкт-Петербург. Отдельные проблемы (например, высокий ИД в стационаре в Новосибирской и Тюменской областях), но в целом ситуация контролируема.*

Группа C (высокая): *Алтайский край, Свердловская область, Мурманская область, Псковская область, Новгородская область. Высокая потребность и/или значительный дефицит в стационарном звене. Требуют внимания.*

Группа D (критическая): *Вологодская область, Республика Карелия, Кемеровская область, Челябинская область, Иркутская область, Республика Коми, Омская область. Критический дефицит в стационарном звене (КС 1,7–2,0) и значительный разрыв между звеньями. Требуют первоочередного вмешательства.*

Группа E (экстремальная): *Курганская область, Республика Хакасия. Экстремальный дефицит в стационарном звене (КС 2,09–2,72) и максимальный разрыв между звеньями (+0,71–1,63). Требуют административного вмешательства.*

ОЦЕНКА ДВИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В 2025 Г.

Данные о движении кадров представлены регионами неравномерно: в документах Новосибирской и Омской областей указано, что «данные о движении кадрового состава представлены не в полном объёме», в г. Санкт-Петербурге «не ведётся анализ оценки движения и причин увольнения», по ряду регионов сведения приводятся только по отдельным медицинским организациям.

По регионам, представившим данные, приём врачей-педиатров сокращается: в Кемеровской области оборот по приёму педиатров снизился с 41 до 22 человек (приём −46,3%), в Мурманской — с 36 до 8, в Свердловской — со 107 до 75 при росте увольнений с 27 до 37. Текучесть участковых педиатров в Красноярском крае достигает 37,4% при коэффициенте замещения 0,02; в Томской области за год уволено 59 педиатров и 42 участковых при текучести неонатологов 28,6%.

Основной причиной увольнений остаётся собственное желание работника: 93,7% в Республике Коми, 93,2% в Томской, 92,3% в Челябинской, 77% в Кемеровской, 69% в Новгородской, 60,9% в Красноярском крае. В Челябинской (84,6%), Томской (74,6%), Кемеровской (46%) и Вологодской (45,5%) областях сведений о дальнейшем месте работы большей части уволенных нет — авторы кемеровского документа называют это «теневой» миграцией.

Там, где данные есть, значительная часть уволенных переходит в другие государственные медицинские организации своего региона (Тюменская область — 66,7%, Свердловская — 47,2%) или уезжает в другие субъекты (Республика Карелия — 40%, Республика Тыва — 34,7%).



СОБСТВЕННОЕ ЖЕЛАНИЕ — ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА УВОЛЬНЕНИЯ

ТОМСКАЯ ОБЛАСТЬ 93,2%

93,7% **РЕСПУБЛИКА КОМИ**

Челябинская область 92,3%

ДАННЫЕ О ПЕРЕХОДЕ В ДРУГИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ

74,6% **НЕТ ДАННЫХ О ДАЛЬНЕЙШЕМ МЕСТЕ РАБОТЫ**
(Томская обл. (уволено 59); Кемеровская — 46% (81)

УШЕДШИЕ В ГОСУДАРСТВЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ СУБЪЕКТА
(Тюменская обл.; Свердловская обл. — 47,2%) 66,7%

40% **УШЕДШИЕ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ДРУГИХ СУБЪЕКТОВ РФ**
(Респ. Карелия – 35,2%,Респ.Тыва — 34,7%)

ОБОРОТ ПО ПРИЁМУ ПЕДИАТРОВ
(Мурманская обл.; Кемеровская обл. — 41 → 22) 36 ⟶ 8

РЕГИОНЫ С НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ТЕКУЧЕСТИ

врачи

15,1% РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ

14,3% КУРГАНСКАЯ ОБЛАСТЬ

13,72% КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ

средний медицинский персонал

РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ 13,4%

ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ 12,7%

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

ОЦЕНКА ВОЗРАСТНОГО СОСТАВА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Возрастной состав врачебных кадров в ряде регионов характеризуется как предкризисный. В Курганской области каждый шестой врач-педиатр (16,9%) находится в возрасте 65 лет и старше, и это самая быстрорастущая группа (+32 человека за год); группа 36–55 лет сократилась на 28 человек.

НАПРИМЕР

- **Курганская область:** каждый шестой врач-педиатр (16,9%) находится в возрасте 65 лет и старше. Это это самая быстрорастущая группа (+32 человека за год)
- **Омская область:** врачей- специалистов пенсионного возраста 34,5%, моложе 35 лет — 12,8%
- **Респ. Хакасия:** врачей старше 55 лет — 35,5%
- ▪(ГБУЗ РХ Саяногорская МБ — 7 из 8 педиатров)
- **г.Санкт-Петербург:** специалистов > 65лет-рост на 127 чел., а 36–45 лет снижение 303 чел. за 2025г.
- **Алтайский край:** На уровне медицинских организаций доля врачей-педиатров старше 55 лет достигает 61,1% (КГБУЗ ГДБ, г. Бийск)

В Омской области врачей пенсионного возраста 34,5% при доле молодых специалистов 12,8%. В г. Санкт-Петербурге группа 65+ выросла за год на 127 человек, группа 36–45 лет сократилась на 303. На уровне медицинских организаций доля педиатров старше 55 лет достигает 61,1% (Городская детская больница г. Бийска, Алтайский край) и 7 из 8 (Саяногорская МБ Республики Хакасия).

Такая возрастная структура позволяет прогнозировать в ближайшие 5–10 лет значительную потерю врачебного состава в связи с выходом на пенсию при существующих темпах восполнения кадров.

Выводы

- **Потребность в врачах-педиатрах, участковых педиатрах и неонатологах в 2021–2025 гг. характеризуется существенной дифференциацией по федеральным округам и субъектам РФ.** Различия носят неслучайный характер и отражают как объективные различия в кадровой ситуации, так и различия в подходах к планированию.

- **Наиболее благоприятная динамика зафиксирована в СЗФО** (снижение потребности по педиатрам на 46,5%) **и СФО** (снижение по участковым на 33,7%, по неонатологам на 36,2%). **Наиболее тревожная — в УФО** (рост потребности по педиатрам на 5,3%). Однако в СЗФО снижение в значительной степени обусловлено изменением методики расчета, а не реальным притоком кадров.

- **Структурный дисбаланс во всех округах: потребность в участковых педиатрах превышает общую потребность в педиатрах.** Наиболее выражен в СФО (133,5%) и СЗФО (125,6%), наименее — в УФО (117,6%).

- **Расхождение между отчетной и фактической потребностью носит системный характер.** Отчетные данные занижают дефицит в стационарном звене и завышают его в первичном звене. Это подтверждается данными об укомплектованности: стационарное звено демонстрирует укомплектованность физическими лицами 50–58% против 80–87% в амбулаторном, КС 1,51–1,85 против 1,09–1,16.
- **Разрыв между амбулаторным и стационарным звеном составляет 25 п.п. по укомплектованности физическими лицами и 0,5 по коэффициенту совместительства.** Это означает, что стационар находится в значительно худшем состоянии, чем амбулаторное звено.
- **Наиболее критическая ситуация — в Курганской области (КС стационар 2,72, разрыв +1,63), Республике Хакасия (2,09, +0,71), Кемеровской области (2,01, +0,88), Челябинской области (1,89, +0,65), Омской области (1,82, +0,62).**

- **Наиболее благополучная ситуация — в Калининградской области (КС стационар 1,04, разрыв +0,14), Томской области (1,13, +0,19), г. Санкт-Петербурге (1,10, −0,04), Республике Тыва (1,11, −0,01).**

- **Без изменения методики расчета потребности и учета структурных особенностей стационарного звена проблема дефицита в стационарах будет сохраняться**, а отчетные данные будут систематически искажать реальную кадровую ситуацию.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ



1.Дисбаланс между формальными и реальными показателями: высокая укомплектованность ставок является «кадровой иллюзией» и маскирует кризис, связанный с экстенсивной нагрузкой на работающих специалистов; в ряде регионов формальное улучшение достигнуто за счёт сокращения штатов.

2. Внутренний дисбаланс между подразделениями: значительный перекос в укомплектованности и нагрузке между амбулаторным и стационарным звеньями (медианный разрыв — 30,5 п.п.).

3.Дисбаланс между штатной численностью должностей участковых врачей-педиатров и нормативом прикрепления: в ряде субъектов (Челябинская, Свердловская, Иркутская, Кемеровская области) штат участковых существенно ниже нормативного, часть участков закрыта фельдшерами.

4.Острый дефицит неонатологов и врачей узких специальностей в стационарах (анестезиологи-реаниматологи, детские хирурги, детские кардиологи).

5.Коэффициент совместительства в стационарах 1,7–2,7 в половине субъектов, до 3–6 на уровне отдельных медицинских организаций.

6.Отсутствие системного учёта движения кадров: во многих регионах неизвестно, куда уходят уволенные специалисты; не отслеживается закрепление выпускников целевого обучения.

Оценка уровня профессиональной подготовки медицинских кадров курируемых регионов

Доля аккредитованных врачей-педиатров продолжает расти: по РФ — с 68,2% до 69,7%, наиболее заметно в СФО (с 56,6% до 72,0%). Максимальные значения в 2025 г. — Псковская и Омская области (79,4%), Челябинская область (78,5%), Тюменская (78,4%) и Томская (78,1%) области; минимальные — Курганская область (46,9%), Республика Хакасия (55,2%), Ямало-Ненецкий АО (57,9%).

Доля врачей-педиатров с квалификационной категорией остаётся низкой: по РФ — 24,7%, в 12 из 27 курируемых субъектов — менее 20% (минимальные значения — Калининградская область 11,7%, Республика Карелия, Курганская и Мурманская области по 11,8%); максимальная — в Омской области (47,3%). Снижение доли врачей с категорией отмечено в Республике Алтай (26,4→18,1%) и Алтайском крае (35,7→29,5%).

Выводы

1. **На фоне роста доли аккредитованных врачей-педиатров доля врачей с квалификационной категорией остаётся низкой** и в ряде регионов снижается, так как наличие категории не является обязательным и несущественно влияет на оплату труда.
2. **В региональных документах показатели квалификации приводятся в разных единицах** (доли, абсолютные числа, по всем врачам), что затрудняет сопоставление с данными статистической отчётности.

РЕГИОНЫ С МАКСИМАЛЬНЫМИ КАДРОВЫМИ РИСКАМИ

Анализ выявил регионы с критическим сочетанием факторов: низкая обеспеченность кадрами, высокая нагрузка на персонал и низкие квалификационные показатели. Учитывались 8 критериев 2025 г.: обеспеченность педиатрами менее 13 и участковыми менее 8 на 10 тыс. детей; укомплектованность физическими лицами стационаров менее 50% и поликлиник менее 75%; коэффициент совместительства в стационаре 1,8 и выше; доля врачей с категорией менее 15%; доля аккредитованных менее 60%; снижение численности педиатров. Эти территории требуют прицельных мер кадровой поддержки.



Три критерия из восьми выявлены в Республике Коми, Новгородской, Кемеровской и Иркутской областях — эти регионы относятся к зоне повышенного внимания.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ И ТРУДОУСТРОЙСТВА

Во всех регионах предпринимаются меры по привлечению медицинских работников в систему государственных организаций здравоохранения, начиная с профориентационной работы со школьниками. Ежегодно выпускники направляются на обучение в медицинские вузы в соответствии с квотами целевого приёма.

По данным региональных документов курируемых регионов, в 2025 г. целевое обучение по программе специалитета «педиатрия» завершили 508 человек. Из них трудоустроены в медицинские организации региона 207 (40,7%), поступили в ординатуру 230 (45,3%), не исполнили обязательства 67 (13,2%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЦЕЛЕВОГО ОБУЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММЕ СПЕЦИАЛИТЕТА «ПЕДИАТРИЯ» В 2023–2025 ГГ., % ОТ ЗАВЕРШИВШИХ ОБУЧЕНИЕ

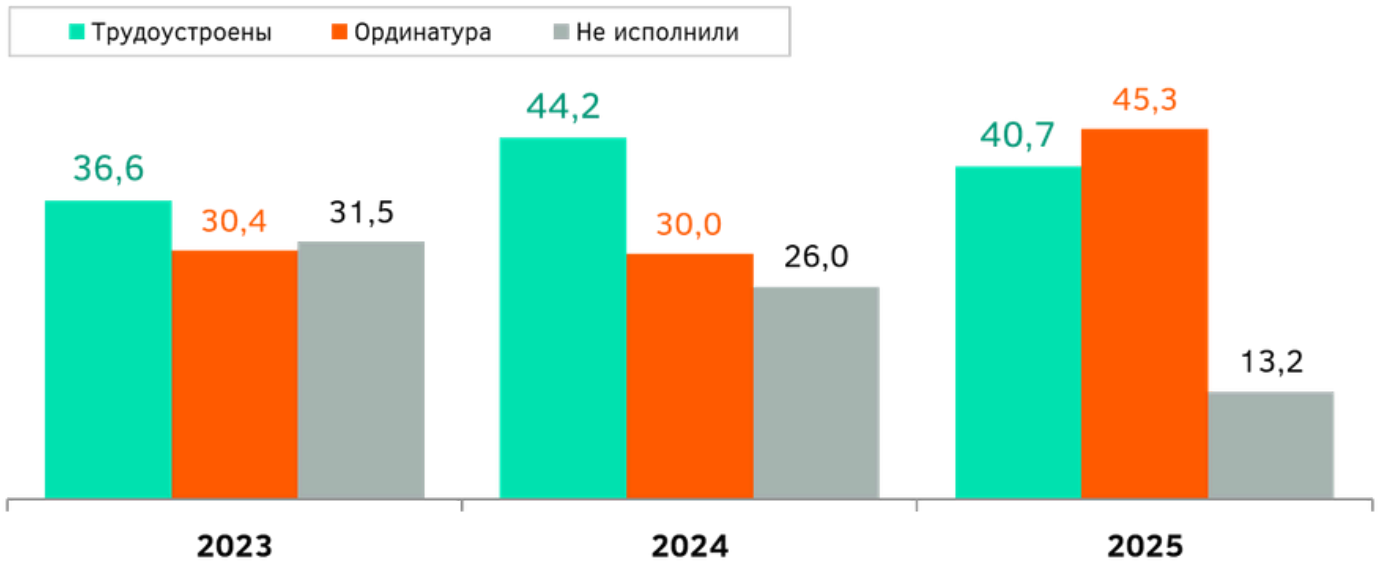


ТАБЛИЦА 23. ЦЕЛЕВОЕ ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ СПЕЦИАЛИТЕТА «ПЕДИАТРИЯ» В 2025 Г. ПО СУБЪЕКТАМ, ЧЕЛ.

Субъект РФ	Запрошено мест	Завершили обучение	Трудоустроены	Поступили в ординатуру	Не исполнили обязат.
Республика Карелия	33	7	2	4	1
Республика Коми	12	17	9	3	5
Вологодская область*	45	29	29	39	1
Калининградская область	42	28	11	14	3
Мурманская область	23	3	0	3	0

Субъект РФ	Запрошено мест	Завершили обучение	Трудоустроены	Поступили в ординатуру	Не исполнили обязат.
Новгородская область	26	8	3	3	0
Псковская область	55	10	2	6	2
Санкт-Петербург	данные не представлены				
Курганская область	35	23	4	12	7
Свердловская область	208	74	—	16	6
Тюменская область	35	25	16	5	4
Челябинская область	145	55	6	41	7
Республика Алтай	данные не представлены				
Республика Тыва	данные не представлены				
Республика Хакасия	37	22	14	2	6
Алтайский край	75	44	25	14	6
Красноярский край	115	43	24	15	4
Иркутская область	100	50	9	33	8
Кемеровская область	195	50	20	23	7
Новосибирская область	150	59	33	23	3
Омская область	90	49	24	21	2
Томская область	20	15	5	8	2

Анализ показывает явное несоответствие между показателями целевого обучения и дальнейшей трудовой деятельностью. В 2025 г. доля выпускников, поступивших в ординатуру, впервые превысила долю трудоустроенных, что отсрочивает их выход в практическое здравоохранение. Доля не исполнивших обязательства снизилась (с 31,5% в 2023 г. до 13,2% в 2025 г.), однако в отдельных регионах остаётся высокой: *в Курганской области за 2019–2025 гг. не исполнили обязательства 109 из 215 выпускников, в Республике Хакасия — 40 из 103. В большинстве регионов целевая ординатура не покрывает и половины потребности.* ***Наиболее критичная ситуация*** *— в Республике Хакасия (1,6%), Кемеровской области (20%), Иркутской области (22,7%), Калининградской области (26,7%), Республике Коми (30,8%), Омской области (34,5%), Новосибирской области (39,1%).*

Целевое обучение среднего медицинского персонала там, где оно организовано, результативнее: в Псковской области трудоустроены 17 из 20 выпускников, в Томской — около 100%.

40,7% ВЫПУСКНИКОВ ЦЕЛЕВОГО СПЕЦИАЛИТЕТА 2025 Г. ТРУДОУСТРОЕНЫ

НЕ ЯВИЛИСЬ К ЗАКАЗЧИКУ **13,2%** (2023 Г. — 31,5%)

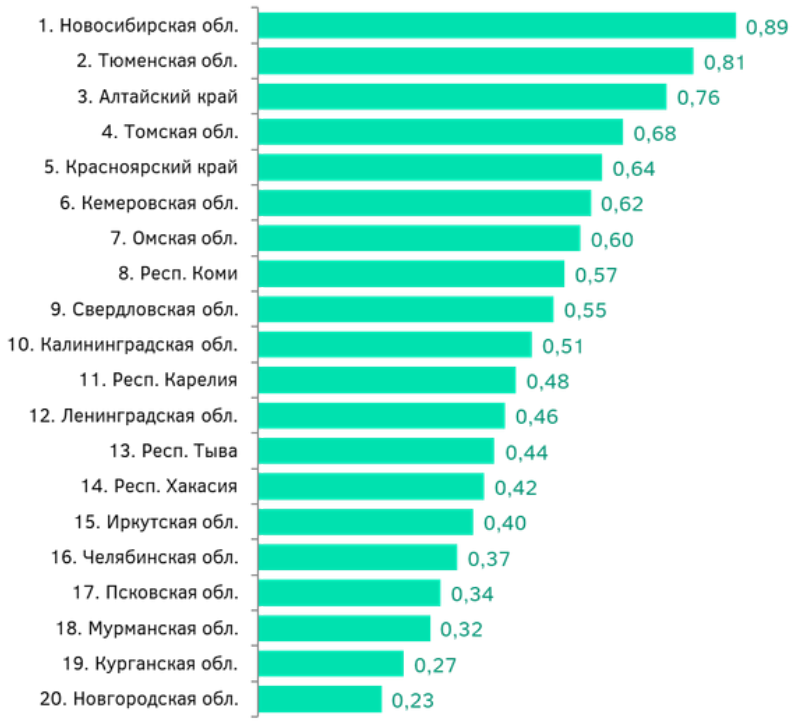
В отдельных регионах остаётся высокой: в Курганской обл. за 2019–2025 гг. не исполнили обязательства 109 из 215 выпускников, в Респ.Хакасия — 40 из 103.

45,3% В 2025 Г. ВЫПУСКНИКОВ, ДОЛЯ ПОСТУПИВШИХ В ОРДИНАТУРУ, ВПЕРВЫЕ ПРЕВЫСИЛА ДОЛЮ ТРУДОУСТРОЕННЫХ, ЧТО **ОТСРОЧИВАЕТ ИХ ВЫХОД В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ.**

- **Ординатура «педиатрия» 2025:** трудоустроены 107 из 128 (83,6%), не исполнили обязательства 16 (12,5%)
- **Заявки≠ потребность:** Курганская область 65 мест при потребности 11, Респ.Тыва 51 при 10–11; Калининградская область— 14 мест в ординатуру при потребности 57
- **В большинстве регионов целевая ординатура не покрывает и половины потребности.** Наиболее критичная ситуация — в Республике Хакасия (1,6%), Кемеровской области (20%), Иркутской области (22,7%), Калининградской области (26,7%), Республике Коми (30,8%), Омской области (34,5%), Новосибирской области (39,1%).
- **Целевое обучение среднего медицинского персонала результативнее:** в Псковской области трудоустроены 17 из 20 выпускников, в Томской — 98,7%.

Три критерия из восьми выявлены в Республике Коми, Новгородской, Кемеровской и Иркутской областях — эти регионы относятся к зоне повышенного внимания.

РЕЙТИНГ СУБЪЕКТОВ ПО ИНТЕГРАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦЕЛЕВОЙ ПОДГОТОВКИ (ИПЭ)



A — ВЫСОКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Новосибирская обл., Тюменская обл., Алтайский край. Регионы демонстрируют сбалансированную кадровую политику: высокую долю трудоустроенных целевиков, низкий уровень неисполнения обязательств, значительный удельный вес закрепившихся выпускников.

B — УМЕРЕННАЯ

Красноярский край, Респ. Коми, Томская, Кемеровская, Омская Свердловская и Калининградская области. Регионы сталкиваются с системными проблемами, но имеют положительную динамику.

C — НИЗКАЯ

Респ. Карелия, Респ. Тыва, Респ. Хакасия, Ленинградская Иркутская, Челябинская, Псковская, Мурманская области. Для этих регионов характерны: низкое трудоустройство, высокий отток в ординатуру, значительная доля не исполнивших обязательства.

D — КРИТИЧЕСКАЯ

Курганская и Новгородская области. Регионы демонстрируют наиболее низкие показатели трудоустройства, высокий уровень неисполнения обязательств, минимальный удельный вес закрепившихся выпускников.

Системные проблемы целевой подготовки

- **Заявки на целевые места не соответствуют реальной потребности:** завышены в Курганской области (65 мест при потребности 11), Республике Тыва (51 место при потребности 10–11), Мурманской области (23 при 10); занижены по ординатуре в Калининградской области (14 мест при потребности 57) и по неонатологии в Новосибирской (3 места при потребности 14–20);

- **Низкая доля выпускников, продолживших работу участковыми педиатрами:** Новгородская область — 4,1%, Курганская — 5,6%, Челябинская — 7,3% (ординаторы), Республика Тыва — 13%, Республика Хакасия — 17%; более высокие значения — Тюменская (53,3%), Республика Коми (52,8%), Омская (45,7%), Кемеровская (44,9%) области;

- **Целевая ординатура трудоустраивает 84–91% выпускников, но её объём (1–19 человек в год на регион) несопоставим с потребностью;** по неонатологии целевой набор в ряде регионов отсутствует (Томская область в 2024–2025 гг., Республика Коми за 2019–2025 гг.);

- **Низкое закрепление выпускников.** Удельный вес продолживших работу участковыми педиатрами ниже 20% зафиксирован в Новгородской (4,13%), Курганской (5,56%), Челябинской (7,3%) областях и Республике Хакасия (17%). Это означает, что целевая подготовка в этих регионах фактически не решает кадровую проблему.

- **Отсутствие мониторинга долгосрочного трудоустройства:** в большинстве регионов не отслеживается трудовой стаж после отработки обязательств, что не позволяет оценить реальную эффективность.

По данным регионов основными причинами неисполнения обязательств являются: переход в частные медицинские организации, желание работать в регионах с более благоприятными условиями, недостаточную заинтересованность медицинской организации в молодом специалисте и проблемы адаптации.

Выводы

- **Целевая подготовка по программе специалитета и ординатуры по специальности «педиатрия» в курируемых регионах характеризуется существенной дифференциацией по эффективности.** Интегральный рейтинг выявил группу лидеров (Новосибирская, Тюменская области, Алтайский край) и группу критического неблагополучия (Курганская, Новгородская области).

- **Основные проблемы носят системный характер:** низкая эффективность целевого специалитета, высокий отток выпускников в ординатуру, высокий уровень неисполнения обязательств, недофинансирование целевой ординатуры, низкое закрепление выпускников, отсутствие мониторинга трудового стажа.

- **Целевая ординатура более эффективна, чем целевой специалитет:** доля трудоустроенных в ординатуре составляет 70–100%, в специалитете — 10–65%. Однако объемы целевой ординатуры недостаточны для покрытия потребности.

- **Наиболее успешные регионы (Новосибирская область, Тюменская область, Алтайский край) демонстрируют комплексный подход:** достаточное финансирование целевых мест, высокая доля трудоустроенных, значительный удельный вес закрепившихся выпускников, низкий уровень неисполнения обязательств.

- **Наиболее проблемные регионы (Курганская, Новгородская, Челябинская области, Республика Хакасия) требуют:** пересмотра объемов и структуры целевой подготовки, усиления договорной работы, создания условий для закрепления выпускников, развития наставничества и мер социальной поддержки.

- **Динамика за 2019–2025 гг. неоднородна:** в одних регионах (Тюменская, Новосибирская, Омская области) наблюдается рост эффективности, в других (Курганская, Челябинская, Иркутская, Псковская области) — стагнация или ухудшение.

- **Без комплексного подхода, включающего приведение заявок в соответствие с реальной потребностью, повышение оплаты труда,** обеспечение жильём и эффективное наставничество, система целевого обучения не сможет устойчиво ликвидировать кадровый дефицит.

Рекомендации

РЕКОМЕНДАЦИИ

- **Утвердить единую методику оценки эффективности целевого обучения,** включающую обязательный мониторинг трудового стажа целевиков в течение не менее 5 лет после завершения обучения.
- **Пересмотреть объемы целевой подготовки по педиатрии** с учетом реальной потребности регионов, увеличив финансирование целевой ординатуры, особенно по неонатологии.
- **Разработать механизмы ответственности за неисполнение обязательств по целевому договору**, включая возврат средств с учетом индексации и штрафных санкций.
- **Создать федеральную программу поддержки регионов с критическим дефицитом педиатров** (Курганская, Новгородская, Челябинская области, Республика Хакасия), включающую меры социальной поддержки, обеспечение жильем, повышение квалификации.
- **Обеспечить регулярный мониторинг и публикацию данных о трудоустройстве** и закреплении целевиков.
- **Усилить профориентационную работу со студентами-целевиками,** начиная с младших курсов, с акцентом на первичное звено.
- **Разработать программы дополнительного профессионального образования** для участковых педиатров с учетом современных требований.
- **Обеспечить взаимодействие с региональными органами управления здравоохранением** по вопросам трудоустройства выпускников.

Деятельность регионов по ликвидации кадрового дефицита

Во всех регионах реализуются меры по привлечению медицинских работников в систему государственных медицинских организаций: профориентационная работа среди школьников, целевое обучение, программы «Земский доктор / Земский фельдшер», региональные меры социальной поддержки (единовременные выплаты от 0,1 до 2 млн руб., компенсация найма жилья, служебное жильё, надбавки молодым специалистам).

Программа «Земский доктор / Земский фельдшер» в большинстве регионов формально выполняется на 100%, исключения — Иркутская (63,5%) и Томская (72,5%) области; в Мурманской области программа «Земский фельдшер» не реализуется.

Вместе с тем следует отметить в большинстве регионов меры поддержки как недостаточные для закрепления кадров: в Республике Карелия финансирование мер соцподдержки сократилось со 105,5 до 29,2 млн руб., в Омской области отсутствуют компенсация аренды и льготная ипотека («программа выполняется формально»), в Алтайском крае нет льготной ипотеки и социального найма, в Вологодской области меры поддержки получили не более 4,3% врачей.

ВЫВОД:

Регионы борются с дефицитом кадров с помощью федеральных и региональных программ, однако меры социальной поддержки носят преимущественно разовый характер, мало ориентированы на врачей стационаров и не сопровождаются мониторингом закрепления специалистов.

ТАБЛИЦА 24. МЕРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ И ПРОГРАММА «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР»

Вид меры	Число регионов, использовавших меру	Число работников, получивших меру
Служебное жильё	18	2 574
Компенсация аренды жилья	16	3 184
Компенсация расходов на ЖКХ	13	26 937
Предоставление мест в детских садах	7	225
Предоставление земельных участков	3	5
Приватизация служебного жилья	6	32
Льготная ипотека	4	70

92,8%

«Земский доктор» 2025: 584 врача из 629 по плану (12 субъектов)

63,5%

Иркутская обл. — минимальное выполнение (Томская — 72,5%)

- Респ.Карелия финансирование мер соцподдержки сократилось со 105,5 до 29,2 млнруб
- Омская: нет компенсации аренды и ипотеки — программа «выполняется формально»
- Вологодская: меры получили не более 4,3% врачей
- Алтайский край нет льготной ипотеки и социального найма



МЕТОДИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СОТРУДНИКОВ НМИЦ

НА ВЫЕЗДНОМ МЕРОПРИЯТИИ В РЕГИОНЫ

Проводимые мероприятия

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

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

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

ИТОГИ 2026

Сотрудниками НМИЦ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России в ходе выездных мероприятий проведён анализ кадрового обеспечения 72 медицинских организаций в 27 субъектах, в том числе 12 — впервые.

По итогам проведены совещания с руководителями кадровых служб и экономистами медицинских организаций, даны рекомендации.

ПО СРАВНЕНИЮ С ПРЕДЫДУЩИМИ ПОСЕЩЕНИЯМИ В БОЛЬШИНСТВЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ РЕКОМЕНДАЦИИ НМИЦ ВЫПОЛНЕНЫ.

Частичное выполнение рекомендаций или сохранение кадровых проблем без положительной динамики отмечено в медицинских организациях Псковской и Калининградской областях во всех посещенных в 2025 г., в Мурманской (МОДКБ), Новгородской (Старорусская ЦРБ), Кемеровской (НГКБ № 1) областей, Республики Карелия (Сортавальская ЦРБ) и Республики Тыва (Перинатальный центр).

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

Направление предложений	Число регионов	Примеры конкретных мероприятий и сроков
Увеличение целевого набора в ординатуру по дефицитным специальностям (педиатрия, неонатология, анестезиология-реаниматология, детская хирургия)	19	Предложены квоты под стационарное звено (Республика Алтай — 2 педиатра, 1 неонатолог, 1 детский хирург с кампании 2026 г.; Челябинская — не менее 15 мест в ординатуру, по неонатологии до 10; Новосибирская — по неонатологии 10–15 мест в год)
Приведение заявок на целевое обучение в соответствие с реальной потребностью (расчёт по приказу № 974, раздельно для стационара и поликлиники)	11	Курганская область — обоснованные кадровым аудитом заявки (срок 01.08.2026); Омская, Мурманская — расчёт потребности по приказу № 974
Единая база (реестр) движения кадров, мониторинг трудоустройства и закрепления выпускников целевого обучения	17	Реестры «Движение кадров педиатрической службы» (Челябинская, Новосибирская — срок 01.09.2026), цифровой кадровый учёт с прогнозом выбытия (Алтайский край, Республика Хакасия — 01.09.2026), цифровая платформа мониторинга (г. Санкт-Петербург — I кв. 2027 г.)
Пересмотр штатных расписаний и нормативов (участковая служба, стационары), ликвидация «бумажных» ставок	17	Поэтапное введение ставок участковых до норматива (Кемеровская — до 2027 г., Челябинская — 2027–2029 гг.); восстановление 6 ставок участковых в ДГБ г. Первоуральска; ревизия штатов с целевыми значениями занятых ставок 90–95% (Республика Хакасия)
Меры социальной поддержки: жильё, выплаты, надбавки врачам стационаров	17	Выплаты за переход в стационар и за наставничество (Челябинская), стимулирующие выплаты врачам стационаров (г. Санкт-Петербург), надбавки не менее 30% (ГБ № 2 г. Миасса)
Наставничество, в том числе «серебряное», программы адаптации молодых специалистов	12	Положение о наставничестве (Республика Коми), региональная программа «Наставничество и адаптация» (Тюменская — 01.08.2026)
План замещения врачей пенсионного возраста, ежегодный прогноз выбытия	12	Пятилетние планы замещения (Томская, Омская области, г. Санкт-Петербург)
Повышение квалификации и стажировки на базе ФГБОУ ВО СПбГПМУ, выездные циклы	9	Стажировки в НМИЦ (Иркутская, Республика Карелия), выездные циклы повышения квалификации (Республика Алтай), целевая ординатура по соглашению с СПбГПМУ (Псковская — до 15 мест в год)
Профориентация, медицинские классы	8	Медицинские классы для сельских школьников (Курганская), расширение профориентации (Новосибирская, Свердловская)

АНАЛИЗ РЕАЛИЗАЦИИ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАДРОВОЙ СИТУАЦИИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Анализ реализации предложений прошлых лет показывает, что во всех регионах действуют региональные проекты «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами».

В большинстве посещённых повторно медицинских организаций рекомендации НМИЦ выполнены; вместе с тем по-прежнему не решены задачи мониторинга движения кадров и закрепления выпускников целевого обучения, а также приведения штатов участковой службы к нормативу.



РЕЕСТРЫ ДВИЖЕНИЯ КАДРОВ
ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ
НОВОСИБИРСКАЯ ОБЛАСТЬ

ЦИФРОВОЙ КАДРОВЫЙ УЧЁТ
АЛТАЙСКИЙ КРАЙ
РЕСПУБЛИКА ХАКАСИЯ

ПЛАТФОРМА МОНИТОРИНГА ДВИЖЕНИЯ КАДРОВОГО СОСТАВА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

СТАВКИ УЧАСТКОВЫХ ДО НОРМАТИВА
КЕМЕРОВСКАЯ ОБЛАСТЬ
ЧЕЛЯБИНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

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

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

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

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

прием/выпуск в 2025 и 2026 гг.

2025

ПРИЕМ **78** человек по программе «педиатрия» / **820** ординаторов всего

ВЫПУСК **62** человека по программе «педиатрия» / **525** ординаторов всего

2026

72 человек по программе «педиатрия» ПРИНЯТО / **972** ординаторов всего

ВЫПУСК **60** человек по программе «педиатрия» / **695** ординаторов всего

Проводится научная работа в аспирантуре по группе научных специальностей:

3.1- КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА ПО НАУЧНОЙ СПЕЦИАЛЬНОСТИ

3.1.21-ПЕДИАТРИЯ:

- Изолированные и синдромальные формы наследственных кистозных болезней почек в детском возрасте: клинический фенотип и генотип, почечная функция и выживаемость.
- Роль микробиома в гомеокинезе системы "Мать-Плацента-Плод-Новорожденный": профилактика, предикция, персонификация перинатальных осложнений.
- Характеристика мукополисахаридозов на основании данных российского регистра пациентов, эпидемиология, алгоритмы диагностики и оценка эффективности терапии.
- Современная структура и клинические особенности панкреатитов у детей.
- Клинические и генетические особенности экзогенно-конституционального ожирения 3-4 степени у подростков. Персонифицированный подход к лечению.
- Клинико-диагностическое и прогностическое значение перенесенной гипоксии в перинатальном периоде развития у детей с хронической соматической патологией.
- Клинико-диагностические маркеры метаболического синдрома; их прогностическое значение в разных возрастных группах.
- Этиопатогенетические и клинические особенности поражения верхних отделов желудочно-кишечного тракта у детей с бронхиальной астмой, атопическим дерматитом.
- Прогностическая роль материнского ожирения для здоровья и развития детей первого года жизни.
- Клинико-лабораторные критерии диагностики, лечения и прогнозирования клебсиелезной генерализованной инфекции у доношенных и недоношенных новорожденных детей.
- Нутритивный статус подростков с хроническим гастритом на фоне дисплазии соединительной ткани.
- Состояние слизистой оболочки пищевода у детей с коморбидной патологией: HP ассоциированнымхроническим гастритом и атопическим дерматотитом.
- Нутритивная поддержка детей с синдромом последствий интенсивной терапии.
- Особенности течения коморбидных заболеваний и вакцинопрофилактики у детей на иммуносупрессивной терапии.
- Клинико-генетические особенности редких наследственных тубулопатий и синдромов с нефрокальцинозом (ORPHA).
- Уровень пассивного иммунитета к инфекциям, управляемым средствами специфической профилактики (столбняк, коклюш, корь) среди новорожденных и их матерей.
- Рост и развитие детей первого года жизни, рожденных от матерей с ожирением.
- Клинико-морфологическая характеристика слизистой оболочки пищевода у детей при хеликобактериозе.
- Клининко-лабораторные и молекулярно-биологические предикторы нарушений нутритивного статуса у детей с муковисицидозом.
- Клинико-лабораторные особенности постинфекционного синдрома раздраженного кишечника у детей, перенесших лямблиоз.
- Резистентность к ТТГ и тиреоидным гормонам у детей - клинические и лабораторные характеристики.
- Филаггрин - ассоциированные механизмы нарушения барьерной функции пищевода у пациентов с пищевой аллергией при эозинофильном эзофагите.
- Особенности течения и исходы гипогликемий у детей раннего возраста.
- Использование цифровых технологий в амбулаторной практике врача-педиатра.
- Типологическое особенности , компетентный состав тела и репродуктивное здоровье девушек подросткового и юношесткого возраста.
- Влияние ингибиторов ароматазы на рост и качество жизни мальчиков-подростков с идиопатической низкорослостью.
- Персонифицированное прогнозирование задержки внутриутробного развития и обоснование этапов постнатальной нутритивной коррекции.

- Тактика персонализированного подхода для пациентов с увеитами, ассоциированными с ювенильным идиопатическим артритом.
- Особенности клинического фенотипа и генотипа, почечного прогноза изолированных и синдромальных наследственного нефротического синдрома и наследственного синдрома Alport у педиатрических пациентов.
- Нутритивный статус воспитанников детского дома социального обслуживания.
- Диагностика и лечение ювениального идиопатического артрита с увеитом: мультидисциплинарный подход.
- Профилактика и коррекция недостаточности питания гастростомированного пациента в педиатрической практике.

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

Проводится первичная переподготовка и повышение квалификации специалистов по педиатрическому профилю :

1 Интенсивная терапия осложнений сахарного диабета у детей

2 Современные методы исследования речи

3 Нефрология детского возраста

4 Вакцинопрофилактика детей и взрослых

5 Пневмония у детей, лечение в условиях антибиотикорезистентности

6 Рациональная антибиотикотерапия

7 Современные подходы к организации питания детей первого года. Формирование пищевого поведения.

В 2026 году проведены 12 научно-практических мероприятий с применением телемедицинских технологий.

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

3. Международное сотрудничество

В 2026 году Педиатрический университет продолжил работу по сотрудничеству в сфере здравоохранения с ведущими зарубежными медицинскими высшими учебными заведениями, научно-исследовательскими организациями и специализированными научно-практическими медицинскими центрами.

Развивается сотрудничество с ведущими медицинскими вузами Азербайджана, Армении, Беларуси, Вьетнама, Доминиканской Республики, Казахстана, Кыргызстана, Китая, Индии, Ирана, Ирака, Саудовской Аравии, Сербии, Таджикистана, Турции, Узбекистана, ЮАР и других стран. На сентябрь 2026 года сотрудничество с зарубежными партнерами реализуется в 42 двусторонних соглашениях различного типа о сотрудничестве в области образования, науки, медицины.

Новые соглашения о сотрудничестве в 2026 г.:

- Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь
- Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка, Беларусь
- Автономный университет Санто-Доминго, Доминиканская Республика
- Кыргызский национальный университет им. Ж. Баласагына, Кыргызстан
- Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан
- Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

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

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СОТРУДНИЧЕСТВА СО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ЦЕНТРАМИ

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

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

ПОСЕЩЕНИЕ УНИВЕРСИТЕТСКИХ СТРУКТУР ДЕЛЕГАТАМИ ВЫСШЕГО УРОВНЯ

Университет, Клинику и Перинатальный центр с целью развития сотрудничества посещают делегации высокого уровня. В 2026 году Университет принимал делегации Многопрофильной больницы Хонг Нгок – Фук Чыонг Минь, Вьетнам; китайского государственного многопрофильного конгломерата корпорация «Сямынь», КНР; Министерства здравоохранения Республики Узбекистан; ряда организаций высшего образования Беларуси, Кыргызстана, Узбекистана и других стран; научно-практических медицинских центров; Генеральных консульств в Санкт-Петербурге.

ПАРТНЕРСТВО С ВЕДУЩИМИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИМИ ЦЕНТРАМИ

Развивается сотрудничество с республиканскими специализированными научно-практическими медицинскими центрами Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, такими как РСНПМЦ Педиатрии, РСНПМЦ Здоровья матери и ребенка, Республиканским перинатальным центром, РСНПМЦ эпидемиологии, микробиологии, инфекционных заболеваний, РСНПМЦ нефрологии; с государственным учреждением Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Беларусь; Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, Беларусь; Научным центром педиатрии и детской хирургии г. Алматы, Костанайской детской клинической больницей, Казахстан; и другими учреждениями.

КЛЮЧЕВЫЕ НАУЧНЫЕ ПРОЕКТЫ

Университет готов к расширению взаимодействия с международными партнёрами по проектам, представляющим взаимный интерес, по конкретным направлениям прикладных и фундаментальных исследований, в которых координация усилий и обмен опытом принесут наибольшие результаты.

Среди научных проектов с международным участием:

1. СПбГПМУ совместно с Центральным Южным университетом, Чанша, КНР, реализует проект «Новые генетические детерминанты аутизма у пациентов из России и Китая», поддержанный грантом Российского научного фонда (РНФ) и Государственного фонда естественных наук Китая.
2. Развитие учебно-методического, образовательного, научного сотрудничества врачей и преподавателей Педиатрического университета с китайскими коллегами в области реабилитологии и рефлексотерапии (Пекинским университетом традиционной китайской медицины, Шэньсийского университета традиционной китайской медицины, с Университетом традиционной китайской медицины Гуанси, КНР; и др.).
3. Сотрудничество с Чунцинским медицинским университетом, Чунцин, КНР, по тематике изучения противоопухолевой активности новых фармакологических субстанций в отношении клеток глиобластомы человека.
4. Многоцентровое сотрудничество с иностранными коллегами из КНР, Саудовской Аравии, Вьетнама и других стран по проекту по системным аутовоспалительным заболеваниям; генетическим основам аутоиммунных и аутовоспалительных заболеваний; по детской ревматологии, в том числе в рамках педиатрической группы Азиатско-Тихоокеанской лиги ревматологических ассоциаций (APLAR).

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОТРУДНИЧЕСТВА СО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ЦЕНТРАМИ

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

Представители Педиатрического университета – ректор, проректоры, профессора, заведующие кафедрами, сотрудники университета и Клиники, - представляют Университет на международных медицинских, научных и образовательных мероприятиях высокого уровня в разных странах мира, входят в состав официальных делегаций Министерства здравоохранения России, Правительства Санкт-Петербурга.

Среди зарубежных партнеров Педиатрического университета по соглашениям о сотрудничестве в области науки и образования более 40 ведущих научно-образовательных и медицинских учреждений. Реализуется более 20 совместных образовательных программ с иностранными вузами.

Сотрудники Университета и Клиники представляют свои научные и научно-практические результаты на ключевых международных мероприятиях, конференциях. Медицинские специалисты Перинатального центра и Клиники СПбГПМУ выезжали с целью проведения мастер-классов, стажировок, продвижения лучших российских практик и достижений *в страны СНГ, БРИКС, а также в другие страны мира.*

В феврале 2026 г. СПбГПМУ совместно с Представительством МИД в Санкт-Петербурге организовал встречу аккредитованного в Санкт-Петербурге консульского корпуса в Университете по вопросам обсуждения медицинского обеспечения детей дипломатов в Санкт-Петербурге, взаимодействия в подготовке иностранных специалистов.

Ежегодно ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России проводит одно из главных мировых мероприятий в области медицины, педиатрии, неонатологии, детской хирургии, организации здравоохранения и медицинского образования, - Национальный конгресс с международным участием «Здоровые дети – будущее страны», который собирает более 2500 участников из 11 стран и более 80 городов России. 28-29 мая 2026 г. в Санкт-Петербурге состоялся X национальный конгресс с международным участием «Здоровые дети – будущее страны».

Календарь международных мероприятий, в которых приняли участие сотрудники НМИЦ в 2026 году

№ п/п	Наименование мероприятия	Место проведения мероприятия	Сроки проведения
1	X национальный конгресс с международным участием «Здоровые дети – будущее страны»	Россия, Санкт-Петербург	28.05.2026 – 29.05.2026
2	Невские горизонты 2026. Всероссийская научная конференция офтальмологов с международным участием	Россия, Санкт-Петербург	24.04.2026 – 25.04.2026
3	Конференция "Новый прямой ингибитор ИЛ-6 олокизумаб - новаторский подход к лечению ревматоидного артрита"	Вьетнам, Ханой	08.04.2026 - 12.04.2026
4	Международная научно-практическая конференция "Весенняя сессия гепатологической школы в Узбекистане - 2026"	Узбекистан, Ташкент	21.04.2026 - 25.04.2026
5	XV Съезд онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии	Беларусь, Минск	22.04.2026 -24.04.2026
6	3-й Конгресс по семейной средиземноморской лихорадке	Турция, Стамбул	07.05.2026 - 10.05.2026
7	Мероприятие госпитальной педиатрии в УО "Гродненский государственный медицинский университет"	Беларусь, Гродно	20.05.2026 - 23.05.2026
8	Всероссийский конгресс ординаторов медицинских ВУЗов (с международным участием)	Россия, Санкт-Петербург	28.05.2026 – 29.05.2026
9	37-й Международный конгресс по аудиологии	Республика Корея, Сеул	22.05.2026 - 27.05.2026

№ п/п	Наименование мероприятия	Место проведения мероприятия	Сроки проведения
12	Конференция "Медицинская реабилитация: достижения и перспективы"	Узбекистан, Самарканд	02.06.2026 - 06.06.2026
13	Республиканская конференция "Клинический опыт и образовательные технологии: диалог поколений в оториноларингологии"	Беларусь, Гродно	10.06.2026 - 15.06.2026
14	"Международный конгресс Национального детского медицинского центра республики Узбекистан	Узбекистан, Нукус	11.06.2026 - 15.06.2026
15	Международный конгресс по детской ревматологии	КНР, Хух-Хото	26.08.2026 – 31.08.2026
16	IV Гомельский международный конгресс «Инфекционные болезни, микробиология, иммунология»	Беларусь, Гомель	24.09.2026 – 25.09.2026
17	Европейский конгресс детских ревматологов	Сербия, Белград	14.09.2026 – 19.09.2026
18	Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы анестезиологии и интенсивной терапии»	Казахстан, Алматы	25.09.2026 – 26.09.2026
19	Научная конференция Российско-Китайской ассоциации медицинских университетов	КНР, Шанхай	28.09.2026 – 30.09.2026
20	Международная конференция по отохирургии	Индия, Амритсар	07.10.2026 – 12.10.2026



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

ПЕРЕЧЕНЬ АКТУАЛИЗИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПРОФИЛЮ НМИЦ ЗА ТЕКУЩИЙ ГОД

1. ПРОКСИМАЛЬНАЯ СПИНАЛЬНАЯ МЫШЕЧНАЯ АТРОФИЯ 5Q ID:593_4

Гузева Валентина Ивановна — невролог, заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, член-корреспондент Российской Академии Естествознания, Главный внештатный специалист МЗ РФ, доктор мед. наук, профессор;
Суслов Василий Михайлович — невролог, ассистент кафедры реабилитологии ФП и ДПО, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России.

2. ЦЕЛИАКИЯ ID: 404_2

Корниенко Елена Александровна – д.м.н., проф. заведующая кафедрой гастроэнтерологии ФП и ДПО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ), г. Санкт-Петербург, член Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGHAN).
Ревнова Мария Олеговна – д.м.н., проф. заведующая кафедрой поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ) Минздрава России, член Европейского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов (ESPGHAN).

3. ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ ДЮШЕННА. ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ МЫШЕЧНАЯ ДИСТРОФИЯ БЕККЕРА ID:773_2

Гузева Валентина Ивановна — заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, главный внештатный детский специалист невролог МЗ РФ, заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Гузева Виктория Валентиновна — д.м.н., профессор, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Гузева Оксана Валентиновна — д.м.н., профессор, профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Суслов Василий Михайлович — к.м.н., доцент кафедры реабилитологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России.

4. ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМ ID: 1047_1

Дитковская Лилия Викторовна – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры детских болезней им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО, врач-детский эндокринолог клиники ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России.

5. ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК У НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ ID: 1043_1

Савенкова Надежда Дмитриевна – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой факультетской педиатрии ФГОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, председатель правления МОО «Ассоциация педиатров-нефрологов имени проф. А.В. Папаяна», член президиума МОО «Творческое объединение детских нефрологов», член The European Society for Paediatric Nephrology (ESPN), The International Pediatric Nephrology Association (IPNA).

6. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА (БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ) ID: 1041_1

Гузева Валентина Ивановна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный внештатный детский специалист невролог Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

7. КЛЕЩЕВОЙ ВИРУСНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ У ДЕТЕЙ ID: 1031_1

Лобзин Юрий Владимирович — Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук профессор, академик РАН, Почетный Президент ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России, заведующий кафедрой инфекционных болезней СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Президент Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням, заместитель Председателя национального научного общества инфекционистов, Председатель правления Ассоциации врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.
Скрипченко Наталья Викторовна — Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук профессор, заведующая кафедрой инфекционных заболеваний у детей Факультета последипломного и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета, член национального научного общества инфекционистов, член Правления Всероссийской ассоциации неврологов, член Правления Санкт- Петербургского отделения Союза педиатров России; Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням; Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.
Скрипченко Елена Юрьевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая научно исследовательским отделом нейроинфекций и органической патологии нервной системы Федерального государственного бюджетного учреждения ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России, профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета последипломного и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета Министерства Здравоохранения РФ, член Ассоциации неврологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, член МАВРС, член Всероссийского общества неврологов.
Вильниц Алла Ароновна — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник научно-исследовательским отделом вакцинопрофилактики и поствакцинальной патологии ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России, доцент кафедры инфекционных заболеваний у детей Факультета последипломного и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета, член национального научного общества инфекционистов; Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням; Ассоциация врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.
Иванова Галина Петровна — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник научно-исследовательского отдела нейроинфекций и органической патологии нервной системы ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России, профессор кафедры инфекционных заболеваний у детей Факультета последипломного и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета, член Ассоциации неврологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, член Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням, член Всероссийского общества неврологов.

8. КОКЛЮШ У ДЕТЕЙ ID: 1023_1

Лобзин Юрий Владимирович — Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук профессор, академик РАН, Почетный Президент ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России, заведующий кафедрой инфекционных болезней СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Президент Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням, заместитель Председателя национального научного общества инфекционистов, Председатель правления Ассоциации врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.
Харит Сусанна Михайловна — профессор кафедры инфекционных заболеваний у детей ФП и ДПО Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета, доктор медицинских наук, главный внештатный специалист по вакцинопрофилактике детей КЗ СПб.

9. СИСТЕМНЫЙ СКЛЕРОЗ ID: 1005_1

Костик Михаил Михайлович — д.м.н. профессор, и.о. заведующего кафедрой госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный детский специалист-ревматолог Министерства здравоохранения РФ в Северо-Западном федеральном округе и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

10. ВИРУСНЫЕ МЕНИНГИТЫ У ДЕТЕЙ ID: 995_1

Лобзин Юрий Владимирович — Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук профессор, академик РАН, Почетный Президент ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России, заведующий кафедрой инфекционных болезней СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Президент Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням, заместитель Председателя национального научного общества инфекционистов, Председатель правления Ассоциации врачей-инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.
Скрипченко Наталья Викторовна — Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук профессор, заведующая кафедрой инфекционных заболеваний у детей Факультета последипломного и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета, член национального научного общества инфекционистов, член Правления Всероссийской ассоциации неврологов, член Правления Санкт- Петербургского отделения Союза педиатров России; Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням; Ассоциация врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.
Скрипченко Елена Юрьевна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая научно исследовательским отделом нейроинфекций и органической патологии нервной системы Федерального государственного бюджетного учреждения ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России, профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета последипломного и дополнительного профессионального образования Санкт-Петербургского Государственного Педиатрического Медицинского Университета Министерства Здравоохранения РФ, член Ассоциации неврологов Санкт-Петербурга и Ленинградской области, член МАВРС, член Всероссийского общества неврологов.

11. ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ СЛЁЗООТВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ID: 987_1

Бржеский Владимир Всеволодович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой офтальмологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Общероссийской общественной организации «Общество офтальмологов России», Общероссийской общественной организации «Ассоциация врачей-офтальмологов».

12. ИНФЕКЦИЯ, СПЕЦИФИЧНАЯ ДЛЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ID: 978_1

Зеленин Назар Мартович – заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей перинатального центра ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава РФ.
Иванов Дмитрий Олегович – д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава, заведующий кафедрой неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО, главный неонатолог Минздрава России РФ.
Мызникова Ирина Владимировна – заведующая отделением патологии новорожденных и детей раннего возраста перинатального центра ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава РФ, ассистент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО.
Левaднева Марина Ивановна – заведующая отделением физиологии новорожденных перинатального центра ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава РФ, ассистент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО.
Набиева Анна Сергеевна – к.м.н., заведующий эпидемиологическим отделом ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава РФ.
Панченко Александра Сергеевна – д.м.н., профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава РФ.
Федорова Лариса Арзумановна – к.м.н., доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава РФ.
Романова Лариса Андреевна – к.м.н., доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава РФ.
Чумакова Галина Николаевна – д.м.н., профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава РФ.
Яковлева Екатерина Евгеньевна – к.м.н., заведующая отделением клинической фармакологии, доцент кафедры фармакологии с курсом клинической фармакологии и фармакоэкономики ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава РФ.
Павлова Светлана Евгеньевна – ассистент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава РФ.

13. ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ С (ОГС) У ДЕТЕЙ ID: 57_3

Лобзин Юрий Владимирович — академик РАН, д.м.н., профессор, почетный президент ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России. Председатель «Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням.

14. СРЫГИВАНИЕ И РУМИНАЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ID: 962_1

Иванов Дмитрий Олегович – доктор медицинских наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, заведующий кафедрой неонатологии с курсами неврологии и акушерства-

гинекологии факультета послевузовского образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, главный внештатный специалист неонатолог Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Завьялова Анна Никитична – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.
Лаптиев Сергей Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей и медицинской генетики ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.
Новикова Валерия Павловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, заведующая лабораторией Медико-социальных проблем педиатрии НМИЦ ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов.
Федорова Лариса Арзумановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского образования, ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

15. ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ В (ОГВ) У ДЕТЕЙ ID: 488_3

Лобзин Юрий Владимирович — академик РАН, д.м.н., профессор, почетный президент ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России. Председатель «Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням.

16. СЕПСИС ID: 953_1

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

17. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСПЕПСИЯ У ДЕТЕЙ ID: 952_1

Завьялова Анна Никитична – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, член Союза педиатров России, член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов Член Союза педиатров России.
Корниенко Елена Александровна – д.м.н., профессор кафедры детских болезней им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России. Главный внештатный детский гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. Член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Член Союза педиатров России.

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

18. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ ID: 950_1

Завьялова Анна Никитична – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.
Иванов Дмитрий Олегович – доктор медицинских наук, профессор, ректор ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, заведующий кафедрой неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Российской Федерации по неонатологии.
Новикова Валерия Павловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, заведующая лабораторией Медико-социальных проблем педиатрии НМИЦ ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов.
Панченко Александра Сергеевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского образования, ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.
Приворотский Валерий Феликсович – доктор медицинских наук, профессор кафедры детских болезней им. проф. И.М. Воронцова, ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов.
Федорова Лариса Арзумановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского образования, ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

18. ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ ID: 402_2

Корниенко Елена Александровна – д.м.н., профессор кафедры детских болезней им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО ФГБОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России. Главный внештатный детский гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. Член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Член Союза педиатров России.
Новикова Валерия Павловна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, заведующая лабораторией Медико-социальных проблем педиатрии НИЦ ФГОУ ВО «СПбГПМУ» Минздрава России, член Союза педиатров России, член Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов.

19. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АОРТОАРТЕРИИТ ID: 479_2

Костик Михаил Михайлович — д.м.н. профессор, и.о. заведующего кафедрой госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный детский специалист-ревматолог Министерства здравоохранения РФ в Северо-Западном федеральном округе и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

20. РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ ID: 943_1

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

21. РЕАКТИВНЫЙ АРТРИТ ID: 942_1

Костик Михаил Михайлович — д.м.н. профессор, и.о. заведующего кафедрой госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный детский специалист-ревматолог Министерства здравоохранения РФ в Северо-Западном федеральном округе и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

22. ТРАВМА СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ ID: 938_1

Подкаменев Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, Член ассоциации Российской ассоциации детских хирургов (РАДХ). Доктор медицинских наук. Доцент кафедры хирургических болезней детского возраста им. Г.А. Баирова СПбГПМУ.

23. КЕФАЛГЕМАТОМА ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ ID: 935_1

Иванов Дмитрий Олегович – д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, главный внештатный специалист неонатолог Минздрава России.
Минин Алексей Владимирович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства гинекологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.
Пальчик Александр Бейнусович – доктор медицинских наук, профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства гинекологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.
Понятишин Андрей Евстахиевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства гинекологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.
Фомина Мария Юрьевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства гинекологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

24. ГРИПП ID: 249_2

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н., академик РАН, президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения и ФМБА России по инфекционным болезням у детей, президент МОО «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням».
Харит Сусанна Михайловна – д.м.н., заведующий НИО вакцинопрофилактики и поствакцинальной патологии ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА, главный внештатный специалист по вакцинопрофилактике Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.
Тимченко Владимир Николаевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней ФГБУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный специалист Северо-Западного федерального округа по инфекционным болезням у детей.

25. ВИРУСНЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ (ГАСТРОЭНТЕРИТЫ) У ДЕТЕЙ ID:925_1

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

26. ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ В (ХГВ) У ДЕТЕЙ ID: 923_1

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

27. ВРОЖДЕННАЯ КАТАРАКТА ID: 108_2

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

28. СЕПСИС НОВОРОЖДЁННЫХ ID: 912_1

Александрович Юрий Станиславович – доктор медицинских наук, профессор, главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог СЗФО Минздрава России, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, член Ассоциации детских анестезиологов-реаниматологов России.
Завьялова Анна Никитична – доктор медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, врач-диетолог Клиники ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.
Иванов Дмитрий Олегович – д.м.н., профессор, ректор ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения России, заведующий кафедрой неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии

ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, главный внештатный неонатолог Министерства здравоохранения Российской Федерации.
Лисица Иван Александрович – ассистент кафедры общей медицинской практики ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России.
Пшениснов Константин Викторович – доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения России, член Ассоциации детских анестезиологов-реаниматологов России.
Фёдорова Лариса Арзумановна – к.м.н., доцент кафедры неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения России.

29. Юношеский артрит ID: 477_2

Костик Михаил Михайлович — д.м.н. профессор, и.о. заведующего кафедрой госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный детский специалист-ревматолог Министерства здравоохранения РФ в Северо-Западном федеральном округе и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

30. Нейросенсорная тугоухость у детей ID: 22_3

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

31. Юношеский артрит с системным началом ID:26_4

Костик Михаил Михайлович — д.м.н. профессор, и.о. заведующего кафедрой госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный детский специалист-ревматолог Министерства здравоохранения РФ в Северо-Западном федеральном округе и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

32. Язвенный колит ID: 391_3

Корниенко Елена Александровна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой гастроэнтерологии ФП и ДПО (Факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования) Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ), главный детский гастроэнтеролог и эндоскопист Санкт-Петербурга.
Габрусская Татьяна Викторовна — к.м.н., член Союза педиатров России.

Новикова Валерия Павловна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней, заведующая лабораторией медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.
Подкаменев Алексей Владимирович — д.м.н., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, доцент/проф. кафедры хирургических болезней детского возраста им. академика Г.А. Баирова).
Ревнова Мария Олеговна — д.м.н., профессор, член Союза педиатров России.
Ткаченко Михаил Арнольдович — к.м.н., педиатр, гастроэнтеролог, главный внештатный гастроэнтеролог Комитета по Здравоохранению Ленинградской области, доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.
Филиппов Дмитрий Владимирович — к.м.н., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, доцент кафедры хирургических болезней детского возраста им. академика Г.А. Баирова).

33. Острый бронхиолит ID: 360_3

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

34. Болезнь Крона ID: 682_2

Габрусская Татьяна Викторовна — к.м.н., член Союза педиатров России (участие в исходной версии документа).
Корниенко Елена Александровна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой гастроэнтерологии ФП и ДПО (Факультета послевузовского и дополнительного профессионального образования) Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ), главный детский гастроэнтеролог и эндоскопист г. Санкт-Петербург.
Новикова Валерия Павловна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней, заведующая лабораторией медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.
Подкаменев Алексей Владимирович — д.м.н., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, доцент/проф. кафедры хирургических болезней детского возраста им. академика Г.А. Баирова, главный внештатный специалист детский хирург Минздрава России.
Ткаченко Михаил Арнольдович — к.м.н., педиатр, гастроэнтеролог, главный внештатный гастроэнтеролог Комитета по Здравоохранению Ленинградской области, доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура ФГБОУ СПбГПМУ Минздрава России.
Филиппов Дмитрий Владимирович — к.м.н., ФГБОУ СПбГПМУ Минздрава России, доцент кафедры хирургических болезней детского возраста им. академика Г.А. Баирова.

35. Бронхит ID: 381_3

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

36. Гастрит и дуоденит у детей ID: 837_1

Новикова Валерия Павловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, заведующая лабораторией Медико-социальных проблем педиатрии НИЦ ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Союза педиатров России, член Российского общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов.
Завьялова Анна Никитична – доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода ФГОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член Союза педиатров России, член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов Член Союза педиатров России.
Корниенко Елена Александровна – д.м.н., профессор кафедры детских болезней им. профессора И. М. Воронцова ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России. Главный внештатный детский гастроэнтеролог Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов Член Союза педиатров России.
Богданова Наталья Михайловна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми ФГОУ ВО СПбГПМУ, Минздрава России, член Общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, член союза педиатров России.

37. Желчнокаменная болезнь ID:580_3

Новикова В.П. – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней, заведующая лабораторией медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.
Подкаменев А.В. - д.м.н., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, доцент/проф. кафедры хирургических болезней детского возраста им. академика Г.А. Баирова.
Ткаченко М.А., к.м.н., педиатр, гастроэнтеролог, главный внештатный гастроэнтеролог Комитета по Здравоохранению Ленинградской области, доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

38. Грыжи передней брюшной стенки ID:828_1

Подкаменев Алексей Владимирович – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней детского возраста им. акад. Г.А. Баирова, СПбГПМУ, член рабочей группы.

39. Норовирусный гастроэнтерит у детей ID:825_1

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

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

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н, профессор, академик РАН, Президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, Президент Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням; Ассоциации врачей инфекционистов Санкт-Петербурга и Ленинградской области.
Ткаченко Михаил Арнольдович — к.м.н., педиатр, гастроэнтеролог, главный внештатный гастроэнтеролог Комитета по Здравоохранению Ленинградской области, доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

41. Сальмонеллез у детей ID: 703_2

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

42. Врожденная глаукома ID: 112_2

Бржеский Владимир Всеволодович – заведующий кафедрой офтальмологии, ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, профессор, д.м.н., Санкт-Петербург.
Садовникова Наталия Николаевна – заведующая офтальмологическим отделением клиники ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ», к.м.н., доцент. Санкт-Петербург.

43. Вторичная глаукома ID:818_1

Бржеский Владимир Всеволодович – заведующий кафедрой офтальмологии, ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ, профессор, д.м.н., Санкт-Петербург.
Садовникова Наталия Николаевна – заведующая офтальмологическим отделением клиники ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава РФ», к.м.н., доцент. Санкт-Петербург.

44. Мигрень ID: 169_2

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

Гузева Виктория Валентиновна — д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.
Гузева Оксана Валентиновна — д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.
Охрим Инна Владимировна — к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

45. Головная боль напряжения ID: 810_1

Гузева Валентина Ивановна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Главный внештатный детский специалист невролог МЗ РФ.
Гузева Виктория Валентиновна — д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.
Гузева Оксана Валентиновна — д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.
Охрим Инна Владимировна — к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

46. Системная красная волчанка ID: 606_3

Костик Михаил Михайлович — д.м.н. профессор, и.о. заведующего кафедрой госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ, главный внештатный детский специалист-ревматолог Министерства здравоохранения РФ в Северо-Западном федеральном округе и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

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

Гузева Валентина Ивановна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Главный внештатный детский специалист невролог МЗ РФ.
Гузева Виктория Валентиновна — д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.
Гузева Оксана Валентиновна — д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.
Охрим Инна Владимировна — к.м.н., доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики ФГБОУ ВО СПбГПМУ.

48.Ботулизм у детей ID: 697_2

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

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

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

Подкаменев Алексей Владимирович — д.м.н., Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, доцент/проф. кафедры хирургических болезней детского возраста им. академика Г.А. Баирова.
Гурова Маргарита Михайловна — доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник лаборатории медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.
Новикова Валерия Павловна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики детских болезней, заведующая лабораторией медико-социальных проблем в педиатрии НИЦ Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.
Ткаченко Михаил Арнольдович — к.м.н., педиатр, гастроэнтеролог, главный внештатный гастроэнтеролог Комитета по Здравоохранению Ленинградской области, доцент кафедры поликлинической педиатрии имени академика А.Ф. Тура Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

50. Бронхолегочная дисплазия ID: 377_2

Иванов Дмитрий Олегович — профессор, д.м.н., ректор ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Главный неонатолог Минздрава России, член Правления Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины, член Союза педиатров России, Европейской ассоциации перинатальной медицины.

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

Костик Михаил Михайлович — д.м.н. профессор, и.о. заведующего кафедрой госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, главный внештатный детский специалист-ревматолог Министерства здравоохранения РФ в Северо-Западном федеральном округе и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

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

Костик Михаил Михайлович — д.м.н. профессор, и.о. заведующего кафедрой госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, главный внештатный детский специалист-ревматолог Министерства здравоохранения РФ в Северо-Западном федеральном округе и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

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

Костик Михаил Михайлович — д.м.н. профессор, и.о. заведующего кафедрой госпитальной педиатрии ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ, главный внештатный детский специалист-ревматолог Министерства здравоохранения РФ в Северо-Западном федеральном округе и Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

54. Ротавирусный гастроэнтерит у детей ID: 755_1

Лобзин Юрий Владимирович – д.м.н., академик РАН, президент ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА, главный внештатный специалист Министерства здравоохранения и ФМБА России по инфекционным болезням у детей, президент МОО «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням».
Харит Сусанна Михайловна – д.м.н., заведующий НИО вакцинопрофилактики и поствакцинальной патологии ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА, главный внештатный специалист по вакцинопрофилактике Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

55. Менингококковая инфекция у детей ID: 58_2

Лобзин Юрий Владимирович — Заслуженный деятель науки Российской Федерации, академик РАН, д.м.н., профессор, почетный президент ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России. Председатель «Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням.
Скрипченко Наталья Викторовна — Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор медицинских наук профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, заведующая кафедрой инфекционных заболеваний у детей ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, член национального научного общества инфекционистов, член Правления Всероссийской ассоциации неврологов, член Правления Санкт-Петербургского отделения Союза педиатров России.
Харит Сусанна Михайловна — доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, профессор кафедры инфекционных заболеваний у детей ФП и ДПО СПбГПМУ, член национального научного общества инфекционистов.
Вильниц Алла Ароновна — доктор медицинских наук, заведующая научно-исследовательским отделом интенсивной терапии неотложных состояний, старший научный сотрудник отдела нейроинфекций и органической патологии нервной системы ФГБУ ДНКЦИБ ФМБА России, главный детский аллерголог -иммунолог Минздрава России в СЗФО РФ.

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

Лобзин Юрий Владимирович — академик РАН, д.м.н., профессор, почетный президент ФГБУ ФНКЦИБ ФМБА России. Председатель «Евро-Азиатского общества по инфекционным болезням.

Новик Геннадий Айзикович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой Детских болезней им. профессора И. М. Воронцова ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, вице-Президент Союза педиатров России, главный детский аллерголог -иммунолог Минздрава России в Северо-Западном федеральном округе РФ.

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

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

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

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

Реализована автоматизация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

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

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

За 2021-2026 год была проведена оценка эффективности организационной деятельности в медицинских организациях, в том числе организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

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

С учетом требований по оценке, в соответствии с Методическими рекомендациями, систему контроля качества медицинской помощи можно считать внедренной в случае, если медицинская организация получила 100% (10 баллов) по обязательным критериям.

За период 2025-2026 году 30% якорных медицинских организаций по профилю «педиатрия» *продемонстрировали положительную динамику показателя внедрения системы контроля качества медицинской помощи по основным критериям,* ***70% отсутствие динамики по основным критериям.***

При анализе динамики по дополнительным показателям **18,5% субъектов имели положительную динамику**, **81,5% субъектов не демонстрировали** существенной динамики. *В Херсонской и Запорожской областях отмечена положительная динамика как по основным, так и по дополнительным критериям. Сотрудниками ФГБОУ ВО СПбГПМУ ведется работа по разработке и внедрению локальных нормативно-правовых актов в медицинские организации, оказывающие помощь детскому населению.*

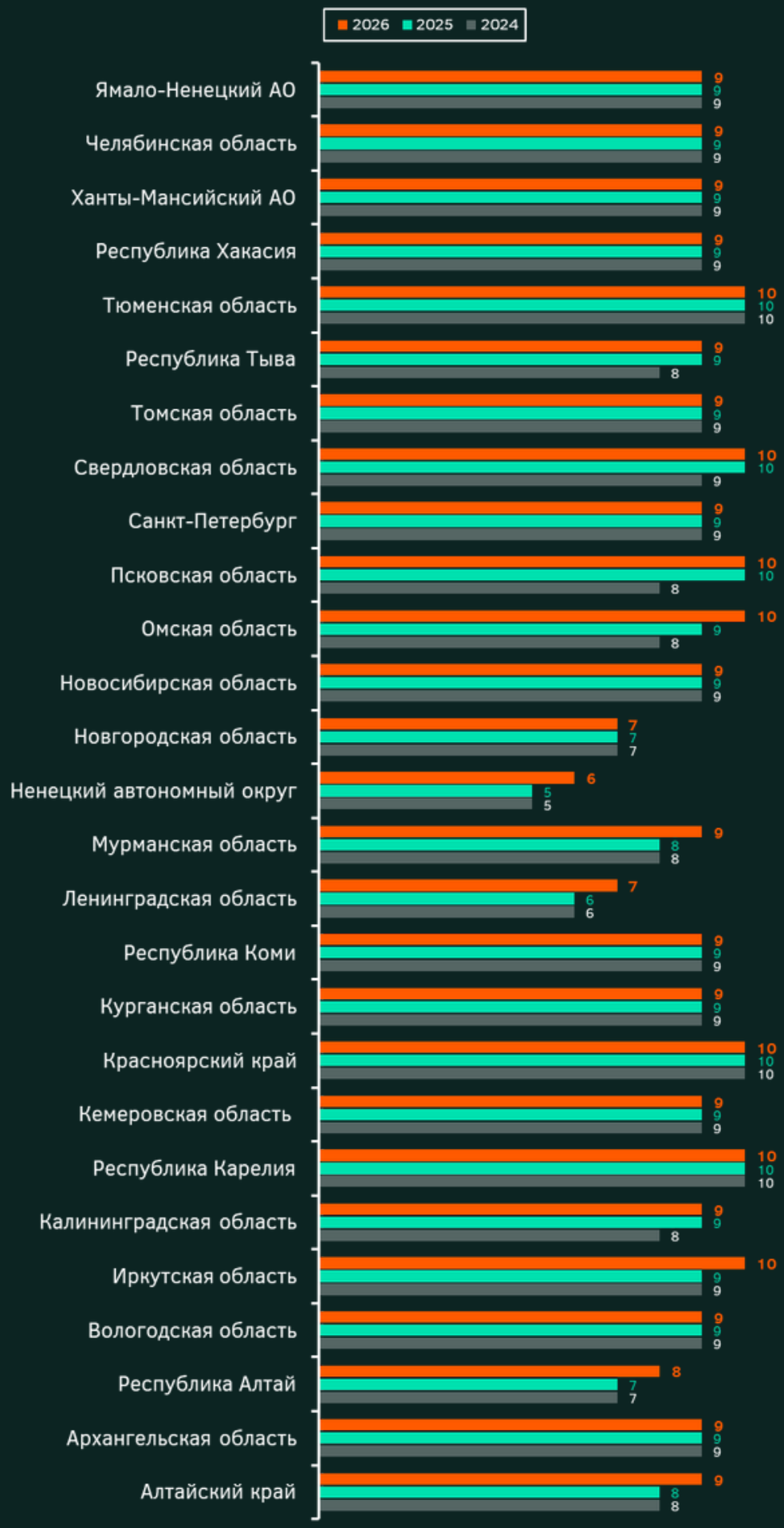
За период 2021-2026 года курируемым медицинским организациям субъектов РФ была предложена поэтапная схема внедрения, анализа и корректировки клинических рекомендаций. **100% посещенных в 2026 году организаций внедрили методику** в работу структурных подразделений. При этом, отмечается недостаточный уровень контроля за их реализацией в «якорных» медицинских организациях.

В 2026 году отмечена положительная динамика. Средняя сумма баллов по системе СККМП в 2021 году – 6. В 2022 году (по посещенным повторно медицинским организациям) – 7,4. В 2023 году – 8,2, в 2024 году – 8,4., в 2025 году – 8,7, в 2026 – 9.

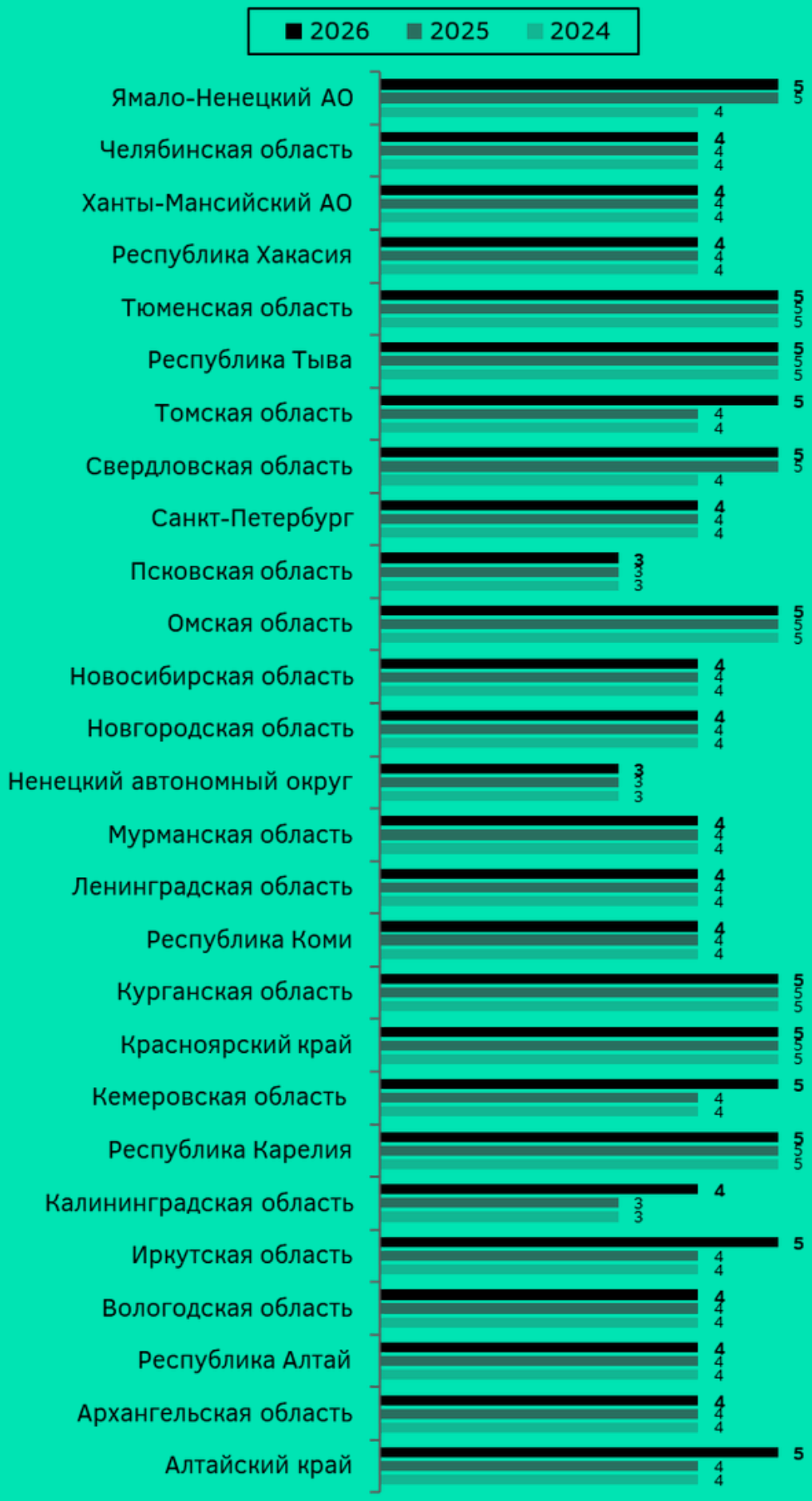
Показатель обеспечения доступа работников медицинской организации к информации, содержащей клинические рекомендации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, а также системы информирования работников медицинской организации об опубликованных новых клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и их пересмотре **в 2021 году была реализована лишь в 25% медицинских организаций, в 2026 – в 100%.**

Низкие значения внедрения в медицинских организациях демонстрирует система по пресечению и (или) устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, выявленных в рамках контроля качества медицинской помощи фондами ОМС и страховыми медицинскими организациями. **Система была сформирована и утверждена локальными НПА лишь в 28% медицинских организаций в 2021 году , в 49% в 2022 году, 52 % в 2023 году, 53% в 2024 году, 63% в 2025 году, 73% в 2026 году.**

РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА «ЯКОРНЫХ» ОРГАНИЗАЦИЙ
с учетом субъекта РФ по основным критериям 2024-2026 гг.



РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА «ЯКОРНЫХ» ОРГАНИЗАЦИЙ
с учетом субъекта РФ по дополнительным критериям 2024-2026 гг.





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

Сотрудниками НМИЦ ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России проведены организационно-методические мероприятия с уполномоченными лицами всех медицинских организаций, посещенных в 2026 году. Предложены методы повышения эффективности внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, алгоритмы принятия управленческих решений по устранению последствий и причин нарушений, выявленных в рамках контрольных мероприятий.

В рамках проведенных выездных мероприятий в 2026 году было выявлено, что:

48% **курируемых субъектов** нуждаются в доработке положения и приказа о деятельности врачебных комиссий и подкомиссий врачебных комиссий*

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

В 2026 году проведены организационно-методические мероприятия с уполномоченными лицами медицинских организаций, в 100% посещенных медицинских организаций. За период 2021-2026 годы проведена стажировка на рабочем месте 5 уполномоченных лиц.

Качество ведения внутренних локально-нормативных актов имеет положительную динамику. В 2026 году продолжается работа по устранению выявленных в ходе выездных мероприятий нарушений с уполномоченным лицам в медицинских организациях, в рамках организационно-методического сопровождении.

85,0%

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

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

96,2%

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

70%

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

66%

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

99%

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

В ряде субъектов региональные приказы по маршрутизации пациентов не содержательны, или не разработаны по профилю «педиатрия».

Оценка эффективности их реализации невозможна.



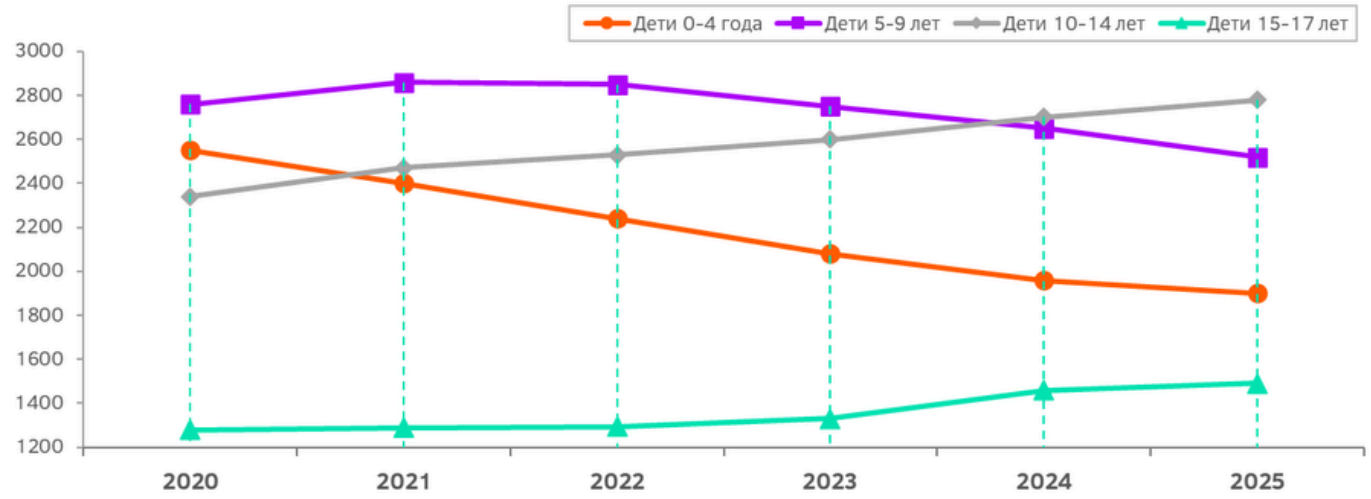
Анализ заболеваемости детей 0-17 в курируемых регионах Российской Федерации

Демография и заболеваемость. За последние шесть лет численность детского населения в исследуемых субъектах РФ сократилась на 4,0%. Однако внутри этой усредненной цифры наблюдается разнонаправленная динамика, существенно различающаяся по возрастным группам. С 2020 года численность детей 0–4 лет уменьшилась на четверть (-25,4%), в группе 5–9 лет — на 10,9%. Это демографическое эхо волны низкой рождаемости, последовательно проходящее через все возрастные группы. Одновременно зафиксирован рост в группах 10–14 лет (+17,2%) и 15–17 лет (+13,7%). Данная тенденция характерна для всех анализируемых регионов.

Заболеваемость детей 0–14 лет за шесть лет выросла на 16,7%. При расчете интенсивного показателя с поправкой на сокращение популяции (минус 7%) рост достигает 25,3%. Таким образом, демографический спад маскировал треть реального прироста заболеваемости. Основной прирост пришелся на 2021–2022 годы, отражая восстановление обращаемости после карантинных ограничений COVID-19. Однако, в отличие от абсолютных чисел, интенсивные показатели продолжают расти и после 2022 года: у детей 0–14 лет — с 244,6 до 259,6 на 100 000. У подростков 15–17 лет доля первичной заболеваемости ниже, чем у детей 0–14 лет (61,4% против 76,0%).

Диспансерное наблюдение. Число детей 0–14 лет под диспансерным наблюдением увеличилось с 26,6 до 40,6 на 100 000 (на 52,8%) при росте заболеваемости на 25,3%. У подростков 15–17 лет охват вырос на 37,0% до 64,9 на 100 000, то есть под наблюдением находится почти две трети подростков. Опережающий рост охвата диспансеризацией при снижении доли первичных диагнозов свидетельствует о накоплении хронической патологии. Это подтверждается снижением доли впервые установленных диагнозов и ростом госпитализаций по хроническим классам болезней. Профилактические осмотры остаются неэффективными: у детей 0–14 лет лишь 3,3% заболеваний выявлено впервые на профосмотре, у подростков — 6,7%. За шесть лет показатель не изменился.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ (НА 1000 ДЕТ.НАСЕЛЕНИЯ) ПО ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (27 РЕГИОНОВ) В 2020-2025 ГГ



Госпитальная заболеваемость. Число выписанных детей 0–17 лет выросло со 130 до 168 на 1000 населения — почти на треть. Одновременно больничная летальность снизилась с 0,20% до 0,13%, а средняя длительность госпитализации сократилась с 8,66 до 7,86 койко-дня.
Эти три показателя вместе описывают одно явление: в стационар всё чаще попадают дети с более лёгкой патологией. Летальность падает не потому, что тяжёлых пациентов лечат лучше, а потому, что в знаменателе растёт доля лёгких. Доля экстренных госпитализаций снизилась с 63,4% до 59,1%, что подтверждает: прирост дала плановая помощь.

Смертность детей в стационаре на 100 000 населения при этом действительно снизилась — с 26,2 до 21,2, то есть на 19 %. Это уже не артефакт структуры, а реальное улучшение исходов.

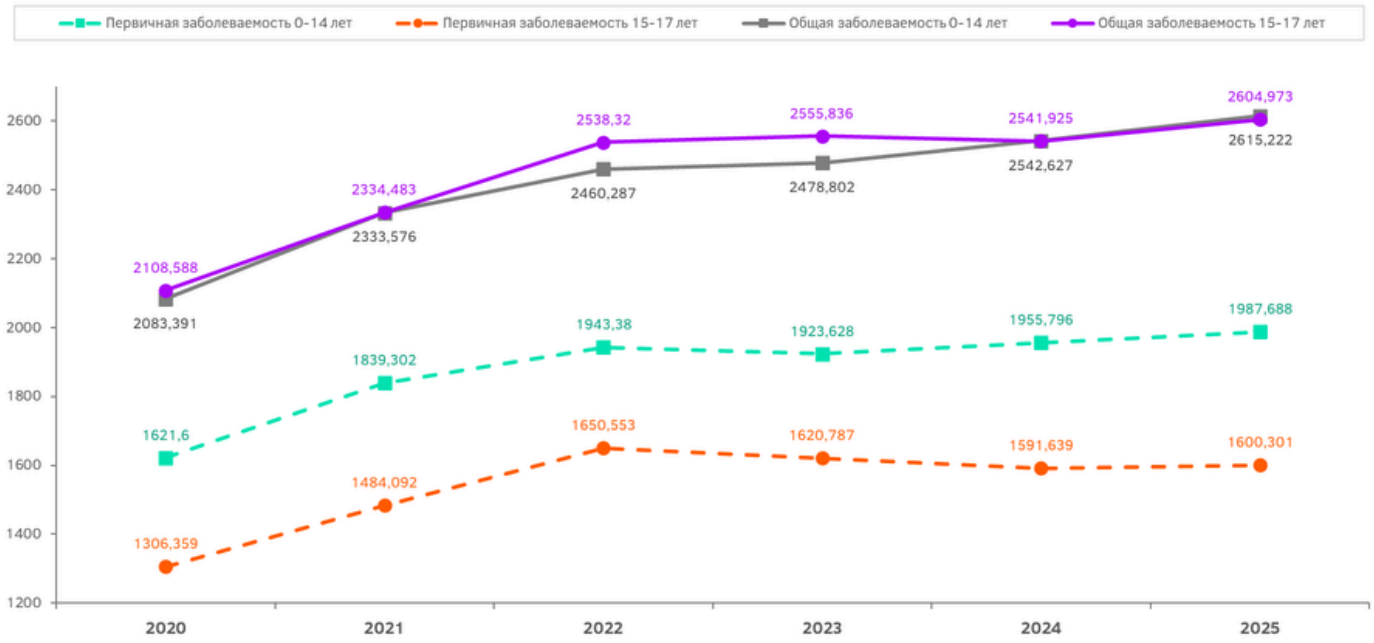
При оценке структуры госпитализаций по классам болезней отмечается подъем практически всех заболеваний, что согласуется с ростом госпитальной заболеваемости. Рост госпитализаций по болезням нервной системы на 59% и костно-мышечной системы на 53 % заметно опережает общий прирост. Снижение по перинатальным состояниям на 12% согласуется с сокращением числа рождений и снижением младенческой смертности.

Больничная летальность концентрируется в трёх классах: врождённые аномалии (0,65%), новообразования (0,56%) и перинатальные состояния (0,42%). На эти три класса приходится 62% умерших в стационаре детей при доле в госпитализациях всего 15%.

Сопоставление формы 30 и формы 14 по 26 регионам за 2025 год показывает сильную связь между обеспеченностью детскими койками и частотой госпитализации детей: коэффициент корреляции 0,69, то есть обеспеченность объясняет около 48 % межрегиональных различий. Разброс огромен: от 12,6 койки на 10 000 детей в Ненецком автономном округе до 53,8 в Республике Коми — более чем в четыре раза. Частота госпитализации при этом различается от 138 до 243 на 1000 детей.

Существенно, что заболеваемость с частотой госпитализации не связана вообще ($r = 0,07$). То есть решение о госпитализации ребёнка определяется наличием свободной койки в регионе, а не состоянием здоровья детского населения. Для управления это означает, что сокращение избыточного коечного фонда не приведёт к «недолеченности» — оно приведёт к перераспределению помощи в амбулаторное звено и дневные стационары.

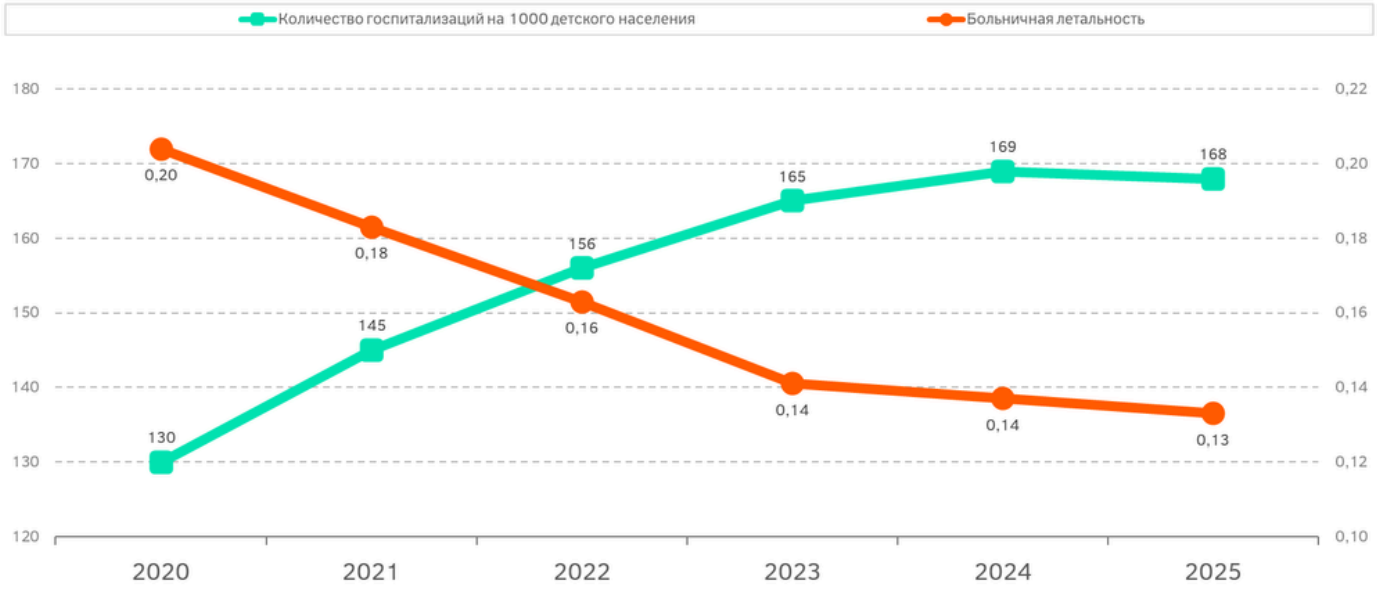
ДИНАМИКА ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2020-2025 ГГ



Проведена сравнительная оценка классов болезней по трем представленным показателям (заболеваемость, госпитальная заболеваемость и инвалидность) Дополнительно использовались еще три показателя: количество госпитализаций на 100 зарегистрированных заболеваний, количество детей-инвалидов – на 1000 заболеваний, и показатель больничной летальности.

Классы с высокой заболеваемостью не формирующие хронизации и летальности. Болезни органов дыхания — 52,6% всех зарегистрированных заболеваний, но лишь 3,7 госпитализации на 100 случаев и 0,3 инвалида на 1000. Это острые респираторные инфекции: массовые, кратковременные, почти без хронизации. Болезни глаза (6,9% заболеваемости, преимущественно миопия) дают 1,8 госпитализации на 100 случаев. Болезни кожи — 6,5. Эти классы обуславливают общий уровень заболеваемости, но практически не формируют стационарную нагрузку и инвалидность.

ДИНАМИКА КОЛИЧЕСТВА ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ НА 1000 ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ И БОЛЬНИЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2020-2025 ГГ



Классы, формирующие инвалидность. Психические расстройства составляют 1,5% заболеваемости и 30,8% инвалидности – 217 детей-инвалидов на 1000 зарегистрированных случаев. Болезни нервной системы – 4,3% и 22,2%, 52,7 на 1000. Врождённые аномалии — 1,7% и 14,1%, 86 на 1000. Три класса дают 7,5% заболеваемости и 67,1% инвалидности.

Классы с высокой госпитализацией. Перинатальные состояния дают 165 госпитализаций на 100 заболеваний — новорождённые с патологией госпитализируются практически всегда, а в амбулаторный учёт попадают лишь частично. Новообразования — 33,9 на 100, инфекционные болезни — 20,6, врождённые аномалии — 15,6, мочеполовая система — 15,4. Это классы, где стационар остаётся основным местом лечения.

Корреляция −0,82 между уровнем заболеваемости и долей госпитализируемых – самая сильная связь в массиве. Она объясняется арифметически: числитель показателя «госпитализаций на 100 заболеваний» между субъектами почти постоянен, а знаменатель варьирует вчетверо. Республика Тыва регистрирует 1190 заболеваний на 1000 и госпитализирует 14,5 на 100; Республика Карелия регистрирует 4640 и госпитализирует 3,4 на 100. Оба региона при этом имеют близкую частоту госпитализации — 173 и 157 на 1000.

Это означает, что показатель «госпитализаций на 100 заболеваний» между регионами измеряет не тяжесть патологии, а полноту амбулаторного учёта. Тыва — регион с самой низкой регистрируемой заболеваемостью среди курируемых регионов, вдвое ниже общероссийской. При средней частоте госпитализации и летальности выше средней (0,178 против 0,130) такое сочетание указывает на недоучёт обращений, а не на здоровое детское население.

При оценке этих показателей у курируемых регионов выявлено, что разброс заболеваемости между субъектами варьирует в 3,9 раза, инвалидности в 1,8 раза, госпитализации в 1,8 раза.

Заболеваемость – это наиболее вариативный показатель, потому что наиболее чувствителен к организации учёта. Инвалидность, оформляемая через медико-социальную экспертизу по единым критериям, вариативна вдвое меньше.



Половина субъектов превышает общероссийский уровень инвалидности 2362 на 100000. Группа с высокими показателями – Карелия, Тюменская, Курганская, Кемеровская области, Алтайский край – от 2660 до 2794. С низкими показателями – Ленинградская, Калининградская области, Хакасия – от 1546 до 1884. Различие между крайними регионами в 1,8 раза при единых критериях МСЭ означает разную обращаемость за статусом и разную практику освидетельствования.

Показательно, что Ленинградская область имеет самую низкую первичную инвалидность в панели – 139 на 100 000 при среднероссийских 252, и одновременно самую низкую долю инвалидов на 1000 заболеваний – 5,8. Тюменская область – противоположный случай: 406 детей с первичной инвалидностью на 100000, вдвое выше страны, и 13,5 на 1000 заболеваний. При близкой заболеваемости (268 и 205 тыс.) эти регионы расходятся втрое по притоку новых инвалидов.

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ

Округ	Территория	Общая заболеваемость 0–17 на 1000 детского населения	Первичная заболеваемость 0-17 на 1000 детского населения	Под диспансерным наблюдением на 1000 детского населения	Госпитализация на 1000 детского населения	Госпитализаций на 100 заболеваний	Инвалидность на 100 000 детского населения	Первичная инвалидность на 100 000 детского населения	Инвалидов на 1000 заболеваний	Первичных инвалидов на 10000 первичных заболеваний	Летальность, % от поступивших
РФ	**Российская Федерация**	**2307,4**	**1689,0**	**387,7**	**164,3**	**7,12**	**2362,3**	**251,6**	**10,24**	**14,89**	**0,130**
Всего	**27 субъектов**	**2613,5**	**1921,3**	**447,8**	**163,6**	**6,26**	**2336,2**	**260,2**	**8,94**	**13,54**	**0,123**
СФО	Алтайский край	2479,4	1744,2	652,2	158,0	6,37	2660	265,6	10,73	15,23	0,120
СЗФО	Архангельская область	3750,1	2668,3	601,2	138,3	3,69	2429,4	251,5	6,48	9,43	0,111
СЗФО	Вологодская область	3370,2	2617,7	335,3	н/д	н/д	2489,5	268,9	7,39	10,27	0,000
СФО	Иркутская область	2566,5	1963,3	461,0	181,0	7,05	2297,9	260,3	8,95	13,26	0,139
СЗФО	Калининградская область	2344,2	1759,8	440,3	153,0	6,52	1613,7	275,3	6,88	15,64	0,131
СФО	Кемеровская область	2211,2	1607,2	500,7	166,0	7,51	2676,6	266,8	12,10	16,60	0,090
СФО	Красноярский край	2269,5	1688,2	403,4	138,3	6,09	2107,2	211,6	9,29	12,53	0,156
УФО	Курганская область	3194,6	2411,4	675,1	152,6	4,78	2729,8	344,2	8,55	14,27	0,146
СЗФО	Ленинградская область	2680,9	1995,5	664,4	147,2	5,49	1546,3	139,1	5,77	6,97	0,117
СЗФО	Мурманская область	3159,8	2288,9	488,8	139,4	4,41	2207,4	288,5	6,99	12,61	0,141
СЗФО	Ненецкий АО	3558,5	3008,0	473,2	144,4	4,06	2350,4	291,4	6,61	9,69	0,060
СЗФО	Новгородская область	1929,3	1462,3	324,6	171,1	8,87	1996,7	177,1	10,35	12,11	0,081
СФО	Новосибирская область	2194,4	1664,3	423,7	185,1	8,44	2299,5	252,5	10,48	15,17	0,165
СФО	Омская область	1915,6	1353,3	343,8	178,3	9,31	2394,2	242,9	12,50	17,95	0,093
СЗФО	Псковская область	2174,2	1764,2	277,2	169,8	7,81	2595,1	230	11,94	13,04	0,120
СФО	Республика Алтай	2154,2	1676,5	257,7	145,5	6,75	2407,2	255,9	11,17	15,27	0,109
СЗФО	Республика Карелия	4638,2	3507,3	793,2	156,8	3,38	2794,4	267,2	6,02	7,62	0,144
СЗФО	Республика Коми	3688,9	2706,3	452,6	197,3	5,35	2362,3	242,4	6,40	8,96	0,128
СФО	Республика Тыва	1193,8	860,3	177,6	172,6	14,46	2169,1	221,6	18,17	25,75	0,178
СФО	Республика Хакасия	1835,9	1500,4	252,4	151,5	8,25	1884,3	166	10,26	11,06	0,108
УФО	Свердловская область	2650,9	2051,0	405,8	158,4	5,98	2305,3	264,5	8,70	12,90	0,128
СФО	Томская область	2483,5	1855,9	307,8	167,4	6,74	2241,6	228	9,03	12,29	0,101
УФО	Тюменская область	2047,7	1508,5	331,4	143,3	7,00	2758,1	406,3	13,47	26,93	0,140
УФО	Ханты-Мансийский АО	2651,8	1665,6	294,5	139,4	5,26	1959,3	224,6	7,39	13,49	0,111
УФО	Челябинская область	2296,8	1791,5	373,6	144,7	6,30	2505,7	299,9	10,91	16,74	0,130
УФО	Ямало-Ненецкий АО	4002,5	2795,2	290,4	174,1	4,35	2621,4	392,2	6,55	14,03	0,086
СЗФО	г. Санкт-Петербург	3456,2	2387,6	620,8	242,7	7,02	2397,4	259,8	6,94	10,88	0,123

показатель выше, чем в Российской Федерации

показатель ниже, чем в Российской Федерации

Сравнение вклада отдельных групп нозологий по МКБ-10 в заболеваемость, госпитализацию, инвалидность и летальность по результатам оценки статистических форм курируемых регионов за 2020-2025 гг.

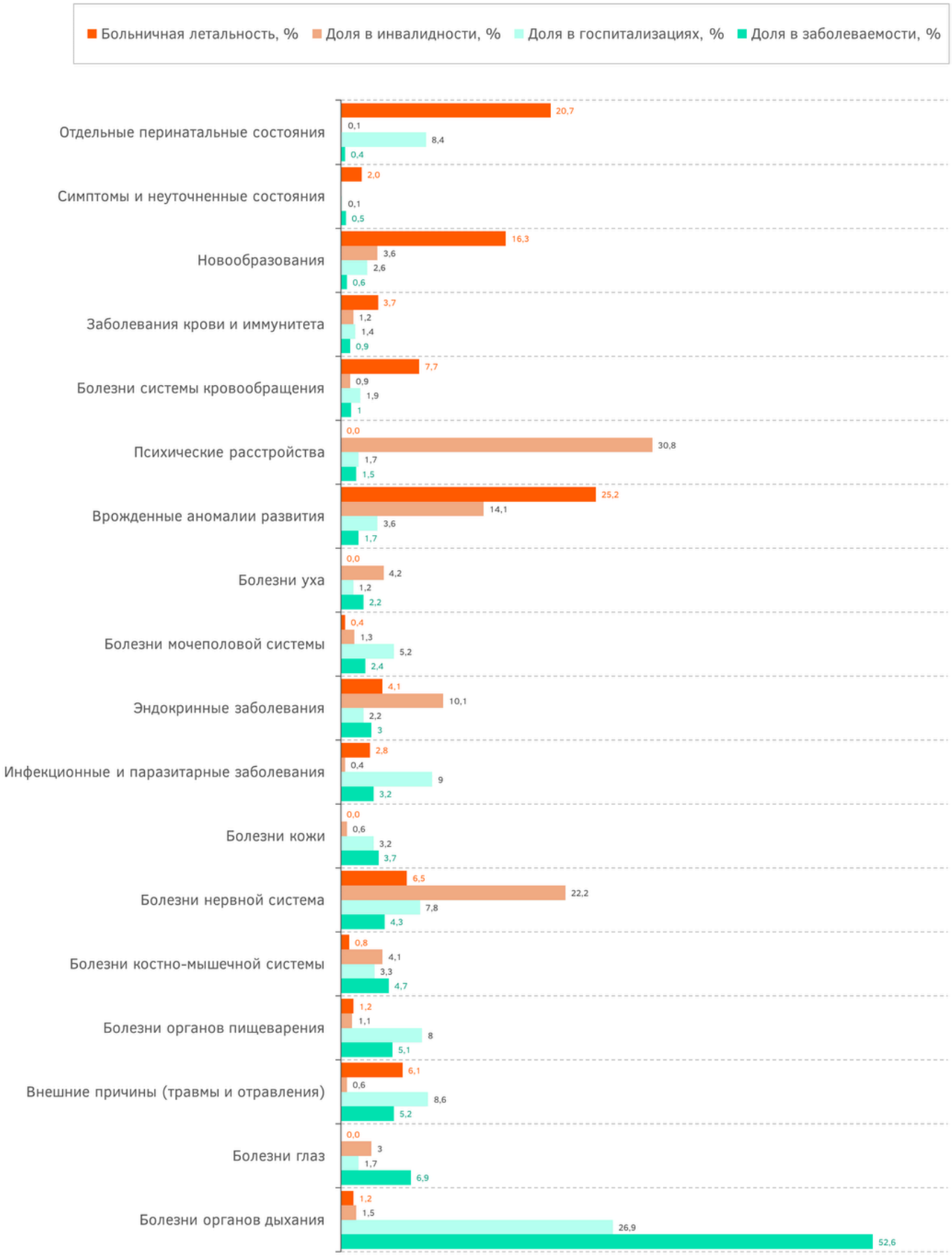


ТАБЛИЦА 2. ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ III УРОВНЯ КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2025 ГОДУ (НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ)

Федеральный округ	Больницы 3 уровня	Выполнение КР (по медицинским картам стациоарного больного)	Работа приемного покоя (потоки, неотложная помощь, связь с амбулаторной службой)	Оказание неотложной помощи (наличие кабинета, кислород, укладки по возрастам)	Ведение детей с тяжелой коморбидной патологией (паллиативных)(осмотры специалистов, своевременой присвоение статуса, условия ухода)	Наличие приказа по маршуртизации в субъекте РФ и его соблюдение	Отсутствие необоснованных перегоспитализаций (горизонтальных или со снижением уровня МО)	Работа РКЦ (наличие, взоимодействие со всем регионом, документарных след оказания помощи)	Работа КДЦ как стационар замещающая структура (дитльность ожидания, наличие специалистов, взаимосвязь со стационаром)	Общее кличество баллов
СЗФО	Архангельская область	1	1	1	1	1	1	1	1	8
СЗФО	Вологодская область	1	1	2	1	1	2	2	1	11
СЗФО	Калиниградская область	1	2	1	1	2	1	1	1	10
СЗФО	Ленинградская область	1	1	2	1	1	2	2	1	11
СЗФО	Мурманская область	1	1	1	1	1	1	1	1	8
СЗФО	Ненецкий АО	1	1	1	1	1	1	1	1	8
СЗФО	Новгородская область	1	1	1	1	1	2	1	1	9
СЗФО	Псковская область	1	1	1	2	1	2	1	1	10
СЗФО	Республика Карелия	1	2	2	1	2	2	1	1	12
СЗФО	Республика Коми	1	1	1	1	1	2	1	1	9
СЗФО	Санкт-Петербург	1	2	2	1	1	1	2	1	11
СФО	Алтайский край	1	1	1	1	2	1	2	1	10
СФО	Иркутская область	1	1	1	2	1	2	1	1	10
СФО	Кемеровская область	1	1	1	1	1	1	1	1	8
СФО	Красноярский край	1	1	2	1	1	1	1	1	9
СФО	Новосибирская область	1	2	2	2	2	1	2	1	13
СФО	Омская область	1	2	1	1	2	1	2	1	11
СФО	Республика Алтай	1	1	1	1	1	1	1	1	8
СФО	Республика Тыва	1	1	1	1	1	1	1	1	8
СФО	Республика Хакасия	1	2	2	1	2	2	1	1	12
СФО	Томская область	1	1	1	1	1	1	1	1	8
УФО	Курганская область	1	1	1	1	1	2	1	1	9
УФО	Свердловская область	1	2	2	2	2	2	2	1	14
УФО	Тюменская область	1	1	1	2	2	1	2	1	11
УФО	Ханты-Мансийский автономн	1	2	1	2	2	2	2	1	13
УФО	Челябинская область	1	1	2	1	1	1	1	1	9
УФО	Ямало-Ненецкий АО	1	1	2	1	1	2	1	1	10

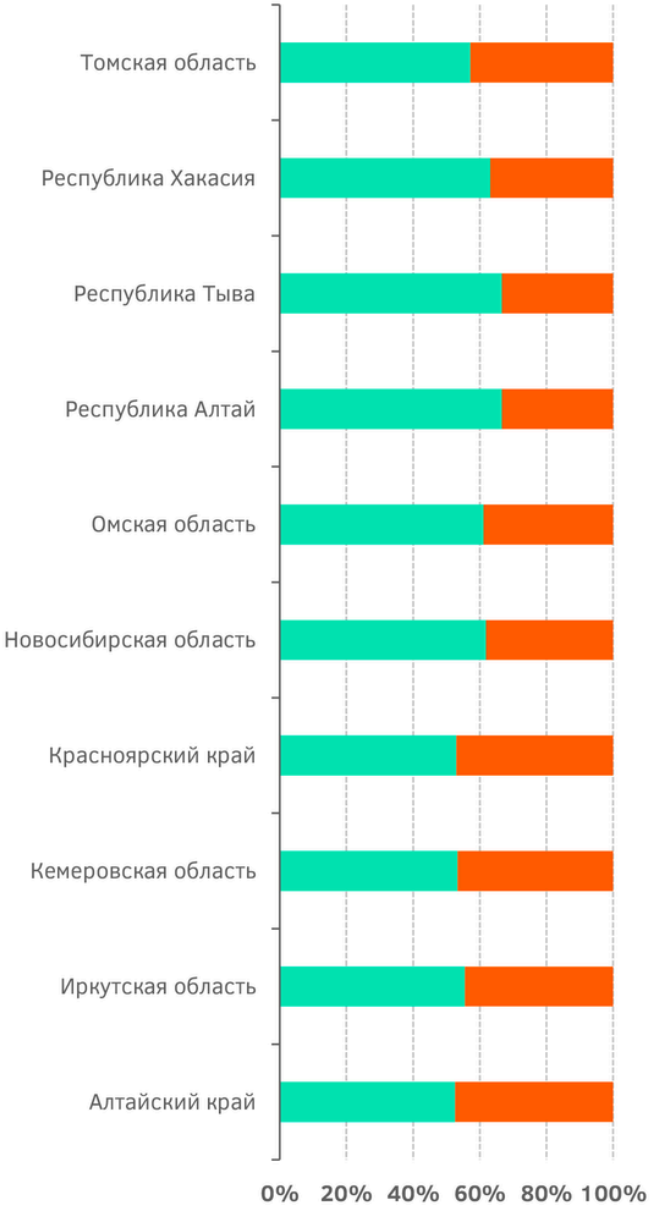
ТАБЛИЦА 3. ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРАХ I-II УРОВНЯ КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2025 ГОДУ (НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ)

Федеральный округ	Больницы 1-2 уровня	Выполнение КР (по медицинским картам стациоарного больного)	Работа приемного покоя (потоки, неотложная помощь, связь с амбулаторной службой)	Оказание неотложной помощи (наличие кабинета, кислород, укладки по возрастам)	Ведение детей с тяжелой коморбидной патологией (паллиативных)(осмотры специалистов, своевременой присвоение статуса, условия ухода)	Наличие приказа по маршуртизации в субъекте РФ и его соблюдение	Отсутствие необоснованных перегоспитализаций (горизонтальных или со сниженим уровня МО)	Работа РКЦ (наличие, взоимодействие со всем регионом, документарных след оказания помощи)	Работа КДЦ как стационар замещающая структура (дитльность ожидания, наличие специалистов, взаимосвязь со стационаром)	Общее кличество баллов
СЗФО	Архангельская область	1	1	1	0	1	1	1	1	7
СЗФО	Вологодская область	1	1	1	1	1	1	1	1	8
СЗФО	Калининградская область	1	1	1	1	0	2	1	1	8
СЗФО	Ленинградская область	1	0	0	0	1	2	1	1	6
СЗФО	Мурманская область	1	1	1	0	1	1	1	0	6
СЗФО	Ненецкий АО	1	1	1	0	0	1	1	1	6
СЗФО	Новгородская область	1	1	1	0	1	1	1	1	7
СЗФО	Псковская область	1	1	1	0	0	1	1	1	6
СЗФО	Республика Карелия	1	1	1	0	1	1	1	1	7
СЗФО	Республика Коми	1	1	1	1	1	1	1	1	8
СЗФО	Санкт-Петербург									
СФО	Алтайский край	1	1	1	1	1	1	1	2	9
СФО	Иркутская область	1	1	1	1	1	1	1	1	8
СФО	Кемеровская область	1	1	1	0	1	1	1	1	7
СФО	Красноярский край	1	1	1	1	1	1	1	1	8
СФО	Новосибирская область	1	1	1	1	0	1	1	2	8
СФО	Омская область	1	1	1	0	0	1	1	2	7
СФО	Республика Алтай	1	1	0	0	0	1	1	0	4
СФО	Республика Тыва	1	0	1	0	0	1	1	0	4
СФО	Республика Хакасия	1	1	1	0	1	1	1	1	7
СФО	Томская область	1	1	1	0	0	1	1	1	6
УФО	Курганская область	1	1	1	0	0	1	1	1	6
УФО	Свердловская область	1	1	1	1	2	2	1	1	10
УФО	Тюменская область	1	1	1	0	1	2	1	1	8
УФО	Ханты-Мансийский автономн	1	1	1	0	1	1	1	1	7
УФО	Челябинская область	1	1	1	0	0	1	1	1	6
УФО	Ямало-Ненецкий АО	1	1	1	0	1	1	1	1	7

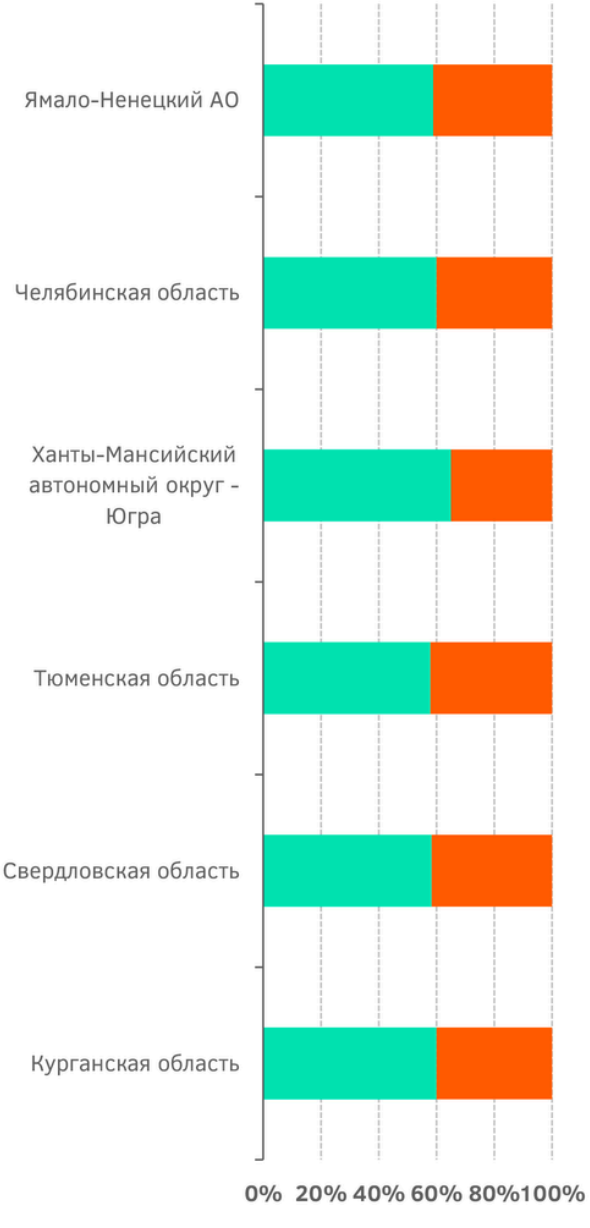
Сравнение рейтинга больниц 3 уровня и 1-2 уровней в субъектах Северо-Западного Федерального округа



Сравнение рейтинга больниц 3 уровня и 1-2 уровней в субъектах Сибирского Федерального округа



Сравнение рейтинга больниц 3 уровня и 1-2 уровней в субъектах Уральского Федерального округа



Выводы по анализу

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

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

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

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

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

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

Выводы по анализу

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

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

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

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

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

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

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



Анализ младенческой и детской смертности в курируемых регионах Российской Федерации

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Младенческая смертность в Российской Федерации имеет стабильную тенденцию к снижению с 4,0 промилле в конце 2024 года до 3,6 промилле в конце 2025 года. В 2026 году тенденция сохраняется и к августу 2026 года показатель младенческой смертности в Российской Федерации составляет 3,3 промилле. Оценка динамики в курируемых регионах Российской Федерации показывает схожую тенденцию.

Снижение смертности наблюдается во всех Федеральных округах, но с разной степенью. Сравнение проводится с аналогичным показателем январь-август 2025 года.

- Уральский федеральных округ демонстрирует стабильное снижение младенческой смертности во всех субъектах, кроме Ямало-Ненецкого автономного округа (с 2,6 до 3,7 промилле, соответственно). Свердловская область имеет показатель 3,6, что на 0,3 промилле выше показателя Российской Федерации. Показатель младенческой смертности остальных субъектов ниже уровня младенческой смертности в Российской Федерации.
- В Сибирском Федеральном округе подъем младенческой смертности произошел у четырех субъектов РФ – Кемеровской области (+0,7 промилле до 4,3), Омская область (+0,3 промилле до 3,9), Республика Тыва (+1,9 промилле до 4,8) и Республика Алтай (+4,1 промилле до 5,8). Красноярский край и Иркутская область демонстрирую снижение показателя младенческой смертности остаются далеки от среднероссийского уровня. (4,3 промилле, соответственно).
- В Северо-Западном Федеральном округе стабильно высокие показатели младенческой смертности имеют 3 региона – Мурманская область (8,0 в 2025 и 7,0 в 2026), Республика Карелия (5,4 в 2025 и 5,8 в 2026) и Ненецкий автономный округ (9,6 в 2025 и 10,2 в 2026). Небольшой подъем показывает Вологодская область (с 3,7 до 4,0) и Псковская область (с 3,0 до 3,5). Архангельская область, Калининградская область, Новгородская область, Республика Коми и Санкт-Петербург значительно снизили младенческую смертность в сравнении с аналогичным периодом 2025 года.

При оценке мертворожденности обращает внимание разброс значений между субъектами Российской Федерации – от 2,1 промилле у Ямало-Ненецкого автономного округа до 12,3 в Мурманской области. (в 6 раз!) Высокие значения (выше 7 промилле) регистрируются у Архангельской области, Республике Карелия, Новосибирской области, Кемеровской области, Республике Алтай, Курганской области. Это требует отдельного анализа со стороны акушерской службы.

Анализ возрастных периодов младенческой смертности показывает значительное снижения вариативности показателя в сравнении с 2023 и 2022 годами. Практически отсутствуют изменения, превышающие 1 промилле, в основном эти изменения имеют значения плюс-минус 0,3-0,7 промилле.

Значительный прирост ранней неонатальной смертности отмечен только в Ненецком автономном округе (+5,4 промилле) и в Республике Алтай (+1,1 промилле). Позднем неонатальном периоде только у Республике Карелия (+2,4 промилле) и Республике Алтай (+1,0 промилле). Значительных подъемов смертности в постнеонатальном периоде не выявлено. Ранняя неонатальная смертность в основном характеризует работу акушерско-неонатального звена в плане качества маршрутизации, прегравидарной подготовки и протокольного

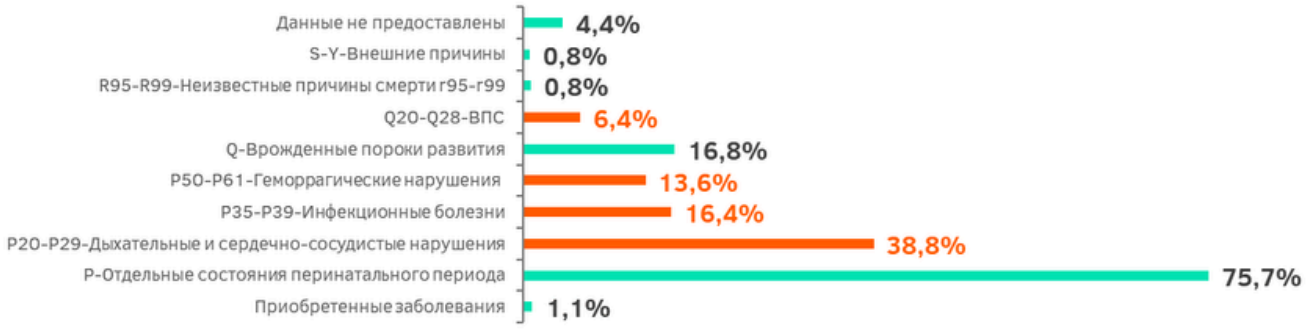
ведения ребенка в раннем неонатальном периода. Смертность в поздний неонатальный период в многом связана с качеством ведения врожденных пороков развития, хирургической помощи и предотвращения инфекционных осложнений. Постнеонатальная смертность связана с поздними неонатальными осложнениями и педиатрическими проблемами приобретенных заболеваний.

В 2026 году показатели ранней неонатальной смертности ниже 1,0 промилле были зафиксированы у 14 регион из числа курируемых 27 (51,8%). В 2023 году показатели ранней неонатальной смертности ниже 1,0 промилле были зафиксированы у 7 субъектов РФ (25,9%).

Обращает внимание снижение показателя постнеонатальной смертности – ниже 2,0 промилле зарегистрировано у 10 субъектов.

Анализ причин младенческой смертности в зависимость от возрастных периодов показал, что при ранней неонатальной смертности на первом месте стоят отдельные состояния перинатального периода (75%). Ведущими проблемами являются дыхательные расстройства у новорожденных (38,9%), инфекционные процессы, характерные для перинатального периода (16,4%) и геморрагические расстройства (13,5%). На втором месте врожденные аномалии развития (16,8%), треть из которых составляют врожденные пороки сердца.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ДЕТЕЙ В РАННИЙ НЕОНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД
(НА ОСНОВАНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ДАННЫХ МИАЦ, КУРИРУЕМЫХ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 2020-2026 ГГ)



В позднем неонатальном периоде в сравнении с ранним неонатальным периодом происходят ряд изменений. На фоне небольшого снижения доли отдельных состояний перинатального периода (62%) в его структуре на первое место выходят инфекционные заболевания, характерные для перинатального периода (25,5%). Растет доля врожденных аномалий развития (21,7%). Врожденные пороки сердца занимают уже половину всех причин смерти от всех пороков развития.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ДЕТЕЙ В ПОЗНИЙ НЕОНАТАЛЬНЫХ ПЕРИОД
(7-28 ДНЕЙ)



В постнеонатальном периоде на первое место выходят приобретенные причины смерти (30,9%), на втором месте врожденные аномалии развития, которые практически не изменили свою долю – 21,6%. Значительно выросли доли неуточненных причин смерти и внешних причин смерти (13,1% и 9,5%, соответственно).



ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ 0-4 ГОДА

С 2025 года показатель на входит оценку национальных проектов.

При сравнении показателя детской смертности у детей от 0 до 4 лет – в динамике в сравнении с 2025 годом – 7 регионов имеют отрицательную динамику (Волгоградская область, Ненецкий автономных округ, Республика Карелия, Кемеровская область, Республика Алтай, Республика Хакасия и Ямало-Ненецкий автономный округ).

Обращает внимание, что высокие показатели детской смертности 0-4 года, корригируют с данными постнеонатальной смертности у детей 1 года жизни, что обобщает процесс анализа и принятия мер по снижению смертности в этих возрастных периодах. Также следует отметить, что степень снижения показателя детской смертности от 0 до 4 лет включительно происходит значительно медленнее, чем показателя младенческой смертности. Основными проблемами детей в этой возрастной группе являются смерти на дому, недооценка тяжести состояния ребенка на амбулаторном этапе и в стационарах 1 и 2 уровней, проблемы маршрутизации детей в регионах (частое отсутствие консультирования, только эвакуация), нарушения клинических рекомендаций особенно на 1 и 2 уровнях оказания медицинской помощи, недостаточное качество ведение детей с высокими группами риска, либо недоношенных на амбулаторном этапе.

ПОКАЗАТЕЛИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ, МЕРТВОРОЖДЕННОСТИ И ПЕРЕНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РФ В ЯНВАРЕ-АВГУСТЕ 2025-2026 ГГ.

Федеральный округ	Курируемые региона Российской Федерации (27 регионов)	Младенческая смертность (промилле)				Мертворожденность (промилле)				Перенатальная смертность (промилле)			
		2025	2026	Изменение		2025	2026	Изменение		2025	2026	Изменение	
				абс.	%			абс.	%			абс.	%
СЗФО	Архангельская область	2,9	2,7	-0,2	-6,9%	7,4	8,8	1,4	18,9%	7,6	9,6	2,0	26,3%
СЗФО	Вологодская область	3,7	4,0	0,3	8,1%	6,6	5,8	-0,8	-11,9%	7,8	6,9	-0,9	-11,5%
СЗФО	Калининградская область	3,9	1,9	-2,0	-51,3%	5,8	5,9	0,0	0,9%	6,5	6,8	0,3	4,6%
СЗФО	Ленинградская область	2,6	2,3	-0,3	-11,5%	3,9	3,4	-0,5	-12,8%	5,1		-5,1	-100,0%
СЗФО	Мурманская область	8,0	7,0	-1,0	-12,8%	15,2	12,3	-2,8	-18,6%	18,0	13,9	-4,2	-23,1%
СЗФО	Ненецкий АО	9,6	10,2	0,6	6,3%	9,5	5,1	-4,4	-46,3%	14,2	15,2	1,0	7,0%
СЗФО	Новгородская область	5,7	2,6	-3,1	-54,4%	7,1	5,7	-1,4	-19,7%	9,0	6,3	-2,7	-30,0%
СЗФО	Псковская область	3,0	3,5	0,5	16,7%	4,0	0,1	-3,9	-97,5%	4,4	0,2	-4,2	-95,5%
СЗФО	Республика Карелия	5,4	5,8	0,4	7,4%	4,7	7,4	2,7	57,4%	6,5	8,2	1,7	26,2%
СЗФО	Республика Коми	4,2	2,3	-1,9	-45,8%	4,8	3,3	-1,6	-32,2%	6,3	4,6	-1,7	-27,5%
СЗФО	Санкт-Петербург	3,2	3,0	-0,2	-6,3%	6,8	5,1	-1,7	-25,0%	7,8	5,9	-1,9	-24,4%
СФО	Алтайский край	3,1	2,4	-0,7	-22,6%	4,3	6,1	1,8	41,9%	5,1	6,5	1,4	27,5%
СФО	Иркутская область	4,3	4,3	-0,1	-1,4%			0,0				0,0	
СФО	Кемеровская область	3,6	4,3	0,7	19,4%	6,9	7,3	0,4	5,8%	7,8	7,9	0,1	1,3%
СФО	Красноярский край	5,0	4,3	-0,7	-14,0%	4,1	5,1	1,0	23,2%	6,2	6,6	0,3	5,1%
СФО	Новосибирская область	4,6	3,1	-1,5	-32,6%	7,1	7,3	0,2	2,8%	8,1	7,9	-0,2	-2,6%
СФО	Омская область	3,6	3,9	0,3	8,3%	6,6	5,3	-1,3	-19,7%	8,0	7,7	-0,3	-3,8%
СФО	Республика Алтай	1,7	5,8	4,1	241,2%	10,0	3,8	-6,2	-62,0%	10,9	4,8	-6,1	-56,0%
СФО	Республика Тыва	2,9	4,8	1,9	64,3%			0,0				0,0	
СФО	Республика Хакасия	3,5	3,5	0,0	0,0%	2,3	2,6	0,3	13,0%	2,3	2,6	0,3	13,0%
СФО	Томская область	4,4	1,5	-2,9	-66,4%			0,0				0,0	
УФО	Курганская область	3,8	2,6	-1,2	-30,5%	3,8	7,5	3,7	97,4%	4,4	7,9	3,5	78,4%
УФО	Свердловская область	4,1	3,6	-0,5	-12,2%	5,8	6,4	0,6	10,3%	6,9	7,3	0,4	5,8%
УФО	Тюменская область	4,3	3,2	-1,1	-25,6%	3,9	4,7	0,8	20,5%	4,7	5,8	1,1	23,4%
УФО	Ханты-Мансийский автономный	3,0	2,1	-0,9	-30,0%	3,6	3,2	-0,4	-11,1%	4,4	4,0	-0,4	-9,1%
УФО	Челябинская область	4,3	3,3	-1,0	-23,7%	6,7	6,9	0,2	2,8%	6,8	7,9	1,1	15,7%
УФО	Ямало-Ненецкий АО	2,6	3,7	1,1	44,5%	2,1	3,5	1,4	64,6%	0,3	0,4	0,2	58,7%
	Общий итог	**4,1**	**3,8**	**-0,3**	**-8,4%**	**6,0**	**5,5**	**-0,4**	**-7,3%**	**7,0**	**6,7**	**-0,3**	**-4,5%**

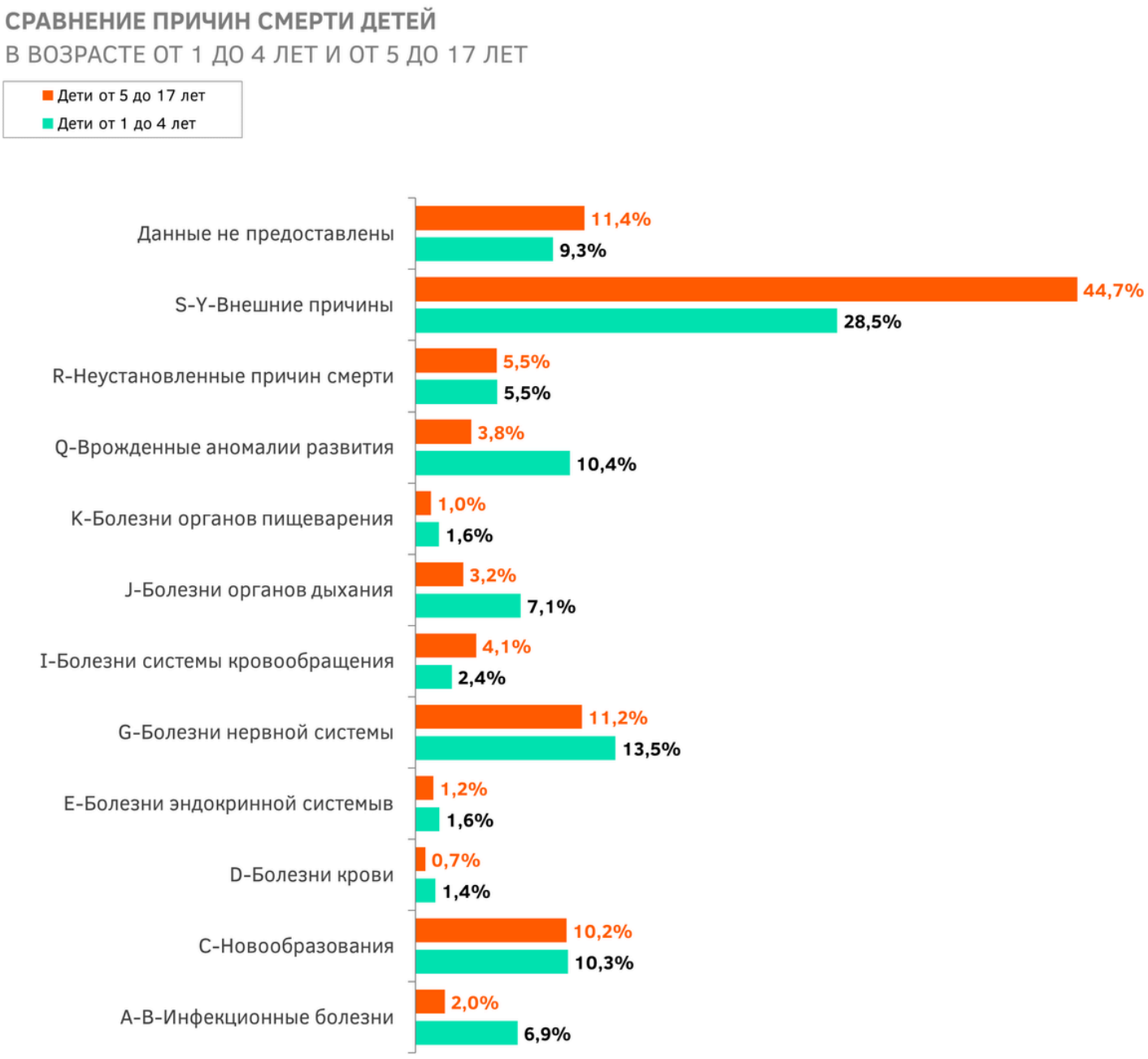
ПОКАЗАТЕЛИ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ, ПОЗДНЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ И ПОСТНЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ РФ В ЯНВАРЕ-АВГУСТЕ 2025-2026 ГГ

Федеральный округ	Курируемые региона Российской Федерации (27 регионов)	Ранняя неонатальная смертность (промилле)				Поздняя неонатальная смертность (промилле)				Постнеонатальная смертность (промилле)			
		2025	2026	Изменение		2025	2026	Изменение		2025	2026	Изменение	
				абс.	%			абс.	%			абс.	%
СЗФО	Архангельская область	0,2	0,3	0,1	50,0%			0,0				0,0	
СЗФО	Вологодская область	1,3	1,1	-0,2	-15,4%	1,3	0,9	-0,4	-31,3%	1,3	2,0	0,7	53,8%
СЗФО	Калиниградская область	0,7	1,0	0,3	35,7%	0,7	0,0	-0,7	-100,0%	2,5	1,0	-1,6	-62,0%
СЗФО	Ленинградская область	2,1		-2,1	-100,0%	0,1		-0,1	-100,0%	0,5		-0,5	-100,0%
СЗФО	Мурманская область	2,9	1,6	-1,3	-46,2%	1,5	1,6	0,1	6,8%	3,6	3,9	0,2	6,6%
СЗФО	Ненецкий АО	4,8	10,2	5,4	112,5%	0,0	0,0	0,0		4,8	0,0	-4,8	-100,0%
СЗФО	Новгородская область	1,9	0,5	-1,4	-73,7%	0,5	0,5	0,0	0,0%	3,3	1,6	-1,7	-51,5%
СЗФО	Псковская область	0,3	0,0	-0,3	-100,0%	0,3	0,1	-0,2	-66,7%	2,7	0,0	-2,7	-100,0%
СЗФО	Республика Карелия	2,2	1,0	-1,2	-55,9%	0,0	2,4	2,4		3,1	2,4	-0,7	-22,6%
СЗФО	Республика Коми	1,5	1,3	-0,2	-13,2%	1,2	1,0	-0,2	-19,0%	1,5	0,0	-1,5	-100,0%
СЗФО	Санкт-Петербург	0,9	0,9	0,0	0,0%	1,0	1,0	0,0	4,2%	1,4	1,2	-0,1	-10,3%
СФО	Алтайский край	0,7	0,4	-0,3	-42,9%	0,5	0,4	-0,1	-20,0%	2,0	1,7	-0,3	-15,0%
СФО	Иркутская область			0,0				0,0				0,0	
СФО	Кемеровская область	1,0	0,6	-0,4	-40,0%	0,9	1,5	0,6	66,7%	1,9	2,5	0,6	31,6%
СФО	Красноярский край	2,1	1,5	-0,6	-30,2%	0,6	0,5	0,0	-6,8%	2,3	2,3	0,0	-0,2%
СФО	Новосибирская область	1,0	0,5	-0,5	-50,0%	1,8	1,0	-0,8	-44,4%	1,9	1,5	-0,4	-21,1%
СФО	Омская область	1,4	2,0	0,6	42,9%	1,0	0,6	-0,4	-40,0%	1,4	1,3	-0,1	-7,1%
СФО	Республика Алтай	0,8	1,9	1,1	137,5%	0,0	1,0	1,0		1,7	2,9	1,2	70,6%
СФО	Республика Тыва			0,0				0,0				0,0	
СФО	Республика Хакасия	0,0	0,0	0,0		0,4	0,9	0,5	125,0%	3,1	2,6	-0,5	-16,1%
СФО	Томская область			0,0				0,0				0,0	
УФО	Курганская область	0,6	0,3	-0,3	-46,7%	0,6	0,3	-0,3	-46,7%	2,6	2,0	-0,6	-23,1%
УФО	Свердловская область	1,2	0,9	-0,3	-25,0%	0,8	0,7	-0,1	-12,5%	2,2	2,0	-0,2	-9,1%
УФО	Тюменская область	0,9	1,1	0,2	22,2%	1,0	0,9	-0,1	-10,0%	2,5	1,3	-1,2	-48,0%
УФО	Ханты-Мансийский автономный	0,8	0,8	0,0	0,0%	0,9	0,6	-0,3	-33,3%	1,3	0,8	-0,5	-38,5%
УФО	Челябинская область	0,8	1,1	0,3	36,4%	1,1	0,7	-0,4	-38,1%	2,4	1,5	-0,9	-37,6%
УФО	Ямало-Ненецкий АО	0,7	1,0	0,3	41,3%	0,2	0,5	0,3	111,9%	1,6	2,2	0,6	36,3%
	Общий итог	**1,3**	**1,3**	**0,0**	**1,1%**	**0,7**	**0,8**	**0,1**	**9,1%**	**2,2**	**1,7**	**-0,6**	**-25,8%**

ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ 0-17 ЛЕТ

На конец августа 2026 года показатель детской смертности от 0 до 17 лет был выше уровня аналогичного показателя детской смертности 2025 года среди курируемых регионов у 7 субъектов РФ. В прошлом году подобное сравнение показывало 10 регионов в сравнении с 2023 годом.

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



СПИСОК СТАЦИОНАРНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПОСЕЩЕННЫХ В ТЕЧЕНИЕ АУДИТА В 2026 ГОДУ В КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНАХ

№	Субъект РФ	Медицинские учреждения
1.	Алтайский край	КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства» (стационар, перинатальный центр), КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр» ДАР. КГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 7, Барнаул» КГБУЗ «Центральная городская больница, г. Бийск», инфекционное отделение. КГБУЗ «АККЦОМД» ДКДЦ КГБУЗ «ГБ№14, г. Барнаул» детская поликлиника
2.	Архангельская область	ГБУЗ АО «Архангельская областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова» ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница» Перинатальный центр ГБУЗ АО «Архангельская городская детская клиническая поликлиника»
3.	Вологодская область	БУЗ ВО «Вологодская областная детская больница №2»; БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 7»; БУЗ ВО «Вологодская областная больница №3» (родильный дом); БУЗ ВО «Вологодская областная детская клиническая больница», стационар и детская поликлиника. БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница» (перинатальный центр); Министерство здравоохранения Вологодской области.
4.	Иркутская область	ГБУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница» (стационар, консультативно-диагностический центр); ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница»; ОГБУЗ «Иркутский городской перинатальный центр им. Малиновского М.С.»; ГБУЗ «Иркутская ордена «Знак Почета» областная клиническая больница» (Областной перинатальный центр); ОГАУЗ «Ангарская городская больница»; ОАГАУЗ «Ангарская городская детская больница №1» (стационар и поликлиника); ОГАУЗ «ИГКБ №8» детская поликлиника; ОГБУЗ «Иркутская областная инфекционная клиническая больница».
5.	Калининградская область	ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области», ГБУЗ КО «Гусевская центральная городская больница» (стационар и поликлиника) ГБУЗ КО «Гурьевская центральная городская больница" (стационар и поликлиника) ГБУЗ КО «Городская детская поликлиника», г. Калининград ГБУЗ КО «Региональный перинатальный центр» ГБУЗ КО «Родильный дом №4» ГБУЗ КО «Центральная городская клиническая больница», детское инфекционное отделение.
6.	Кемеровская область	ГБУЗ «КДКБ им. профессора Ю.Е. Малаховского» ГАУЗ «НГКБ № 1» ГАУЗ «Кузбасская областная детская клиническая больница имени Ю.А. Атаманова» ГАУЗ «ККИБ» ГАУЗ «Кузбасская областная клиническая больница имени С.В. Беляева»

7.	Красноярский Край	КГБУЗ «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства №1», г. Красноярск (стационар и перинатальный центр) КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника №1» КГБУЗ «Красноярская межрайонная детская клиническая больница №5» (детская поликлиника №3) КГБУЗ «Канская межрайонная детская больница»
8.	Курганская область	ГБУ «Курганская областная детская клиническая больница имени Красного Креста» ГБУ «Курганская детская поликлиника» ГБУ «Курганская областная больница №2» (родильный дом) ГБУ «Межрайонная больница № 3» (детская поликлиника) ГБУ «Курганский областной перинатальный центр» ГБУ «Курганская областная специализированная инфекционная больница»
9.	Ленинградская область	ГБУЗ ЛО «Выборгская детская районная больница» (стационар, детская поликлиника) ГБУЗ «Ленинградский областной перинатальный центр» ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница» (стационар, КДЦ)
10.	Мурманская область	ГОБУЗ «Мурманский областной клинический многопрофильный центр» – Перинатальный центр. ГОБУЗ «Мурманская областная детская клиническая больница» – стационар, включая инфекционные отделения, ГОБУЗ «Мурманская городская детская поликлиника №5», ГОБУЗ «Апатитско-Кировская ЦГБ», филиал ГОБУЗ «Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина», стационар, поликлиника.
11.	Ненецкий АО	ГБУЗ НАО «Ненецкая окружная больница имени Р.И. Батмановой» ГБУЗ НАО «Центральная районная поликлиника Заполярного района Ненецкого автономного круга»
12.	Новгородская область	ГОБУЗ «Старорусская ЦРБ» детская поликлиника, стационар Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная детская клиническая больница» (г. Великий Новгород) ГОБУЗ «ОДКБ» детская поликлиника №1 ГОБУЗ «Новгородский областной клинический перинатальный центр имени В.Ю. Мишекурина» ГОБУЗ «Новгородская областная инфекционная больница»
13.	Новосибирская область	ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Областной перинатальный центр, детский стационар, детский консультативно-диагностический центр); ГБУЗ НСО «Маслянинская центральная районная больница» ГБУЗ НСО «Детская городская больница №4 им. В.С. Гераськова»
14.	Омская область	БУЗОО «Городская детская клиническая больница № 3». БУЗОО «Областная детская клиническая больница». БУЗОО «Городская детская клиническая больница №2 имени В.П. Бисяриной» (стационар, детская поликлиника). БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр». БУЗОО «Областная клиническая больница» (перинатальный центр).
15.	Псковская область	ГБУЗ ПО «Детская областная клиническая больница», филиал «Великолукский» ГБУЗ ПО «Псковский клинический перинатальный центр» филиал «Великолукский родильный дом» ГБУЗ ПО «Псковский клинический перинатальный центр» ГБУЗ ПО «Детская областная клиническая больница» ГБУЗ ПО «Псковская детская поликлиника» ГБУЗ ПО «Псковская областная инфекционная больница»

16.	Республика Алтай	БУЗ РА «Перинатальный центр», БУЗ РА «Республиканская больница» (стационар и поликлиника). БУЗ РА «Чойская РБ» (поликлиника и стационар)
17.	Республика Карелия	ГБУЗ «Детская республиканская больница им. И.Н. Григовича» ГБУЗ РК «Центральная районная больница г. Сортавалы» ГБУЗ РК «Детская городская поликлиника №1» ГБУЗ РК «Республиканская инфекционная больница» ГБУЗ РК «Республиканский перинатальный центр им. К.А. Гуткина»
18.	Республика Коми	ГБУЗ РК «Республиканская детская клиническая больница» стационар, консультативная поликлиника; ГБУЗ РК «Клинический кардиологический диспансер» ГБУЗ РК «Коми республиканский клинический перинатальный центр» ГБУЗ РК «Ухтинская детская больница» стационар, поликлиника; ГБУЗ РК «Ухтинский межтерриториальный родильный дом» ГБУЗ РК «Сыктывкарская детская поликлиника № 3» ГБУЗ РК «Республиканская инфекционная больница»
19.	Республика Тыва	ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница» ГБУЗ РТ «Перинатальный центр РТ» ГБУЗ РТ «Инфекционная больница» ГБУЗ РТ «Пий-Хемская центральная кожуунная больница»
20.	Республика Хакасия	ГБУЗ РХ «Республиканская детская клиническая больница» (ГБУЗ РХ «РДКБ»); Детская поликлиническая служба ГБУЗ РХ «РДКБ» ГБУЗ РХ «Саяногорская межрайонная детская больница» (поликлиника, отделение) ГБУЗ РХ «Республиканский клинический перинатальный центр» ГБУЗ РХ «Республиканская клиническая инфекционная больница» (детское отделение)
21.	Санкт-Петербург	СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 Святой Марии Магдалины» СПб ГБУЗ «Детская инфекционная больница №3» СПб ГБУЗ «Городской перинатальный центр №17» СПб ГБУЗ «Детская городская поликлиника №35»
22.	Свердловская область	ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница» (областной перинатальный центр, детской консультативно-диагностический центр, стационар) ГБУЗ СО «ЕКПЦ» ГАУЗ СО «ДГБ № 15» ГАУЗ СО «ДГБ г. Первоуральск»
23.	Томская область	ОГАУЗ «Областная детская больница» (стационар, КДЦ); ОГАУЗ «Детская больница №1» (стационар, детская поликлиника); ОГАУЗ «Детская городская больница №2» (стационар); ОГАУЗ «Областной перинатальный центр им. И. Д. Евтушенко» ОГАУЗ «Городская клиническая больница №1», детские инфекционные отделения №1 и №2; ОГАУЗ «Асиновская районная больница» (стационар и поликлиника),
24.	Тюменская область	ГБУЗ ТО «ОКБ №1» ГБУЗ ТО «ОКБ №2» ГБУЗ ТО «Областная инфекционная клиническая больница» ГБУЗ ТО «Перинатальный Центр» ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №3» ГБУЗ ТО «Областная больница № 23" г. Ялуторовск
25.	Ханты-Мансийский АО	БУ «Нижневартовская окружная клиническая детская больница» БУ «Нижневартовская городская детская поликлиника» БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» БУ «Сургутский окружной клинический центр охраны материнства и детства» БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника №4» (ДП)

26.	Челябинская область	ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница» ГБУЗ «Областной перинатальный центр», г. Челябинск. ГАУЗ «ДГКП № 1 г. Челябинск» ГАУЗ «ГБ № 2 г. Миасс» ГБУЗ «ГДП г. Миасс»
27.	Ямало-Ненецкий АО	ГБУЗ «Салехардская окружная клиническая больница» ГБУЗ ЯНАО «Лабытнангская ЦРБ»
28.	Запорожская область	Строительная площадка Областной детской больницы г. Мелитополь ГБУЗ Бердянская межрайонная поликлиника ГБУЗ Бердянская ЦРБ ГБУЗ «Энергодарская Специализированная Медико-Санитарная Часть» ГБУЗ «Мелитопольская областная больница» ГБУЗ «Мелитопольский областной перинатальный центр»
29.	Херсонская область	ГБУЗ ХО «Геническая центральная районная больница».

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

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

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

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

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

Следует отметить, что низкие показатели работы педиатрической койки коррелируют с большим количеством коек на 10 000 детского населения в субъекте РФ. При превышении 15 коек на 10000 детского населения работа койки была стабильно ниже 280, доходя до 220-240 койко-дней при 25-28 койках. Количество коек от 9 до 15 на 10000 детского населения показали достаточно хорошую среднегодовую работу от 285 до 325 койко-дней.

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

Анализ всех этих данных позволяет сохранить выводы прошлого года:

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

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

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

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

ВЫВОДЫ

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



Выводы по анализу

ОСНОВНЫМИ РЕЗЕРВАМИ СНИЖЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ И ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

Нарушения маршрутизации пациентов

- **Высокие показатели младенческой смертности на I и II уровне оказания медицинской помощи**, что свидетельствует либо о недостаточном качестве маршрутизации в регионе, как беременных со степенями риска, так и новорожденных, либо о недооценке тяжести состояния детей с задержкой их перегоспитализации на III уровень.
- **Высокая доля смерти детей 1-го года жизни в раннем неонатальном периоде** (может свидетельствовать о несоблюдении клинических рекомендаций и протоколов, либо о недостаточном оснащении медицинских организаций и неподготовленности персонала)
- **Высокая доля детей, умерших от врожденных пороков развития** (может свидетельствовать о низкой пренатальной выявляемости, врожденных пороках плода, отсутствии возможности оказания помощи в учреждении родовспоможения, нарушениях маршрутизации).
- **Высокая доля случаев смерти от врожденных пороков развития в возрасте старше 1 месяца** свидетельствует о комплексе мультидисциплинарных (организационных, клинических, эпидемиологических проблем) определяющие качество оказания помощи детям с хирургической патологией.
- **Высокая доля случаев смерти детей 1 года жизни на дому** (может быть связана с недооценкой степеней риска или недооценкой тяжести состояния ребенка при наблюдении детей на амбулаторном этапе, отсутствие сформированных индивидуальных «траекторий» наблюдения детей из групп риска).

Проблемы в организации работы РКЦ

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

Выводы по анализу

Дефекты системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности

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

Выводы по анализу

Проблемы лекарственного обеспечения

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

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

ПО МЕСТУ СМЕРТИ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ

смерти на дому **>25%**

Алтайский край, Калининградская, Курганская, Мурманская области, Республика Хакасия

смерть на дому среди детей до 1 года **>25%**

Алтайский край, Курганская, Ленинградская, Мурманская области, Республики Алтай, Хакасия

>25% **смерти в стационарах I уровня**

Вологодская, Курганская, Омская, Тюменская области

ПО ПРИЧИНЕ СМЕРТИ

смерти от врожденных пороков развития (дети 0-1 года) **>25%**

Санкт-Петербург, Калининградская, Тюменская области, Ханты-Мансийский автономный округ

>55% **смерти от внешних причин** (дети 1-17 лет)

Республики Коми, Тыва, Алтай, Хакасия, Ненецкий автономный округ, Томская область, Ямало-Ненецкий автономный округ

ОБОБЩЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СНИЖЕНИЮ МЛАДЕНЧЕСКОЙ И ДЕТСКОЙ СМЕРТНОСТИ:

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

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

В отчетном периоде особое внимание уделялось совершенствованию амбулаторного этапа оказания медицинской помощи детям как наиболее массового и социально значимого звена.

ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ЯВЛЯЛИСЬ:

- повышение качества первичной медико-санитарной помощи,
- оптимизация маршрутизации пациентов с хроническими и орфанными заболеваниями,
- а также усиление диспансерного наблюдения за детским населением прикрепленных территорий.

В данном разделе представлен комплексный анализ достигнутых результатов, выявленных проблемных зон и разработанных мер по их устранению, что позволяет не только подвести итоги года, но и определить стратегические направления развития амбулаторного звена на предстоящий год.

Анализ организации амбулаторной службы проводился по критериям, характеризующим профилактическую и лечебную работу.

При оценке оснащения поликлиник учитывались следующие параметры:

- организация бережливого производства,
- обеспеченность необходимыми лекарственными препаратами, инструментарием,
- а также учитывалось соответствие в организации поликлиник соответствующих нормативных документов.

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

Параметр «достижение целевых показателей» учитывал соответствие всех составляющих целевых показателей по региону за 2025 год. ***При оценке ведения диспансерных групп детей, инвалидов учитывалось количество и качество осмотров в этих группах и динамика численности этих групп на протяжении 2 лет.*** Эффективность работы информационной системы в амбулаторном звене оценивалась в соответствии с эффективностью ее внедрения в амбулаторной сети.

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

УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ. ИТОГИ ПРОВЕДЕННОГО РЕЙТИНГА ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

I МЕСТО Свердловская область

II МЕСТО Челябинская область

III МЕСТО Тюменская область

IV МЕСТО Курганская область

По сравнению с 2021-2024 годами отмечено улучшение показателей практически во всех регионах этого Федерального округа в 2025 году.

СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ.
ИТОГИ ПРОВЕДЕННОГО РЕЙТИНГА ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

I МЕСТО **Иркутская область**

II МЕСТО **Республика Хакасия**

III МЕСТО **Алтайский край**

По сравнению с 2021 - 2024 годами сохраняют свои позиции Республика Хакасия, Томская область, отмечено улучшение показателей в Республике Алтай, Алтайском крае, Красноярском крае, Республике Тыва. Незначительное снижение показателей в Томской и Омской областях.

СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ.
ИТОГИ ПРОВЕДЕННОГО РЕЙТИНГА ПО ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

I МЕСТО **Санкт-Петербург**

II МЕСТО **Республика Коми и Вологодская область**

III МЕСТО **Калининградская область**

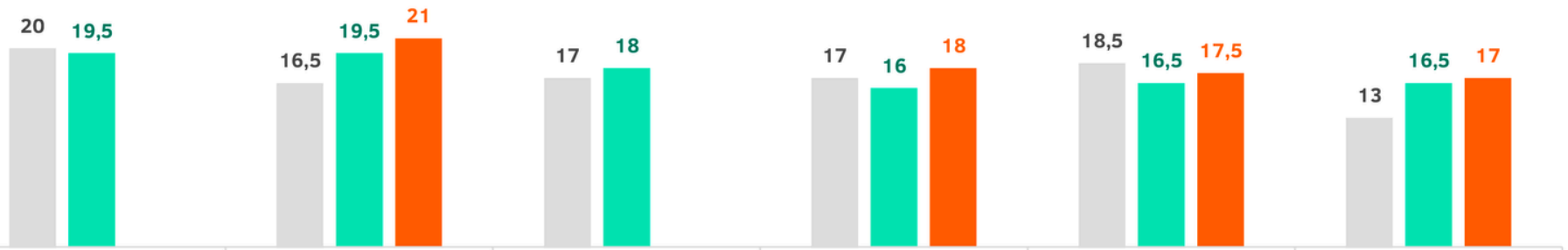
Необходимо отметить улучшение показателей работы в Мурманской область, в других регионах отмечается незначительное снижение или сохранение достигнутых показателей Санкт-Петербург.

ТАБЛИЦА 1.

Субъекты Российской Федерации Уральского федерального округа		Оснащение ДП	Охват проф. осмотрами	Охват детей 15-17 лет, репродуктивное	Проведение дородовых патронажей	Охват детей 1 года жизни грудным вскармливанием	Инвалидность и реабилитация	Выполнение КР	Диспансерная группа	Кадры уч.педиатры	Специалисты	Ведение недоношенных детей	Паллиативная служба	Итого 2023/2024	
Курганская область	г	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	17	16,5/17
	с	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	17	
Тюменская область	г	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	20	16,5/17,5
	с	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	15	
Свердловская область	г	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	22	19,5/21
	с	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	20	
Челябинская область	г	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	20	16/18
	с	2	2	2	2	1	2	1	1	0	1	1	1	16	
Ханты-Мансийский АО	г														
	с														

РИС.1

РЕЙТИНГ УРАЛЬСКОГО ФО



	ХМАО	Свердловская область	ЯНАО	Челябинская область	Тюменская область	Курганская область
2023	20	16,5	17	17	18,5	13
2024	19,5	19,5	18	16	16,5	16,5
2025		21		18	17,5	17

ТАБЛИЦА 2

Субъекты Российской Федерации Сибирского федерального округа	Город/Село	Оснащение ДП	Охват проф. осмотрами	Охват детей 15-17 лет, репродуктивное	Проведение дородовых патронажей	Охват детей 1 года жизни грудным вскармливанием	Инвалидность и реабилитация	Выполнение КР	Диспансерная группа	Кадры уч.педиатры	Специалисты	Ведение недоношенных	Паллиативная служба	Итого 2023/2024	
Республика Алтай	г	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	17	16,5/16,5
	с	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	16	
Алтайский край	г	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	1	18	18,5/18
	с														
Иркутская обл.	г	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	21	18/20
	с	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	19	
Кемеровская обл.	г	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	17	16/16,5
	с	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	16	
Красноярский край	г	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	20	16,5/17
	с	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	14	
Новосибирская обл.	г	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	17	17,5/ 16,5
	с	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	16	
Омская обл.	г	2	2	2	0	1	1	1	1	1	2	1	2	16	17/15,5
	с	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	15	
Республика Хакасия	г	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	19	16,5/18,5
	с	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	18	
Томская обл.	г	1	1	2	0	1	2	1	1	2	2	1	1	15	15/ 14,5
	с	1	1	2	0	1	1	1	1	2	2	1	1	14	
Республика Тыва	г	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	19	16,5/17,5
	с	2	0	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	16	

РИС.2



ТАБЛИЦА 3

	Город/Село	Оснащение ДП	Охват проф.	Охват детей 15-17 лет, репродуктивное здоровье	Проведение дородовых патронажей	Охват детей 1 года жизни грудным вскармливанием	Инвалидность и реабилитация	Выполнение КР	Диспансерная группа	Кадры уч.педиатры	Специалисты	Ведение недоношенных	Паллиативная служба	Итого	
Архангельская область	г														
	с														
Вологодская область	г	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	**19**	**17/**
	с	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	**14**	**16,5**
Калининградская область	г	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1	**18**	**16/**
	с	1	1	0	2	0	1	1	1	2	1	1	1	**12**	**15**
Республика Карелия	г	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	**17**	**16/**
	с	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**10**	**13,5**
Республика Коми	г	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	**20**	**18/**
	с	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	**1**	**16,5**
Мурманская область	г														
	с														
Псковская область	г	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	**15**	**14.5/**
	с	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	**14**	**14,5**
Новгородская область	г	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	**16**	**14/14**
	с	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**12**	
Ненецкий АО	г														
	с														
Ленинградская область	г														
Санкт-Петербург	г	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	**21**	**21/21**

РИС.3

РЕЙТИНГ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО ФО



	СПб	Арх.обл.	Р.Коми	Мурман.обл	Волог.обл	Калин.обл	Ленин.обл	Новгор.обл	Р.Карелия	Псков.обл	НАО
2023	21	18	15	16,5	16,5	16	16	11	13,5	9	13
2024	21	18	18	16	17	16	16	14	16	14,5	12,5
2025	21		16,5		16,5	15		14	13,5	14,5	

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

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

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

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

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

При анализе оформления медицинской документации в 2025 году отмечено улучшение показателей практически по всем регионам. Незначительное снижение отмечено в Челябинской области, Санкт-Петербурге, Новгородской области. **Наиболее полные, с учетом клинических рекомендаций, сроков проведения профилактических осмотров, лабораторных и инструментальных исследований заполнения первичной медицинской документации Тюменской области, Республике Хакасия, Курганской области, Красноярском крае и Санкт-Петербурге, которые на протяжении последних 2 лет сохраняют свои показатели.**

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

Отрицательная динамика, которая была зафиксирована в 2025 году в связана с посещением новых учреждений в областях регионов, где были не учтены предыдущие рекомендации.

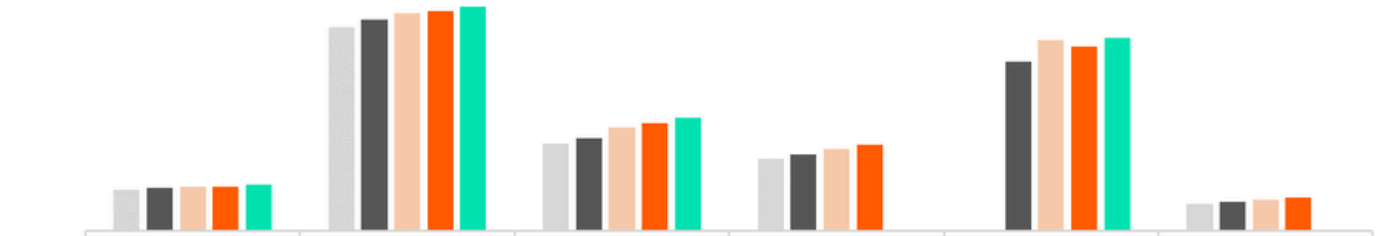
С 2021 года происходит активизация образования службы по проверке качества ведения детей на амбулаторном этапе, в том числе, соответствие ведения детей клиническим рекомендациям.

Однако надо отметить, что система оценки качества и безопасности медицинской деятельности на амбулаторном уровне на настоящий момент организована недостаточно, и на настоящий момент **можно выделить лишь два региона, где она функционирует достаточно уверенно – Курганская область и Челябинская область.**

ИНВАЛИДНОСТЬ. ОБЩАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ

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

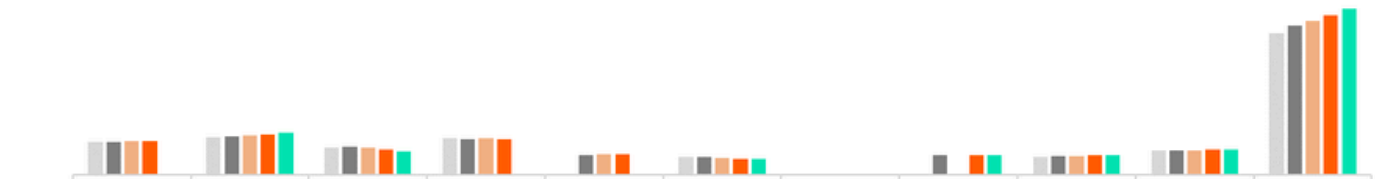
УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (АБС.), РИС.4



	Курганская область	Свердловская область	Тюменская область	ХМАО	Челябинская область	ЯНАО
2021	3849	19237	8228	6799		2528
2022	4059	19964	8759	7240	15930	2733
2023	4224	20539	9792	7715	17980	2957
2024	4193	20704	10228	8152	17394	3183
2025	4426	21132	10652		18230	

Вывод. В Уральском ФО во всех регионах отмечен рост общей инвалидности на протяжении последних 3 лет, более выраженный Свердловской и Челябинской областях, в структуре общей инвалидности ведущими нозологиями являются психические расстройства и расстройства поведения, нервные болезни, врожденные аномалии, на 4-5 места выходят болезни эндокринной системы и болезни уха и сосцевидного отростка.

СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (АБС.), РИС.5



	Архангельская область	Вологодская область	Калининградская область	Ленинградская область	Мурманская область	Новгородская область	НАО	Псковская область	Республика Карелия	Республика Коми	СПб
2021	4471	5153	3753	4983		2484	210		2468	3314	19360
2022	4552	5267	3864	4955	2745	2431	207	2730	2576	3339	20384
2023	4605	5410	3804	4971	2820	2300	218		2655	3414	21019
2024	4604	5596	3557	4886	2867	2247	207	2717	2768	3514	21748
2025		5815	3224			2198		2719	2771	3489	22699

В Северо-Западном ФО в 2025 году отмечена тенденция к снижению общей инвалидности в регионах Калининградской области, Республике Коми, практически без изменений наблюдается в Новгородской и Псковской областях и Республике Карелия, рост общей инвалидности - в Вологодской области и Санкт-Петербурге.

СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (АБС.), РИС.6



	Алтайский край	Иркутская область	Кемеровская область	Красноярский край	Новосибирская область	Омская область	Республика Алтай	Республика Тыва	Республика Хакасия	Томская область
2021	10704	11878	13560	12245		8826	1356	2631	2276	4323
2022	10911	12002	13876	12223	11209	8950	1402	2577	2303	0
2023	11412	12305	13975	12618	12021	9236	1417	2695	2297	4646
2024	11708	12411	14069	12966	12580	9267	1438	2578	2335	4815
2025	11986	12828	13975	13145	13598	9313	1486	2653	2327	4787

В 2025 году отмечается рост общей инвалидности практически во всех регионах Сибирского ФО, за исключением Кемеровской области, Республик Тыва и Хакасии.

В структуре общей инвалидности в большинстве регионов лидирующие позиции занимают психические расстройства и расстройства поведения; болезни нервной системы; врожденные аномалии; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ и болезни уха и сосцевидного отростка.

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ

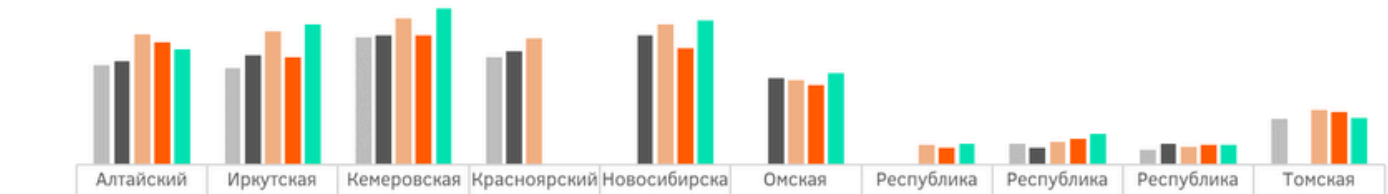
УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (АБС.), РИС.7



	Курганская область	Свердловская область	Тюменская область	ХМАО	Челябинская область	ЯНАО
2021	440	2219	8228	720		2528
2022	455	2367	8759	819	1798	2733
2023	575	2374	9792	1048	1967	2957
2024	482	2255	0	898	2091	
2025	558	2425			2182	

Вывод: По данным диаграммы – рост первичной инвалидности отмечен во всех регионах Уральского ФО.

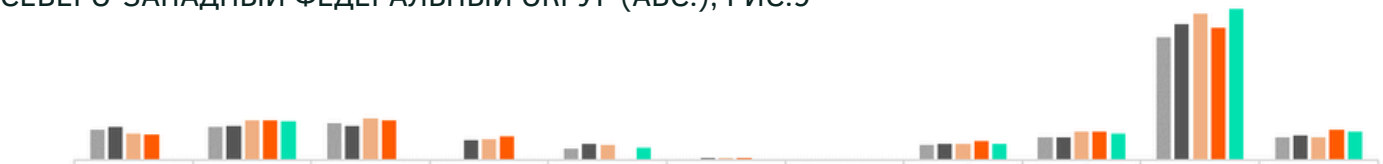
СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (АБС.), РИС.8



	Алтайский край	Иркутская область	Кемеровская область	Красноярский край	Новосибирская область	Омская область	Республика Алтай	Республика Тыва	Республика Хакасия	Томская область
2021	1026	996	1318	1117				208	156	475
2022	1072	1130	1342	1178	1346	893	0	171	216	0
2023	1355	1385	1515	1308	1455	874	199	233	180	561
2024	1272	1118	1342	0	1203	824	172	269	206	541
2025	1197	1453	1623		1493	945	216	313	205	487

Вывод: В Сибирском ФО в 2025 году отмечается снижение первичной инвалидности в Алтайском крае, Республике Хакасия и Томской области, во всех остальных регионах выявлен рост первичной инвалидности.

СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ (АБС.), РИС.9



	Архангельская область	Вологодская область	Ленинградская область	Мурманская область	Новгородская область	НАО	Псковская область	Республика Карелия	Республика Коми	Спб	Калининградская область
2021	490	543	599		181	18		238	359	1999	371
2022	534	551	549	322	254	22	0	264	371	2208	399
2023	435	647	677	331	246	31	0	262	451	2385	363
2024	419	644	648	383		34	0	305	451	2150	486
2025		628			195			265	431	2460	461

Вывод: В Северо-Западном ФО в 2025 году отмечено снижение первичной инвалидности практически во всех регионах, за исключением Санкт-Петербурга.

Была проанализирована возрастная структура общей и первичной инвалидности и ее изменения в течение четырех последних лет. Выраженные изменения были получены за период 2022-2023-2024-2025 гг. В возрастной структуре общей инвалидности практически во всех регионах наблюдается высокий удельный вес возрастных групп от 10 до 14 лет или/и 15-17 лет, в структуре же первичной инвалидности – возрастных групп 0-4 года и/или 5-9 лет, в зависимости от региона.

В возрастной структуре общей инвалидности в Уральском ФО в 2025 году от 10 до 14 лет отмечен рост в Курганской, Тюменской и Челябинской областях, в возрастной структуре от 15 до 17 лет – рост лишь в Тюменской области, В возрастной структуре первичной инвалидности в 2025 году в Уральском ФО отмечен рост в группе от 0 до 4 лет во всех посещенных регионах -Курганской, Свердловской, Тюменской и Челябинской областях.

В структуре первичной инвалидности в возрастной группе от 5 до 9 лет - рост во всех регионах за исключением Челябинской области, где отмечена тенденция к снижению первичной инвалидности в этой возрастной группе.

В таблице 6 необходимо обратить внимание на незначительный рост общей инвалидности в возрастной группе от 10 до 14 лет в 2025 году – в Иркутской области, Республике Хакасия, Новосибирской, Кемеровской областях, Республике Алтай, в возрастной группе от 15 до 17 лет - в Республике Тыва, Новосибирской области, Алтайском крае и Республике Алтай. В возрастной структуре первичной инвалидности отмечен рост в возрастной группе от 0 до 4 лет – в Иркутской области, Республике Тыва и Хакасия, Новосибирская и Кемеровская области, Республике Алтай, в возрастной группе от 5 до 9 лет – значительный рост во всех регионах, за исключением Республики Хакасия.

В таблице 7 отмечен рост общей инвалидности в возрастной группе от 10 до 14 лет в Санкт-Петербурге, в возрастной группе от 15 до 17 лет – в Калиниградской и Псковской областях. В возрастной структуре первичной инвалидности в 2025 году в Северо-Западном ФО в возрастной группе от 0 до 4 лет выявлен рост в Новгородской области, в возрастной группе от 5 до 9 лет – в Санкт-Петербурге.

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

№	Субъект	Выполнение пр.№514/211	Лечение по КР	Ведение гр. риска	Оценка ФР	Диагноз	Активное наблюдение	Итого Ср. ариф.
		22/23/24/25	22/23/24/25	22/23/24/25	22/23/24/25	22/23/24/25	22/23/24/25	22/23/24/25
1	Алтайский край	92,5/90/92/93	50/55/55/60	20/20/40/40	75/50/55/60	65/65/65/65	40/40/40/40	57,1/46,7/58/60
2	Архангельская область	92/95	50/65	20/20	92.5/93	70/70	70/70	65,8/69
3	Республика Алтай	67/68/90/90	50/50/65/50	20/20/20/40	40/40/50/50	55/55/55/55	40/40/40/50	45,3/45,5/53/56
4	Вологодская область	90/90/89/92	53/60/53/65	20/20/33/40	63/55/50/75	63/60/63/65	53/45/20	57/55/51/59
5	Иркутская область	65/90/82/85	50/50/65/65	20/20/20/40	45/45/50/50	90/60/83/82	30/30/70/70	50/49,2/65
6	Калининградская область	80/85/88	55/55/85	20/20/30	60/60/67	65/70/83	50/60/58	55/58/60
7	Республика Карелия	77/88/83	50/60/95	20/20/70	40/50/65	75/83\87	40/70/60	50,3/62/76
8	Кемеровская область	72/60/77/85	60/50/50/50	20/20/20/20	50/40/50/50	65/60/60/60	65/60/60\60	55,3/48,3/53/54
9	Красноярский край	92/92/91/90	60/53/45/91	20/20/20/80	50/53/40/70	65/60/60/90	70/60/50/66	59,5/56,3/51/81
10	Курганская область	78/90/90/90	60/50/60/82	20/20/20/70	60/40/40/87	65/55/65/87	80/80/70/70	60,5/55,8/58/81
11	Республика Коми	92/81/92	60/50/55	20/20/40	50/50/60	65/65/65	70\50/70	59,5/52,7/63
12	Ленинградская область	90/95	60/50	20/20	60/50	80/80	70\60	63,3/59,1
13	Мурманская область	90/80	50/73	20/40	40/80	70/83	20/60	48,3
14	Ненецкий АО	90/90	50/50	20/20	40/40	60/60	40/40	50/50
15	Новгородская область	59/80/70	60/75/60	20/7/20	57,5/50/53	70/85/70	55/65/55	53,5/60/54
16	Новосибирская область	72/83/84/80	55/57/53/85	20/20/20/60	45/47/33/67	65/60/60/87	50/53/50/83	51,2/53,3/50/77
17	Омская область	92/93/96	55/65\63	20/20/20	65/50/57	65/83/82	70/65/70	61,2/63/65
18	Псковская область	78/93/91	50/50/50	20/20/40	50/25/55	47/65/65	68/55/55	52,2/51,3/59
19	Санкт-Петербург	95/95/95/95	70/70/70/60	40/20/20/20	50/60/60/60	60/80/80/80	80/60/60/60	65,8/64,2/64,2/63
20	Свердловская область	90/90/90/90	50/55/55/50	20/20/20/40	70/65/50/75	80/75/75/75	90/75/75/75	66,7/63,3/61/67
21	Томская область	82/79/74/90	60/50/50/70	20/20/20/20	60/50/50/55	70/65/65/70	70/63/40/60	60,3/54,3/50/61
22	Республика Тыва	90/87/87/42	50/45/45/60	20/20/20/70	60/35/40/65	70/65/65/70/85	40/40/60/80	55/48,6/49,5/67
23	Тюменская область	92/87/92/97	60/60/70/96	20/20/20/76	77/77,5/83/91	70/70/70/86	60/60/60/60	63,2/62,4/66/84
24	Республика Хакасия	68/68/77/100	70/70/70/90	40/20/30/60	70/70/60/85	70/70/70/75	55/55/55/50	62,2/58,8/60,3/76
25	Ханты-Мансийский АО	93/91/80	65/65/80	30/20/20	92/92,5/80	70/70/95	70/65/60	70/67,3/69,2
26	Челябинская область	90/90/93/94	55/55/65/65	20/20/20/20	60/50/50/60	65/65/83/50	80/60/65/65	61,7/56,7/63/59
27	Ямало-Ненецкий АО	85/85	60/75	30/0	60/60	80/95	80/90	65,8/67,5

ТАБЛИЦА 5. ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В УФО

Инвалидность	Общая инвалидность								Первичная инвалидность							
Возраст	10-14 лет				15-17 лет				0-4 года				5-9 лет			
Регион / Год	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
Курганская область	н/д	294,4	292,3	302,1	323,6	341,5	331,2	329,8	н/д	54,6	51,3	57.2	н/д	40,7	37,3	51,1
Свердлов. область	282,5	288,2	288,3	277	309,9	320,8	321	320	34,3	34,1	34	36,2	28,4	28,9	28,7	31,3
Тюменская область	260,1	250,7	260	307,5	294,9	424,3	411	328,9	45,4	52,4	55	67,3	47,0	51,9	53	55.8
ХМАО	201,4	205,0	207		214,0	222,6	223		26,8	31,3	31,6		22,1	31,1	31,8	
Челябинск. область	н/д	н/д	297,2	307,1	282	290,8	304	311,8	31,0	36,4	40,6	46,1	28,7	31,6	40,9	40
ЯНАО	247,5	265,3	296,6		247,8	270,5	296,3		38,4	41,7	н/д		34,8	41,2	н/д	

ТАБЛИЦА 6. ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В СФО

Инвалидность	Общая инвалидность								Первичная инвалидность							
Возраст	10-14 лет				15-17 лет				0-4 года				5-9 лет			
Регион / Год	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
Омская область	296,3	298,3	296,6	294,9	325,6	354,6	367,2	355,9	27,7	27,4	25,7	25,5	-	33,6	23	31,8
Иркутская область	281,7	281,2	276.1	279,3	338,8	356,3	348,6	344,3	25,01	30,8	16,8	33,3	21,6	27,05	12,5	29,9
Томская область	н/д	268.0	277,7	277.7	н/д	289,7	307,0	302.4	н/д	29,0	28,9	28.8	н/д	25,3	26,7	31,6
Республика Хакасия	н/д	221,0	228,8	229,3	280,9	253,0	285,9	267	33,9	25,3	22,4	31,9	н/д	15,7	22,4	15,9
Республика Тыва	261,1	281,6	259,7	258,9	280,8	278,2	248,4	299,4	22,7	34,7	22,5	33,9	н/д	33,4	24,3	26,1
Красноярский край	253,6	256,9	266,9	254,7	281,1	287,4	322,3	307,2	26.4	24,8	28,8	27.8	н/д	24,3	22,1	25,8
Новосиб.область	248,6	253,6	268,1	280.2	245,6	273,7	299,5	325.2	26,7	29,4	26,2	29,4	31,2	31,1	24,3	33,5
Кемеровская область	291,1	287,8	290,2	293.6	307,5	331,9	334,5	313,4	42,5	42,1	40	47.6	н/д	29,9	23,4	36,9
Алтайский край	295,8	310,6	317,7	310,2	313,5	344,2	317,7	355,6	30,4	35,7	36,8	36,3	25,4	34,3	29,9	31.7
Республика Алтай	262,5	263,2	261,6	262.9	255	228,7	215,8	237,9	н/д	36,7	33,7	38,4	н/д	26,1	31,6	32,2

ТАБЛИЦА 7. ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ОБЩЕЙ И ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В СЗФО

Инвалидность	Общая инвалидность								Первичная инвалидность							
Возраст	10-14 лет				15-17 лет				0-4 года				5-9 лет			
Регион / Год	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
Архангельская область	255,5	258,8	304,4		н/д	313,1	340,3		31,1	34,2	23,6		н\д	24,4	22,8	
Вологодская область	284,0	279,3	279,5		291,0	317.3	318,3		26.8	37,0	35,1		26,0	26.7	29,5	
Калининград.область	364,6	369,9	н/д	204,9	222,6	238,4	н/д	210,4	24,1	24,1	н/д	24,8	21,8	25,7	н/д	25,7
Ленинградская область	194,4	203,1	198,9		192,0	211.9	214,7		25,2	18,3	13,6		н/д	17,3	13,3	
Мурманская обл.	238,8	246,4	257,2		248,6	268,9	266,8		32,6	29,6	32,7		23,1	32,7	35,4	
Новгород.область	262,4	256,7	275,0	254,1	296,7	272,1	288,5	258,4	н/д	25,1	16,9	20,0	31,5	28,7	27	24,6
НАО	226,9	241,2	228,6		184,3	316,4	323,6		23,3	24,8	54,1		22,4	47,1	51,3	
Респ.Карелия	н/д	29,8	29,8		н/д	33,5	36,9		н\д	4,2	4,7		н/д	2,5	3.3	
Респ. Коми	247,5	250,3			115,5	308,2	223		34,5	25.7			30,7	33,7		
Псковская обл.	н/д	313,7	320,8	315,2	н/д	333,8	341,4	347,3	н/д	25,6	28,2	19,6	н/д	25	21,1	19,2
СПб	293,1	292,2		307,4	294,2	326,1		357	25,1	28,0	31,7	28,7	31,2	33,6	33,1	37,3

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Необходимо обратить внимание на рост удельного веса хронической патологии в диспансерной группе детей на амбулаторном этапе от 20 до 60 %, более высокие цифры наблюдаются в возрастной группе от 15 до 17 лет, а также на высокий процент детей с ожирением в диспансерной группе наблюдения детей с эндокринной патологией (30-40%). Структура диспансерных групп практически идентична в различных регионах - это патологии пищеварительной, дыхательной, костно-мышечной, нервной и эндокринной систем, а также болезни глаза и придаточного аппарата. При организации диспансерного наблюдения часто отсутствует информация о физическом развитии пациента, особенностях анамнеза, отсутствует индивидуальный план ведения больного ребенка с учетом коморбидной патологии.

ТАБЛИЦА 8. ДИСПАНСЕРНАЯ ГРУППА НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 2024/2025

(по данным статистических форм №12 детских поликлиник столиц регионов)

Регион	0-14 лет		15-17 лет	
	Доля от дет.нас., %	Структура диспансерной группы	Доля от дет.нас., %	Структура диспансерной группы
Свердловская область	20	Болезни глаз, нервной, пищеварительной, дыхательной, мочеполовой систем	30	Болезни глаз, мочеполовой, пищеварительной, эндокринной, костно-мышечной систем
Тюменская область	18	Болезни дыхательной, нервной систем, глаз, пищеварительной и мочеполовой систем	50	Болезни глаз, костно-мышечной системы, нервной системы, дыхательной системы, травмы, болезни мочеполовой систем
Челябинская область	22,4	Болезни дыхательной системы. мочеполовой, пищеварительной, эндокринной систем и болезни глаз	39,5	Болезни пищеварительной, дыхательной, мочеполовой, костно-мышечной систем, болезни глаз
Алтайский край	55/59	Болезни нервной системы, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем, болезни глаз	61/88	Болезни костно-мышечной, пищеварительной, дыхательной, мочеполовой систем, болезни глаз
Иркутская область	27,7/91	Болезни глаз, костно-мышечной, нервной, эндокринной систем (44% - дети с ожирением), врожденные аномалии	17,9/90	Болезни костно-мышечной, мочеполовой, нервной, эндокринной (30% - дети с ожирением) систем, болезни глаз

Регион	0-14 лет		15-17 лет	
	Доля от дет.нас., %	Структура диспансерной группы	Доля от дет.нас., %	Структура диспансерной группы
Кемеровская область	69/28	Болезни глаз, костно-мышечной, пищеварительной, эндокринной (48% дети с ожирением), нервной систем.	91/45	Болезни глаз, костно-мышечной, эндокринной (47% дети с ожирением), пищеварительной систем и системы кровообращения.
Красноярский край	56	Болезни глаз, нервной, костно-мышечной, эндокринной (36% дети с ожирением), нервной систем.	83	Болезни глаз, костно-мышечной, эндокринной (34% дети с ожирением), дыхательной систем и системы кровообращения
Новосибирская область	64/90	Болезни дыхательной, пищеварительной, костно-мышечной, нервной систем и болезни глаз	60/87	Болезни пищеварительной, костно-мышечной, дыхательной, эндокринной систем и болезни глаз
Омская область	24,3/30	Болезни глаз, дыхательной, мочеполовой, эндокринной (39% дети с ожирением) систем, врожденные аномали	44,5/58	Болезни глаз, дыхательной, костно-мышечной, эндокринно пищеварительной систем
Республика Хакасия	21/34	Болезни глаз, пищеварительной, дыхательной, костно-мышечной, эндокринной (40% дети с ожирением) систем	32/61	Болезни эндокринной, пищеварительной, дыхательной, костно-мышечной систем и болезни глаз
Архангельская область	43	Болезни пищеварительной, костно-мышечной, эндокринной систем, болезни глаз и врожденные аномалии	61	Болезни костно-мышечной, эндокринной, пищеварительной систем и системы кровообращения, болезни глаз
Вологодская область	26/25	Болезни глаз, пищеварительной, эндокринной (38% дети с ожирением), дыхательной, костно-мышечной систем	3227	Болезни пищеварительной, эндокринной, дыхательной, костно-мышечной систем, болезни глаз

Регион	0-14 лет		15-17 лет	
	Доля от дет.нас., %	Структура диспансерной группы	Доля от дет.нас., %	Структура диспансерной группы
Республика Карелия	5190	Болезни глаз, костно-мышечной, эндокринной (39% - дети с ожирением), пищеварительной систем	74/78	Болезни глаз, эндокринной (34% дети с ожирением), костно-мышечной, мочеполовой систем
НАО	28	Болезни глаз, эндокринной, костно-мышечной, пищеварительной и дыхательной систем	21,5	Болезни пищеварительной, эндокринной, костно-мышечной, дыхательной систем и болезни глаз
Псковская область	22/14	Болезни глаз, дыхательной, нервной, эндокринной систем, врожденные аномалии	2723	Болезни глаз, дыхательной, костно-мышечной, нервной и эндокринной систем
Калининградская область	32/49	Болезни пищеварительной, костно-мышечной, эндокринной (25% дети с ожирением), нервной систем, болезни глаз	2854	Болезни костно-мышечной, дыхательной, эндокринной систем, системы кровообращения, болезни глаз
СПб	4437	Болезни глаз, врожденные аномалии, костно-мышечной, нервной систем	59/73	Болезни пищеварительной, костно-мышечной, дыхательной, нервной систем и болезни глаз

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ

- ведение детей с диагнозами железодефицитная анемия, бронхит, внебольничная пневмония, обструктивный ларингит – вне клинических рекомендаций;
- частое назначение антибактериальных препаратов цефалоспориновой группы;
- отсутствие фиксации показателей массы тела ребенка при назначении лекарственных препаратов;
- полипрагмазия;
- применение средств с недоказанной эффективностью;
- неоправданное и необоснованное назначение антибиотиков при вирусной патологии;
- ошибки в дозировке назначенных препаратов;
- отсутствие расчета жидкости при проведении оральной регидратации;
- проведение выписки ребенка с внебольничной пневмонией на 10 день болезни;
- не указываются пищевые взаимодействия (н-р, не запивать молоком препараты железа);

- редко проводится проверка безопасности комбинации данного лекарственного средства с другой терапией (в случае ее наличия) на предмет фармакокинетического и фармакодинамического взаимодействия (антагонизм, синергизм, усиление токсичности);
- не всегда учитываются сведения об аллергическом анамнезе – в карте не отмечаются известные аллергические реакции у ребенка, не учитывается возможная перекрестная аллергическая реакция;
- редкое назначение активного посещения пациента в случае необходимости.

СМЕРТНОСТЬ НА ДОМУ

УРАЛЬСКИЙ ФО. ТАБЛИЦА 9

Регион	Смертность детей до года			Смертность детей 1-17 лет		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Курганская область	1	1	4	8	10	10
Свердловск. область	34	43	33	106	112	122
Тюменская область	13	12	13	33	41	45
ХМАО						
Челябинская область	23	16	22	82	73	56
ЯНАО						

При анализе смертности на дому детей до года в Уральском ФО выявлен рост в следующих регионах: Курганской области, Челябинской области и снижение в Свердловской области; рост смертности на дому детей старше года отмечен в Свердловской области, Тюменской области и снижение в Челябинской области. Изменений в численности детей, умерших на дому в Курганской области нет.

СИБИРСКИЙ ФО. ТАБЛИЦА 10

Регион	Смертность на дому до года			Смертность на дому от 1-17 лет		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Омская область	16	6	6	35	21	22
Иркутская область	11	14	23	52	53	56
Томская область	5	6	6	12	13	16
Республика Хакасия	6	7	5	23	26	27
Республика Тыва	6	8	8	27	36	46

Регион	Смертность на дому до года			Смертность на дому от 1-17 лет		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Красноярский край	19	16	22	41	38	50
Новосибирская область	6	10	14	39	46	50
Кемеровская область	6	9	11	32	30	35
Алтайский край	17	16	13	52	53	56
Республика Алтай	4	4	1	19	25	15

В Сибирском ФО рост смертности на дому детей до года в Иркутской области, Красноярском крае, Новосибирской области, Кемеровской области, снижение – в Республике Хакасия, Алтайском крае и Республике Алтай. Выявлен рост смертности на дому детей старше года практически во всех регионах Сибирского ФО за исключением Республики Алтай, значительны рост в Республике Тыва, Красноярском крае, Новосибирской области.

СЕВЕРО-ЗАПАДНЫЙ ФО. ТАБЛИЦА 11

Регион	Смертность на дому до года			Смертность на дому 1-17 лет		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Архангельская область						
Вологодская область	53	48	14	Н/д	н/д	н/д
Калининград. область	н\д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Ленинград. область						
Мурманская область						
Новгородская область	3	4	3	5	6	7
НАО						
Республика Карелия	1	0	0	5	4	7
Республика Коми	2	5	5	8	7	8
Псковская область	4	2	0	13	7	3
СПб	н\д	н\д	н\д	н\д	н\д	н\д

В Северо-Западном ФО по имеющимся данным рост смертности детей до года не выявлено, в смертности детей старше года отмечен рост в Новгородской области, Республике Карелия, республике Коми.

В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НА ДОМУ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СЛЕДУЮЩИЕ:

- синдром внезапной смерти;
- инфекционная патология (родители не обращаются за медицинской помощью или обращаются поздно);
- внешние причины (асфиксия, убийство);
- дети с паллиативным статусом;
- невыявленная своевременно патология (отсутствие обследования ребенка согласно приказу №211);
- социальный фактор (нерегулярное наблюдение ребенка в социально-опасной семье);
- ведение детей вне групп риска, несвоевременное выявление врожденной патологии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Наиболее частые замечания по работе амбулаторного звена практически во всех регионах:

- отсутствие в нужном объеме справочной информации у участковых врачей (клинические рекомендации, таблицы или графики по расчету физического развития, таблицы по нервно-психическому развитию);
- низкий уровень информированности участковых врачей об особенностях наблюдения и ведения недоношенных детей на амбулаторном этапе;
- неправильное оформление первичной медицинской документации, небрежное ее ведение, несвоевременное заполнение;
- слабо организованная работа по формированию системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в амбулаторном звене;
- недостаточная укомплектованность врачами дошкольно-школьных отделений поликлиник практически во всех регионах!!!
- соблюдение Клинических рекомендаций в 50% случаев;
- низкий уровень знаний по ведению детей с паллиативным статусом на амбулаторном этапе.

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

3. Выявлены регионы, в которых не проводят дородовые патронажи: *Томская область, Омская область.* После выездов состоялись встречи в местных органах управления. Приняты приказы по организации дородовых патронажей.

4. Важно функционирование кабинетов здорового ребенка, поскольку короткие приемы участковых врачей (до 15 минут) ограничивают возможности полноценной оценки питания, развития и адаптации детей.

В 2024 году отмечены регионы, где кабинет здорового ребенка не функционирует в связи с отсутствием специалистов: *Курганская область, Алтайский край, Республика Хакасия, Республика Тыва, Томская область, Красноярский край, Омская область, Новосибирская область, Иркутская и Кемеровская области, Вологодская область, Псковская область, Мурманская область, Республика Карелия, Калининградская область.*
В 2025 – *Челябинская область, Алтайский край, Томская область, Омская область, Кемеровская область, Псковская область.*

5. В регионах отсутствует анализ полученных данных по заболеваемости детского населения, необходимо анализировать первичную и общую заболеваемость для выявления знаковых моментов в работе медицинских организаций региона – обеспеченность педиатрами, обеспеченность специалистами, оснащенность амбулаторного или стационарного звена, маршрутизация пациентов, недостаточная квалифицированность медицинских кадров и т.д.

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

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

Предложения

- Ввести контроль за проведением дородовых патронажей участковой службой.
- Разработать индивидуальную программу ведения детей первого года жизни с группами риска.
- Рассмотреть возможность организации дистанционного кабинета здорового ребенка в регионах.
- Обеспечить контроль ведения всех детей первого года жизни с острой патологией со стороны заведующей отделения с ежедневным отчетом.
- Создать региональные программы наблюдения недоношенных детей на амбулаторном этапе; проанализировать возможность ведения недоношенных детей одним специалистом в поликлиниках, предварительно прошедшего обучение.
- Усовершенствовать шаблоны и качество ведения детей с хронической патологией, детей-инвалидов и детей с паллиативным статусом с обеспечением преемственности в ведении таких пациентов между выездными паллиативными бригадами и участковыми врачами поликлиник.
- Обеспечить создание папок на рабочем столе компьютера у врачей участковых педиатров с необходимой справочной информацией по всем разделам, обратить внимание

Предложения

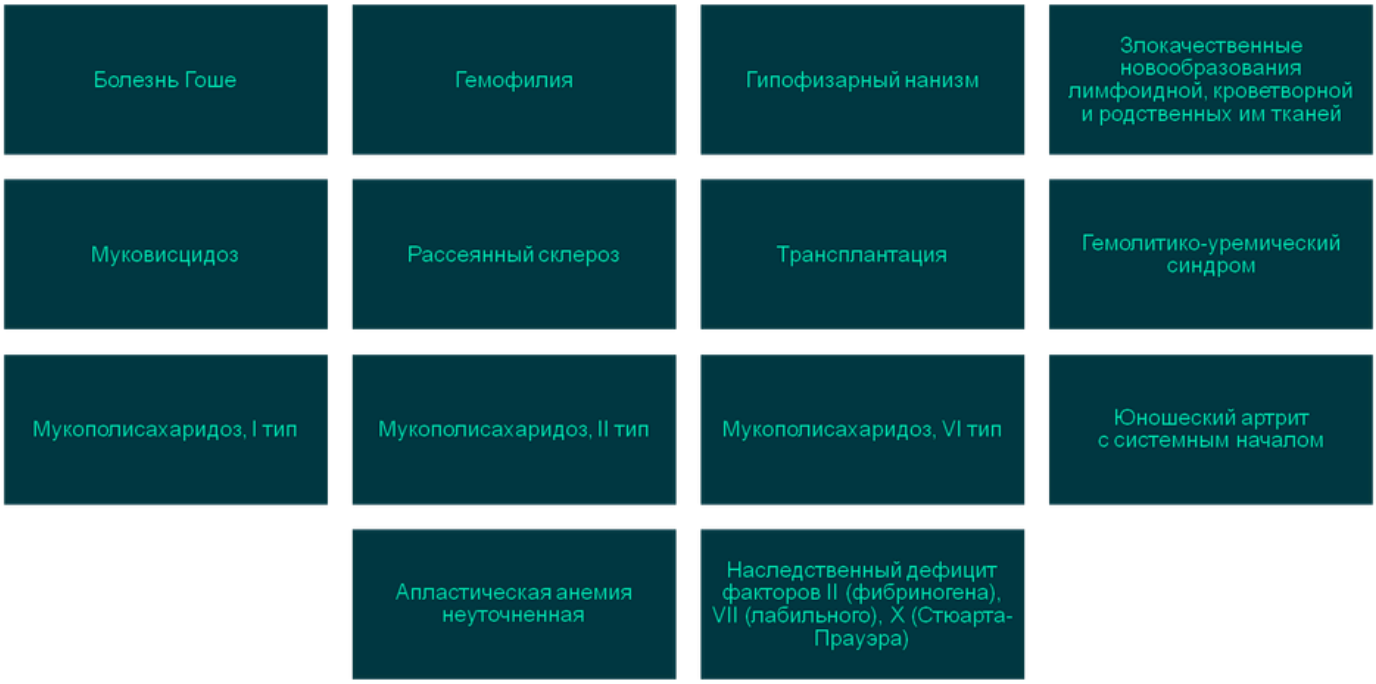
на формирование отдельной папки с актуальными клиническими рекомендациями для доступа оффлайн.

- Разработать и реализовать на межведомственном уровне план мероприятий по профилактике смерти детей от внешних причин. Профилактика «необращения» или «позднего обращения» на амбулаторном этапе.
- Обеспечить привлечение кадров в участковую службу и службу дошкольно-школьного наблюдения детей.
- Усилить междисциплинарное взаимодействие при проведении психологического тестирования в образовательных учреждениях с формированием групп риска суицидального поведения с проведением своевременной консультации психиатра.
- Провести проверку наличия справочной информации по ведению детей с профилактической и лечебной целью на амбулаторном этапе на ФАПах. Создать алгоритмы «красных флагов» по ведению детей с острой патологией для фельдшеров.
- Усилить контроль качества и безопасности медицинской деятельности согласно Рекомендациям от 2023г. на амбулаторном этапе (чек-листы по клиническим рекомендациям, направленная проверка карт по нозологиям, ведение первичной документации).
- Повысить качество межведомственного взаимодействия при ведении детей из социально-опасных семей.
- Обеспечить повышение квалификации участковых врачей, фельдшеров.
- Оснащение поликлиник современным оборудованием и внедрение телемедицинских консультаций со специалистами (особенно в отдаленных районах).
- Повышение информированности родителей по течению заболеваний, возможным осложнениям, вопросам вакцинации.

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

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

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



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

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

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

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

Примечание: ФР ЛЛО – Федеральный регистр льготного лекарственного обеспечения

** Однако в части регионов в 2026 году, также как и в 2025 году, по-прежнему отмечены недостатки в отношении детализации показателей регистров и их анализа отдельно по педиатрическому сегменту в структуре общих сведений.*

ВЫВОДЫ

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

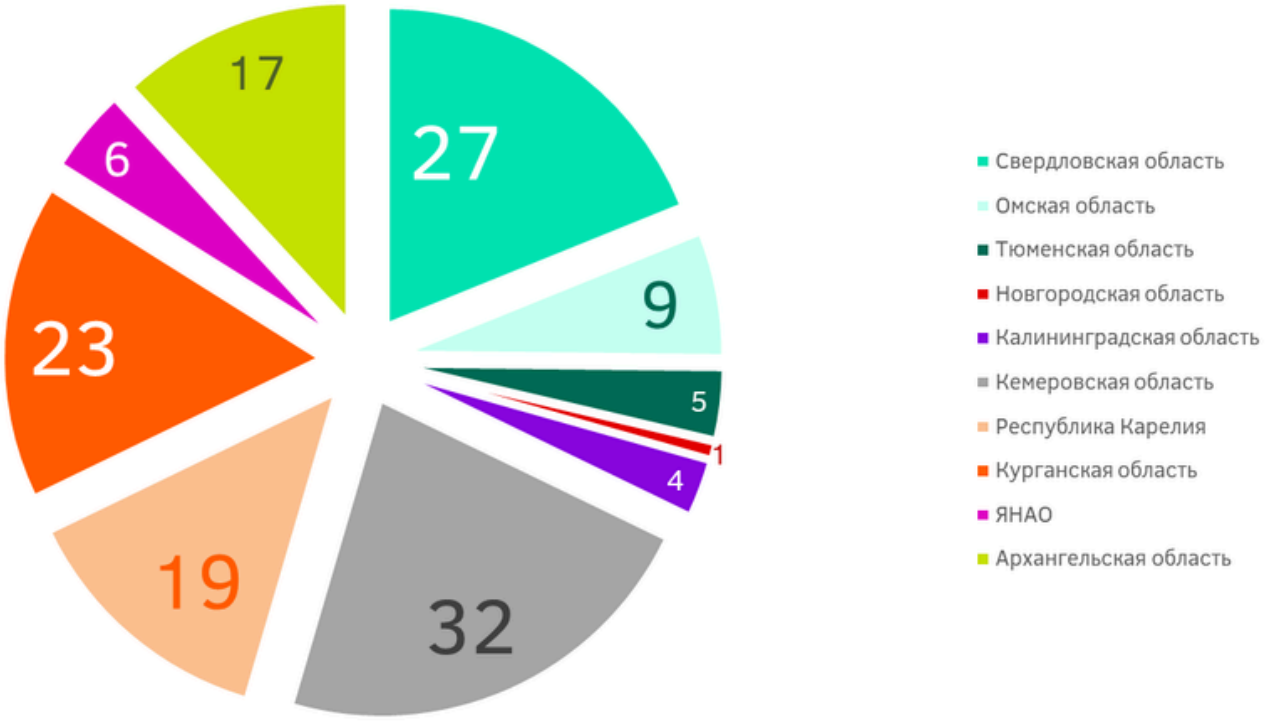
В целом работу большинства регионов по лекарственному обеспечению пациентов педиатрического профиля и расходование финансовых ресурсов на лекарственные средства на уровне субъекта РФ по профилю: «Педиатрия» можно охарактеризовать как приемлемую.

Основными несоответствиями по ведению и мониторингу регистров на предмет получения лекарственной терапии в 2026 году остаются:

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

В динамике по сравнению с 2021 годом, в 2026 году в большинстве курируемых регионов Северо-Западного, Уральского и Сибирского Федеральных Округов, количество пациентов, включенных в регистр 14-ти высокозатратных нозологий, увеличилось.

ДИНАМИКА УВЕЛИЧЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА ДЕТЕЙ, ВХОДЯЩИХ В РЕГИСТР 14 ВЗН



Результаты сравнения

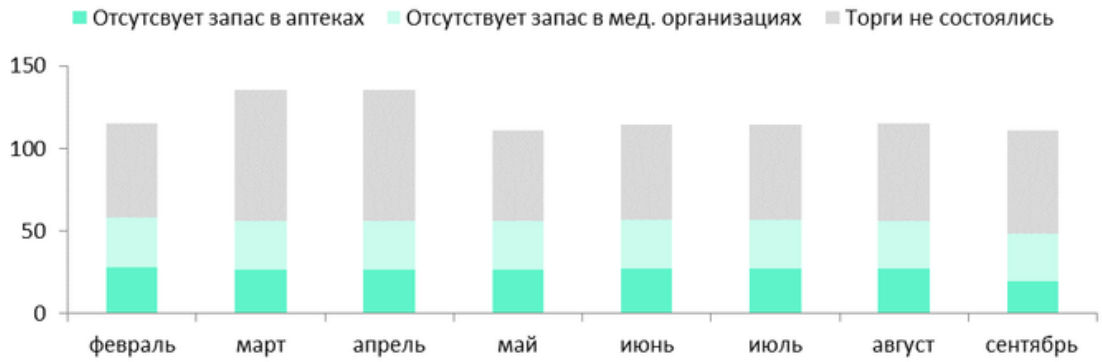
В рамках педиатрического профиля функционируют несколько Федеральных регистров с представительством на уровне регионального сегмента: «Региональный сегмент Федерального регистра больных гемофилией, кистозным фиброзом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной,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

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

В большинстве регионов, особенно в стационарах Iи IIуровня оказания медицинской помощи, нет значимой динамики по освоению и имплементации в медицинской информационной системе персонифицированного учета лекарственных средств и медицинских изделий. В единичных регионах осуществлен переход на электронный документооборот.

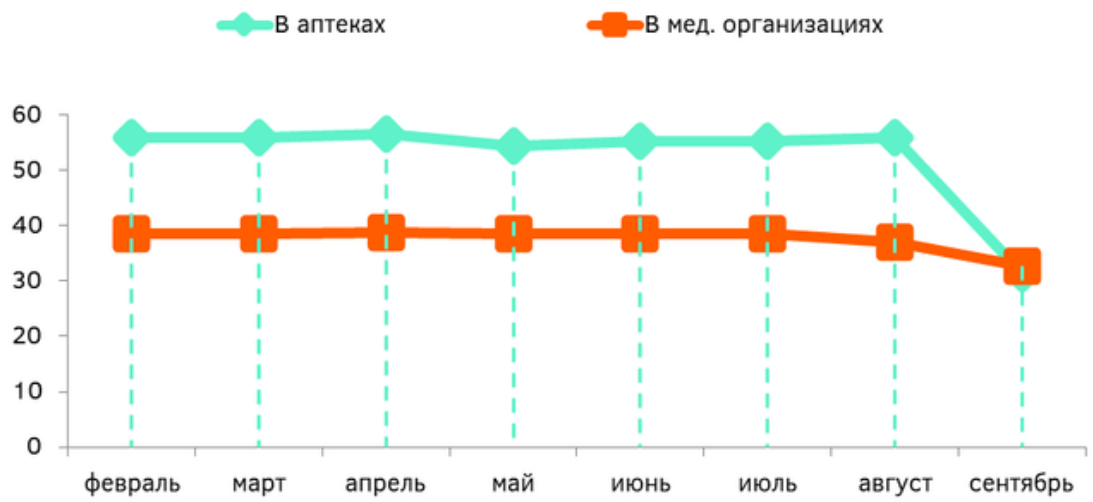
В 2023-2026 гг проведена работа по оценке уникальности лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, их применению, наличию и возможности замены указанных лекарственных препаратов по профилю: «Педиатрия» в курируемых регионах. Изучена обеспеченность лекарственными препаратами в субъектах путем анализа данных аналитической витрины Координационного центра при Правительстве РФ «Мониторинг дефектуры лекарственных препаратов и медицинских изделий» о состоянии лекарственного обеспечения в субъектах Российской Федерации. Динамика за 2026 год представлена на диаграммах.

ЗАПАС МЕДИКАМЕНТОВ И % СОСТОЯВШИХСЯ ТОРГОВ по лекарственным препаратам в 2026 году



Результаты сравнения

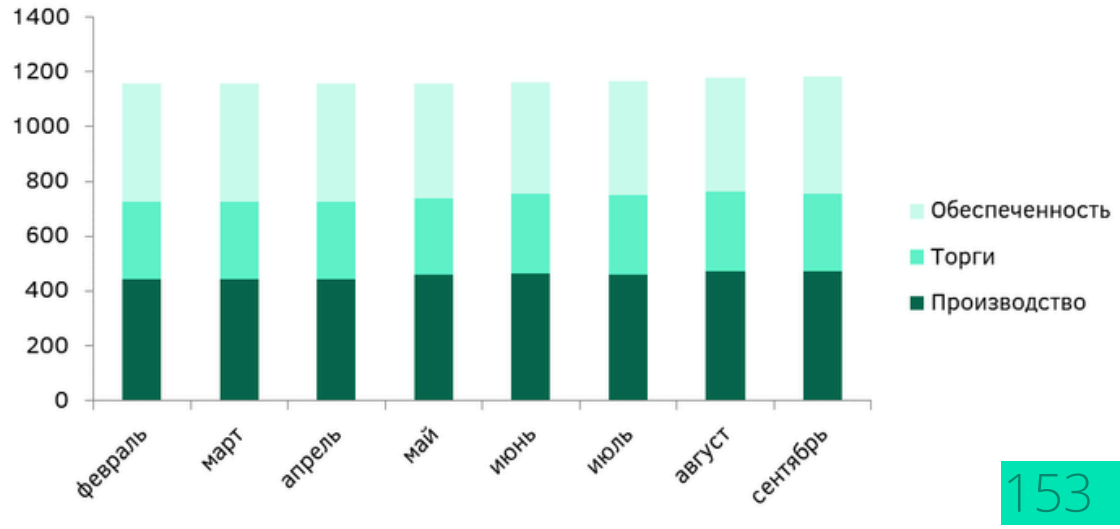
РЕГИОНАЛЬНЫЕ РИСКИ ДЕФЕКТУРЫ
лекарственных препаратов в 2026 году



С учетом проанализированных данных фармацевтического рынка, суммарно по 27-ми курируемым регионам (с февраля по сентябрь 2026 года) запас лекарственных препаратов в аптеках отсутствует для 19,6% позиций препаратов, в медицинских организациях – для 28,4% лекарственных препаратов. Подробный перечень лекарственных препаратов по группам приведен в ежемесячных отчетах НМИЦ.

Суммарно по 27 курируемым регионам с начала февраля по сентябрь 2026 года не состоялось торгов по 63% позиций лекарственных препаратов. Состоялись торги в 80-100% для 21,5% позиций лекарственных препаратов. На 21-79% торги не состоялись для 13,3% позиций лекарственных препаратов. Более, чем на 80% торги не состоялись для 4,3% позиций лекарственных препаратов. Подробный перечень лекарственных препаратов по группам приведен в ежемесячных отчетах НМИЦ. Тремя регионами (Ненецкий АО, Ямало-Ненецкий АО, Ханты-Мансийский АО), по-прежнему, систематически не предоставляется информация о доле несостоявшихся торгов.

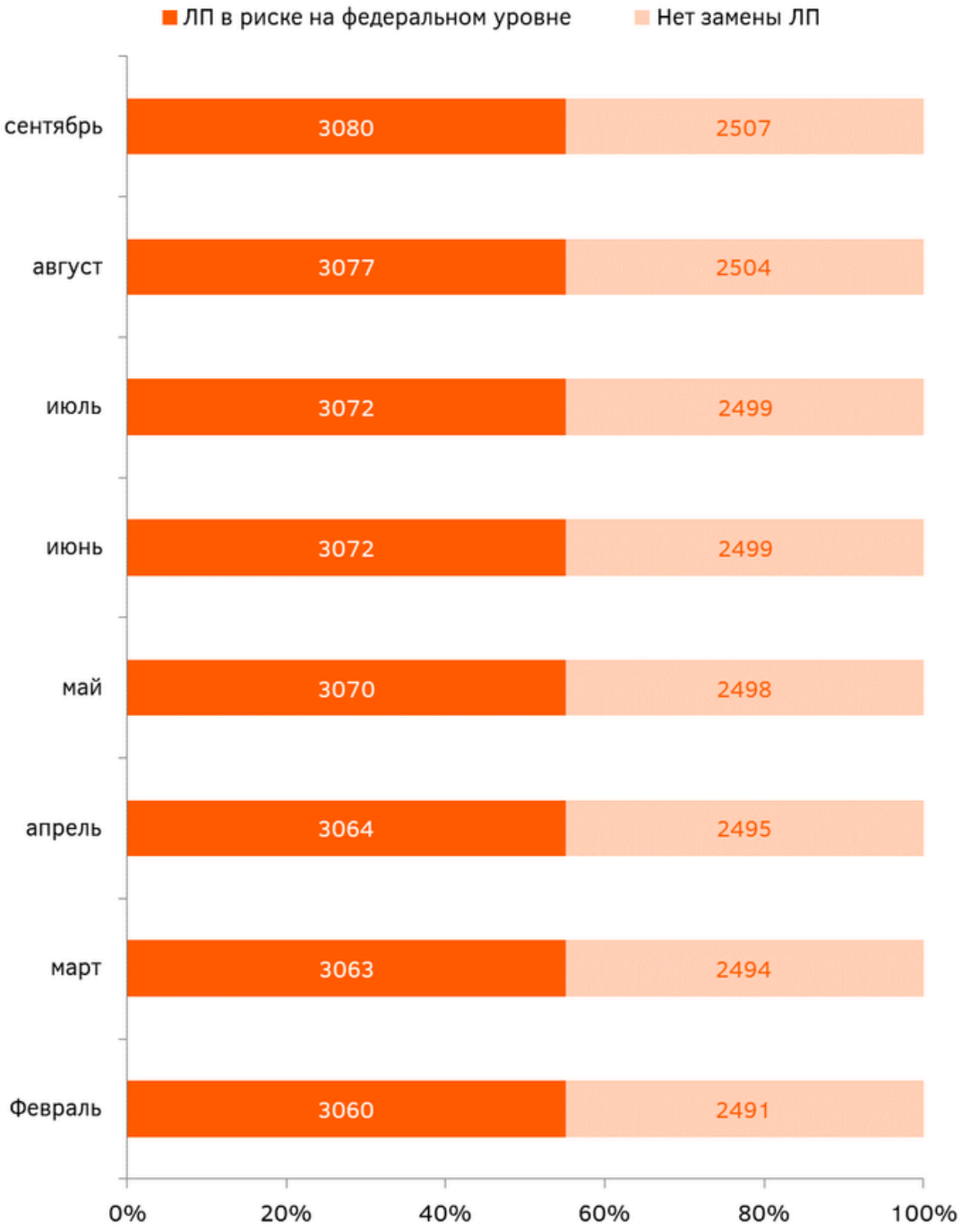
КОЛИЧЕСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ С РИСКОМ ДЕФЕКТУРЫ
по обеспеченности, торгам и производству на федеральном уровне



Результаты сравнения

РИСК ДЕФЕКТУРЫ (КОЛИЧЕСТВО ПОЗИЦИЙ ЛП) И НАЛИЧИЕ ЗАМЕНЫ

лекарственных препаратов, находящихся в риске, на федеральном уровне



На конец сентября 2026 года по импорту и производству на федеральном уровне в риске дефектуры находится 474 наименования лекарственных препаратов из перечня ЖНВЛП, по торгам – 280 лекарственных препаратов, по обеспеченности – 427 лекарственных препарата, все риски определены для 39 лекарственных препаратов.

По сравнению с 2025 годом, количество препаратов в риске дефектуры на федеральном уровне увеличилось.

Максимальный процент увеличения приходится на противомикробные ЛП для системного использования, ЛП, влияющих на пищеварительный тракт и обмен веществ, противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы.

РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В 2021-2026 ГГ

2026

	Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Екатеринбург	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ Алтай	Респ Коми	Респ Тыва	Респ Хакасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Тюменская обл	Ханты-Мансийский ФО	Челябинская обл	Ямало-ненецкий ФО
Организация формулярной системы медицинской организации	100,0	100,0	25,0	37,5	83,3	50,0	75,0	56,3	37,5	25,0	25,0	50,0	25,0	33,3	41,6	50,0	75,0	16,6	66,6	100,0	75,0	62,5	56,3	75,0	50,0	75,0	0,0
Анализ рациональности объемов потребления ЛП в соответствии с профилем медицинской организации	83,4	66,6	0,0	50,0	66,6	0,0	55,6	50,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0	44,4	16,7	0,0	33,4	16,6	11,1	66,6	66,6	50,0	16,7	88,9	100,0	33,3	0,0
Оценка структуры медицинской организации	100,0	100,0	50,0	25,0	50,0	16,6	50,0	50,0	25,0	25,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	37,5	0,0	25,0	58,3	50,0	62,5	37,5	83,3	75,0	62,5	37,5
2026	283,4	266,6	75,0	112,5	199,9	66,6	180,6	156,3	62,5	66,7	25,0	50,0	25,0	127,7	58,3	100,0	145,9	33,2	102,7	224,9	191,6	175,0	110,4	247,2	225,0	170,8	37,5

2021

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

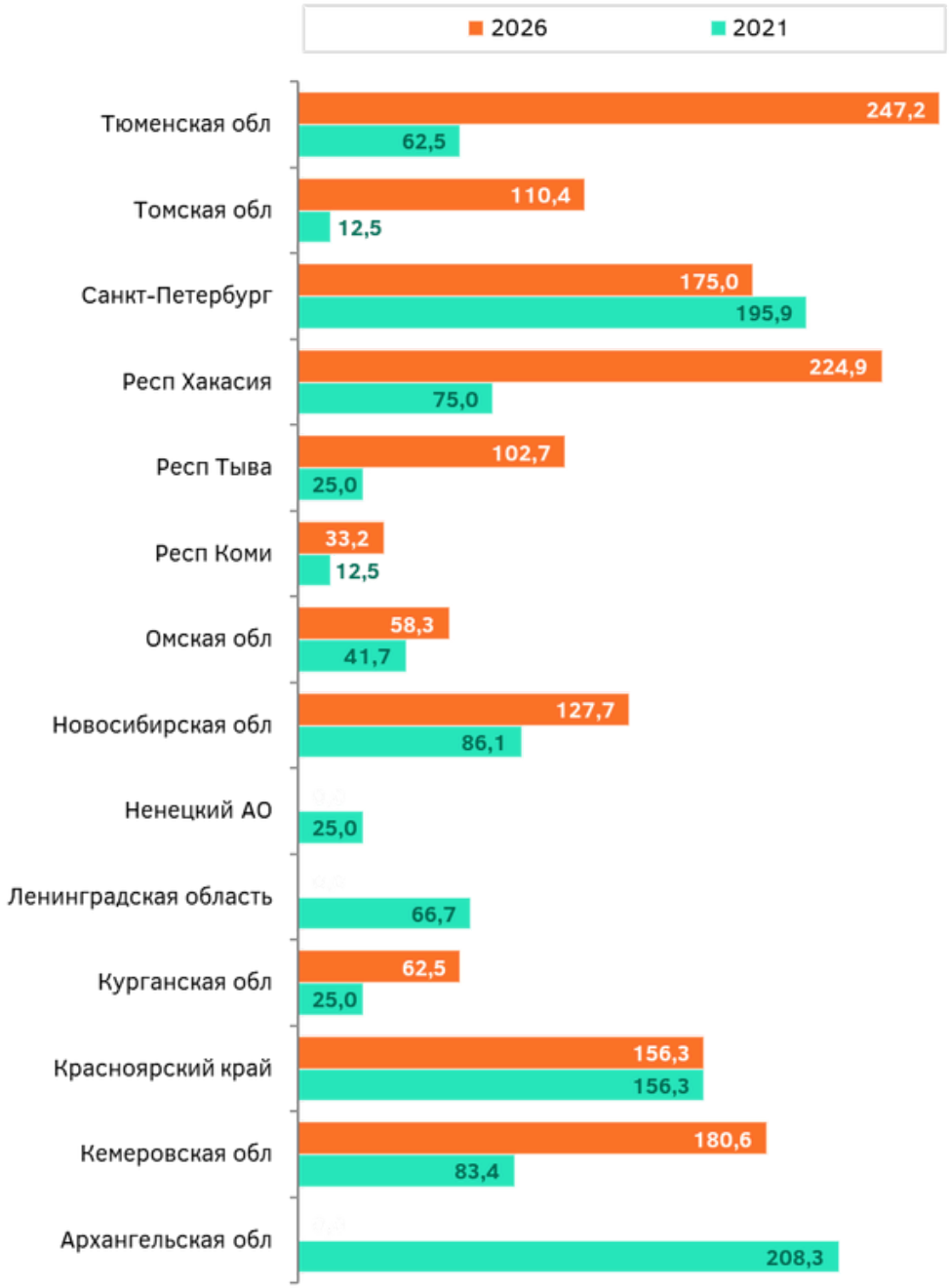
Примечание: соответствие критерию оценивалось в баллах. Итоговые баллы суммировались по всем критериям

Результаты сравнения

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

В 2026 г наиболее высокие показатели преемственности лекарственного обеспечения были отмечены в таких регионах как *Алтайский край, Респ. Хакасия, Иркутская обл., Респ. Карелия, г. Санкт-Петербург, Кемеровская обл., Красноярский край.*

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В 2026 ГОДУ, ПО СРАВНЕНИЮ С 2021 ГОДОМ



ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ

- Детализация показателей и их анализ отдельно по педиатрическому сегменту в структуре общих сведений.
- Систематизация информации по ведению регистров, детализация и анализ отдельных моментов, касающихся обеспечения детей с ВЗН за счет Федеральных/региональных/благотворительных средств.
- Освоение медицинских электронных систем (МИС) на уровне ЛПУ и повышение качества ведения регистров в отношении информации о персонифицированных потребностях в ЛП пациентов и граждан льготных категорий.
- Освоение возможностей автоматического формирования и ведения регистров.
- Усовершенствование формулярной системы.

РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ

Оценка применения лекарственных препаратов в амбулаторных условиях на предмет соответствия фармакотерапии клиническим рекомендациям и стандартам медицинской помощи

Анализ данных проводился на основании выборки медицинских карт амбулаторных пациентов, получавших лекарственную терапию в связи с нозологиями, представленными в актуальных клинических рекомендациях по профилю «Педиатрия».

Подробный анализ в амбулаторном звене приводится на примере пациентов с диагнозами:«Бронхиальная астма», «Кистозный фиброз», «Болезнь Крона», «Язвенный колит», «Ожирение 3-4 степени», «Первичный иммунодефицит», «Прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшенна», имеющих право на льготное лекарственное обеспечение по запрошенной информации о перечне и количестве ЛП, отпущенных пациентам с данными диагнозами за 2025/2026 год.

ВЫВОДЫ

Соответствие перечня назначений лекарственных препаратов (ЛП) при данных нозологиях стандартам медицинской помощи и клиническим рекомендациям находится в диапазоне 60,0-100% в зависимости от субъекта. В большинстве рецептов фигурируют ЛП, показанные к частому применению по стандарту медицинской помощи.

Результаты сравнения и предложения по совершенство-ванию

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНЕНИЯ

По сравнению с 2021г, отмечено улучшение показателей преемственности лекарственного обеспечения с учетом внедряемых клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи на уровне амбулаторного звена и уменьшение назначений препаратов, не отраженных в рекомендациях (Рубрикатор КР (minzdrav.gov.ru).

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ

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



АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ, КАЧЕСТВА ФАРМАКОТЕРАПИИ И УРОВНЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ ПРОЦЕССА ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

На территории субъектов с целью анализа эффективности фармакотерапии и уровня преемственности лекарственного обеспечения анализировалась:

1. Имплементация медицинских информационных систем с целью освоения процесса персонифицированного учёта и расхода лекарственных препаратов (ЛП) и медицинских изделий (МИ).

2. Наличие актуальных внутренних нормативных актов и стандартных операционных процедур (СОП) по закупке, хранению, учету и списанию ЛП.

3. Ведение первичной медицинской и отчетной документации по назначению и обороту ЛП и МИ на отделениях стационара и в прикрепленной аптеке.

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

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

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

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

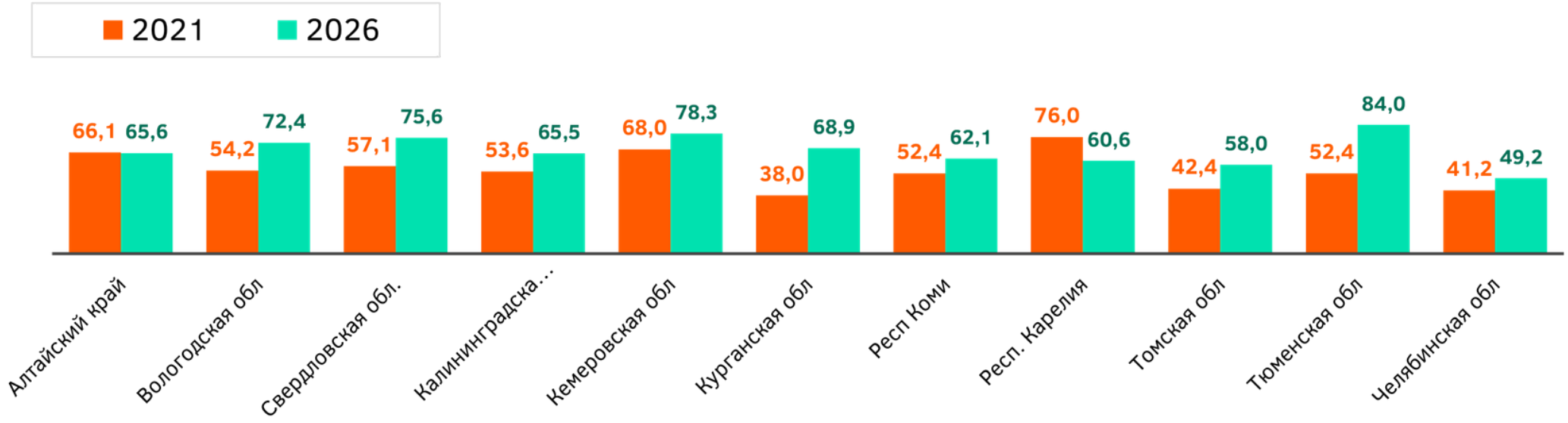
1. Соответствие назначенного лечения и плана обследования стандартам и клиническим рекомендациям
2. Назначение по международному непатентованному наименованию
3. Дозировка соответствует количественно определяемому содержанию препарата
4. Дозировки ЛП соответствуют клиническим рекомендациям
5. Проводится коррекция дозировки с учетом индивидуальных особенностей пациента (при необходимости)
6. Путь введения соответствует необходимому
7. Кратность назначения ЛП, соблюдение сроков дачи, введения ЛП в соответствии с назначением с фиксацией времени введения/дачи ЛП в листах назначений соответствует клиническим рекомендациям и инструкции по медицинскому применению
8. В медицинской документации должна быть отражена эффективность проводимой терапии по данным сопоставимых исследований.
9. При назначении ЛП учтены индивидуальные особенности пациента
10. Назначение ЛП обосновано и подтверждено соответствующими записями в медицинской документации

РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО СУММАРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЗА 2021-2026ГГ

	Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Свердловская область	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ Алтай	Респ Коми	Респ Тыва	Респ Хакасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Тюменская обл	Ханты-Мансийский ФО	Челябинская обл	Ямало-ненецкий ФО
2026	65,6	75,0	72,4	75,6	61,0	65,5	78,3	58,3	68,9	75,8	38,0	36,4	36,4	60,6	56,6	29,2	66,0	62,1	58,0	75,8	60,6	66,7	58,0	84,0	83,4	49,2	65,2
2021	66,1	66,4	54,2	57,1	72,4	53,6	68,0	77,7	38,0	76,4	61,6	74,3	49,3	86,8	69,6	48,8	73,2	52,4	40,1	50,5	76,0	87,4	42,4	52,4	73,8	41,2	72,0

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

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ В 2026 ГОДУ, ПО СРАВНЕНИЮ С 2021 ГОДОМ



АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО ПРОФИЛЮ «ПЕДИАТРИЯ»

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

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

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

Количество проанализированных карт в рамках работы в одном стационаре	Доля карт, в которых соблюдены клинические рекомендации и стандарты оказания мед. помощи в % от общего количества проверенных мед. карт	Доля карт, в которых НЕ соблюдены клинические рекомендации и стандарты оказания мед. помощи
20-50	71,5 ± 21,5* (62,7 ± 30,7 – в 2025 г)	28,5 ± 21,5** (37,3 ± 28,6 – в 2025 г)

ПРИЧИНЫ НЕСООТВЕТСТВИЯ

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

Примечания:
* - с увеличением, по сравнению с данными 2025 годом;
** - с уменьшением, по сравнению с 2025 г.

Выводы

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

Выводы

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНЕНИЯ

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

В большей степени процесс своевременного освоения и внедрения в клиническую практику актуальных клинических рекомендаций характерен для стационаров III уровня оказания медицинской помощи; на II и I уровнях большинства регионов ситуация значительно не изменилась, что связано с низким уровнем мониторинга и координирующей деятельности между учреждениями III уровня и ЛПУ I-II уровней.

Ощутимая положительная динамика в отношении соответствия фармакотерапии клиническим рекомендациям, по сравнению с 2021 годом, отмечена *в Алтайском крае, Вологодской обл., Свердловской обл., Иркутской и Кемеровской областях, Мурманской, Новгородской, Псковской и Томской областях.*

Более низкий процент соответствия фармакотерапии клиническим рекомендациям в 2026 г, по сравнению с 2025 годом, обусловлен бОльшим количеством медицинских учреждений I и II уровней оказания помощи, посещенных в рамках выездных мероприятий.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ

Полученные в ходе выездных мероприятий данные свидетельствуют о необходимости:

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

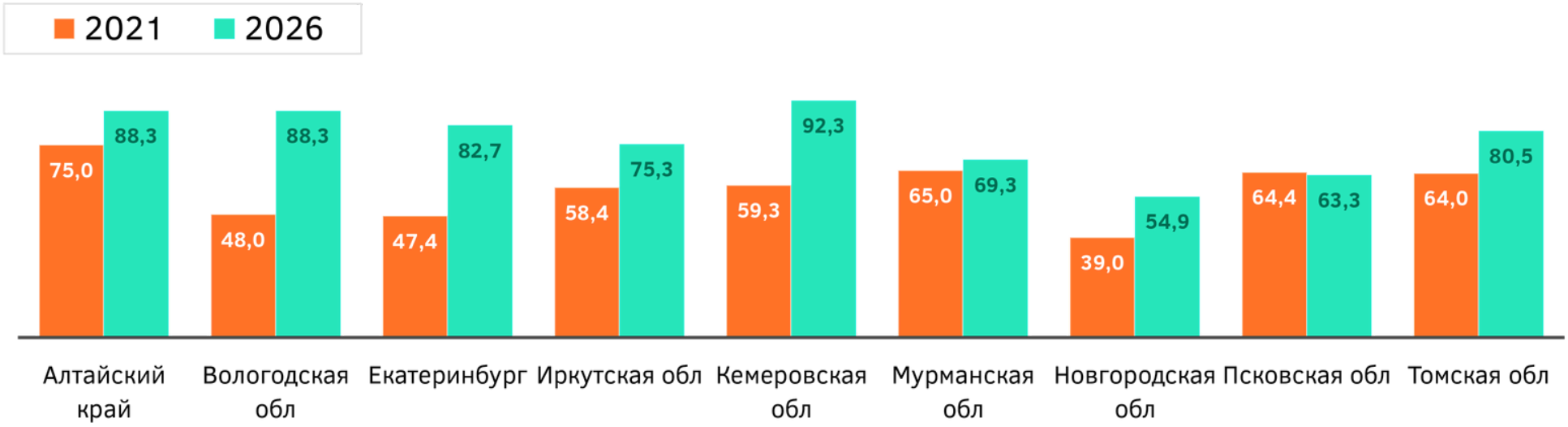
ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ. РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ В 2021-2026 ГГ

2026	Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Екатеринбург	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ Алтай	Респ Коми	Респ Тыва	Респ Хакасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Тюменская обл	Ханты-Мансийский ФО	Челябинская обл	Ямало-ненецкий ФО
2026	88,3	80,3	88,3	82,7	75,3	50,0	92,3	71,7	56,1	72,2	69,3	75,0	54,9	91,7	62,0	63,3	86,6	62,3	82,3	81,3	86,7	67,7	80,5	69,2	92,5	70,8	88,8

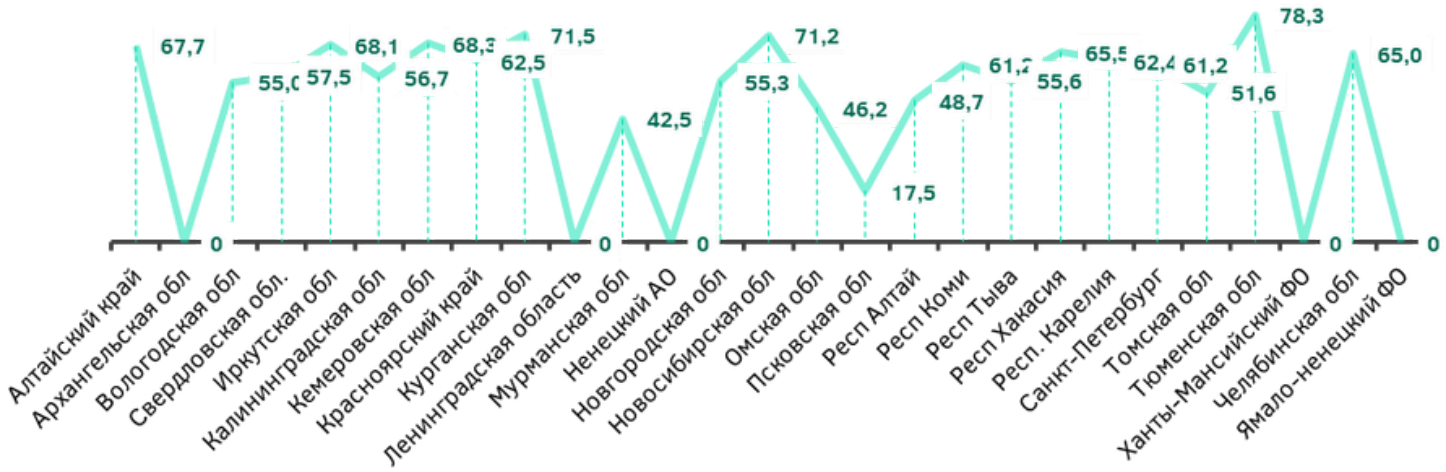
2021	Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Екатеринбург	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ Алтай	Респ Коми	Респ Тыва	Респ Хакасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Тюменская обл	Ханты-Мансийский ФО	Челябинская обл	Ямало-ненецкий ФО
2021	75,0	78,0	48,0	47,4	58,4	56,0	59,3	68,3	31,0	80,0	65,0	80,0	39,0	86,0	68,3	64,4	65,0	51,5	34,0	43,0	80,0	93,3	64,0	50,5	78,3	63,8	32,0

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

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СООТВЕТСТВИЯ ФАРМАКОТЕРАПИИ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ 2026 ГОДУ ПО СРАВНЕНИЮ С 2021 ГОДОМ



АНАЛИЗ СООТВЕТСТВИЯ ПРОВОДИМОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ РЕЗУЛЬТАТАМ ПОСЕВОВ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ В 2026 ГОДУ



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

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

Результаты анализа антибиотикотерапии в курируемых 27 регионах РФ свидетельствуют о том, что в соответствии с чувствительностью антибактериальные препараты назначаются по-прежнему в 50-78% (64 ± 14%) в стационарах III уровня оказания медицинской помощи и в 17-60% (38,5 ± 21,5%) на I-II уровне оказания медицинской помощи в зависимости от региона и уровня стационара.

ВЫВОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНЕНИЯ

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

Также в большинстве курируемых регионов с 2021 по 2026гг отмечено повышение укомплектованности стационаров III и II уровня оказания медицинской помощи по профилю «педиатрия» врачами-клиническими фармакологами и врачами-эпидемиологами.

Специалистам из вышеперечисленных регионов НМИЦ оказывает методическую помощь:

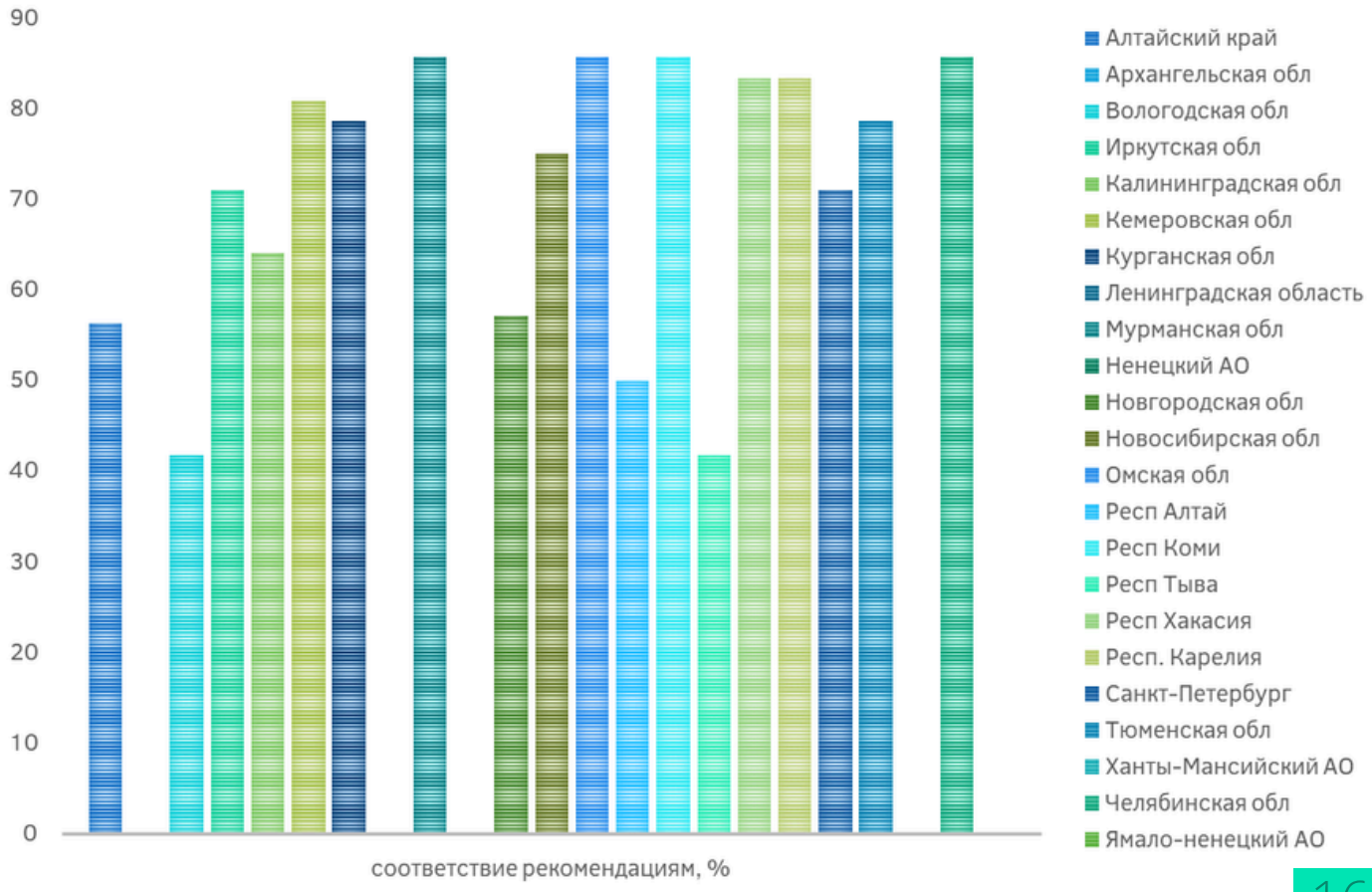
- проведение курсов повышения квалификации по рациональной антибиотикотерапии, стажировок на рабочем месте: «Организация службы клинической фармакологии в многопрофильном стационаре», программа которой разработана в ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ в 2025 году, обмен опытом на рабочем месте со специалистами из различных регионов,

- обучение врачей в рамках выезда в регионе,
- консультативная помощь – консультации с применением телемедицинских технологий и др. консультации по возникающим вопросам,
- проведение образовательных мероприятий по вопросам рациональной фармакотерапии, и в частности, антибиотикотерапии, антибиотикопрофилактике, паллиативной помощи, лечению инвазивных микозов и анемий; осуществлена методическая помощь при разработке протоколов и алгоритмов антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии (Круглый стол «ПАБП при атрезии пищевода», г. Сыктывкар; научно-практическая секция «Эффективная и безопасная фармакотерапия нейроинфекций в педиатрии» в рамках Межрегиональной научно-практической конференции «XXIV Северная Школа», г. СПб; научно-практическая секция: «Неонатальная фармакология. Фокус на эффективность и безопасность» в рамках Международного конгресса «Здоровые дети — будущее страны», г. СПб).

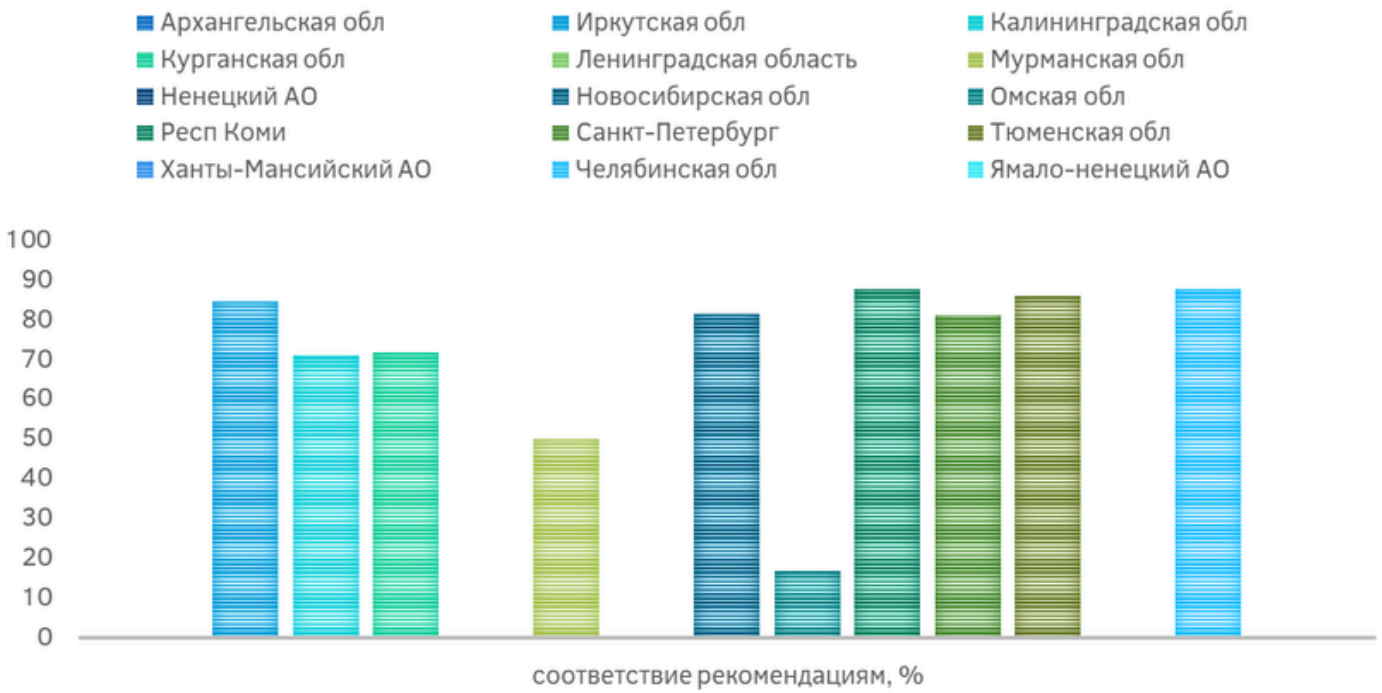
При этом в ряде регионов сохраняется недостаточная укомплектованность врачами-эпидемиологами, клиническими фармакологами. В части регионов не осуществляется эффективная работа по бактериологическому мониторингу и фармакоэпидемиологическому анализу госпитальноймикрофлоры. Сохраняются проблемы при взаимодействии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

Другими значимыми разделами фармакотерапии, характеризующими качество оказания помощи детям, являются инфузионная терапия, парентеральное питание, инотропная и вазопрессорная поддержка, анальгезия и сопроводительная терапия.

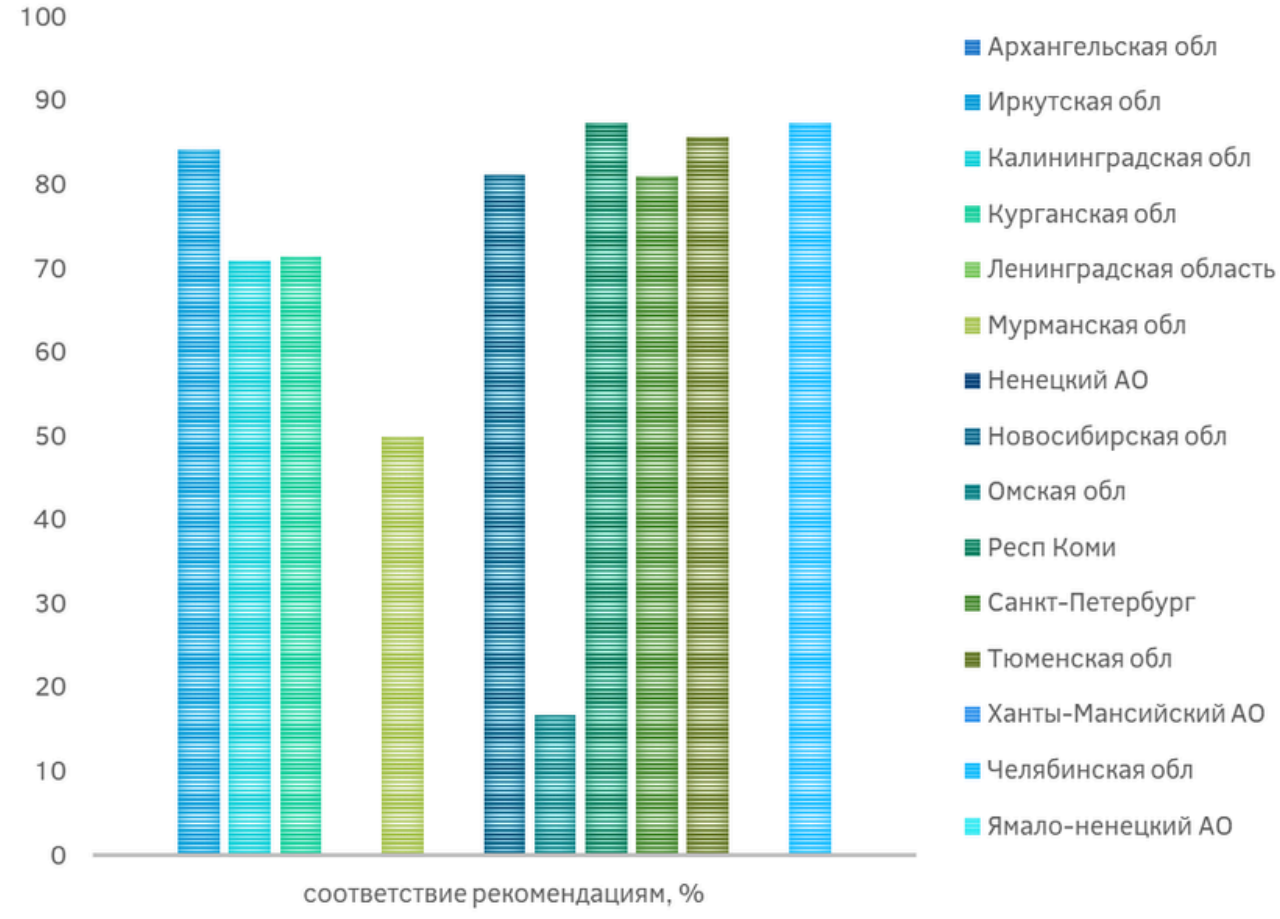
РАЦИОНАЛЬНОСТЬ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ И ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕГИОНА В 2026 ГОДУ ВАРЬИРУЕТ В ПРЕДЕЛАХ ОТ 41,7 ДО 85,7 %.



КАЧЕСТВО ИНОТРОПНОЙ И ВАЗОПРЕССОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕГИОНА В 2026 ГОДУ ВАРЬИРУЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ ОТ 16,7 ДО 87,5 %



КОРРЕКТНОСТЬ ВЫБОРА ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ (НАРКОТИЧЕСКИЕ И НЕНАРКОТИЧЕСКИЕ АНАЛЬГЕТИКИ), А ТАКЖЕ ВСЕСТОРОННЯЯ ОЦЕНКА О ФИКСАЦИЯ СВЕДЕНИЙ О БОЛИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕГИОНА В 2026 ГОДУ ВАРЬИРУЕТСЯ В ПРЕДЕЛАХ ОТ 16,7 ДО 87,5 %.



Ключевые направления по усовершенствованию

Качество терапии ноотропами, гепатопротекторами, витаминами, в соответствии с полученными результатами аудита, во всех курируемых регионах требует усовершенствования и находится в пределах 16,7-58,3% соответствия клиническим рекомендациям и актуальной доказательной базе.

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

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

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

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

В целом за прошедшие 5 лет суммарно по субъектам можно констатировать наличие положительной динамики в отношении качества лекарственного обеспечения, контроля эффективности и безопасности фармакотерапии.

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

I **Усовершенствование системы контроля эффективности фармакотерапии** – разработка внутренней нормативной документации, алгоритмов, протоколов, чек-листов на основе актуальных рекомендаций и стандартов, являющихся инструментом контроля качества. Снижение отдельных показателей эффективности фармакотерапии в ряде регионов к 2025–2026 гг. (в сравнении с 2021 г.) обусловлено ростом числа проверенных стационаров II уровня при сохранении количества учреждений III уровня.

II **Введение должности клинического фармаколога**, что позволяет системно подойти к вопросам контроля эффективности, безопасности фармакотерапии и оптимизации фармакоэкономики – в динамике отмечено повышение укомплектованности медицинских организаций врачами – клиническими фармакологами на 26%, по сравнению с 2021 г.

III **Имплементация системы фармаконадзора** (внедрение нормативных актов, повышение выявляемости, учета и репортирования НР в Росздравнадзор, и следовательно, усиление контроля безопасности фармакотерапии.

IV **Повышение показателей и усиление безопасности фармакотерапии.**

V **Повышение показателей соответствия фармакотерапии клиническим рекомендациям** (714_1 Внебольничная пневмония; ID: 381_3. Бронхит; ID: 281; Инфекция мочевых путей; ID: 25_2 ОРВИ; ID: 306_3 Острый тонзиллофарингит; ID: 669_2 Железодефицитная анемия) и стандартам мед. помощи по таким направлениям, как инфузионная терапия, парентеральное питание, инотропная и вазопрессорная поддержка, анальгезия.

VI **Повышение рациональности антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии,** что имеет большое значение на фоне глобальной современной проблемы роста резистентности возбудителей инфекций и распространения нозокомиальной флоры.

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

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

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

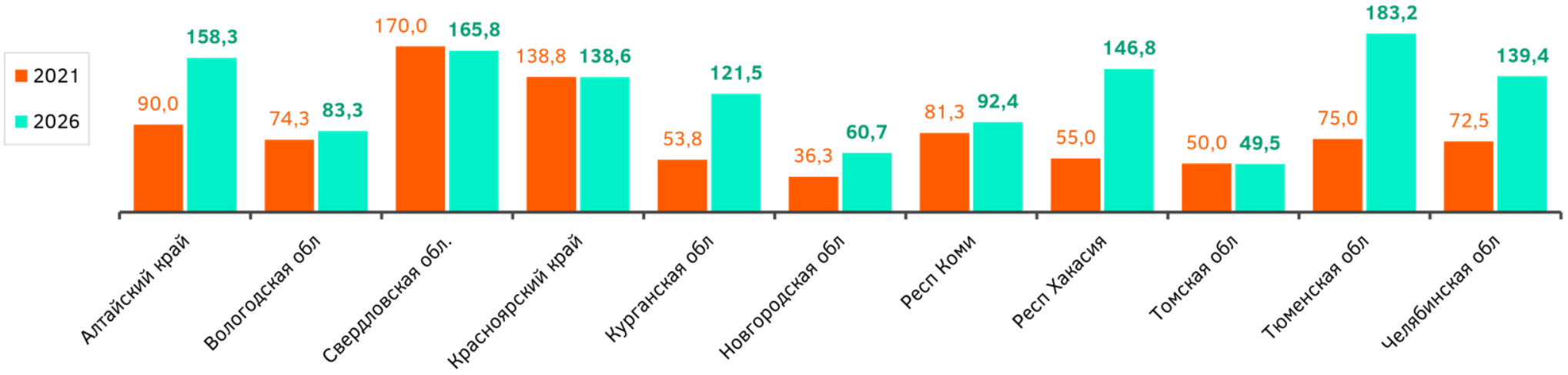
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ, ПРОВОДИМОЙ В СТАЦИОНАРАХ РЕГИОНА ПО ПРОФИЛЮ «ПЕДИАТРИЯ». РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ В 2021-2026 ГОДУ

2026	Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Свердловская область	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ Алтай	Респ Коми	Респ Тыва	Респ Хакасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Тюменская обл	Ханты-Мансийский ФО	Челябинская обл	Ямало-ненецкий ФО
Мониторинг нежелательных реакций, связанных с применением ЛП	100,0	100,0	50,0	87,5	57,8	57,3	85,7	90,6	63,1	46,5	30,5	37,5	35,7	76,2	77,8	37,5	50,0	50,7	57,7	85,7	69,0	75,0	37,0	91,6	78,6	74,4	71,5
Безопасность фармакотерапии	58,3	75,0	33,3	78,3	48,4	11,0	88,9	48,0	58,4	8,4	12,5	37,5	25,0	33,1	53,3	6,3	16,7	41,7	38,9	61,1	50,0	46,3	12,5	91,6	91,7	65,0	0,0
Сумма по безопасности	158,3	175,0	83,3	165,8	106,2	68,3	174,6	138,6	121,5	54,9	43,0	75,0	60,7	109,3	131,1	43,8	66,7	92,4	96,6	146,8	119,0	121,3	49,5	183,2	170,3	139,4	71,5

2021	Алтайский край	Архангельская обл	Вологодская обл	Свердловская область	Иркутская обл	Калининградская обл	Кемеровская обл	Красноярский край	Курганская обл	Ленинградская область	Мурманская обл	Ненецкий АО	Новгородская обл	Новосибирская обл	Омская обл	Псковская обл	Респ Алтай	Респ Коми	Респ Тыва	Респ Хакасия	Респ. Карелия	Санкт-Петербург	Томская обл	Тюменская обл	Ханты-Мансийский ФО	Челябинская обл	Ямало-ненецкий ФО
Мониторинг нежелательных реакций, связанных с применением ЛП	37,5	25	32,5	100	57,5	50	50	62,5	25	75	37,5	0	0	75	75	50	37,5	25	54	25	71,2	75	12,5	25	65	25	35
Безопасность фармакотерапии	52,5	60	41,75	70	70	53,75	73,75	76,25	28,75	65	53,75	40	36,25	78,75	78	42,5	48,75	56,25	52,5	30	58	71	37,5	50	64,25	47,5	20
Сумма по безопасности	90,0	85,0	74,3	170,0	127,5	103,8	123,8	138,8	53,8	140,0	91,3	40,0	36,3	153,8	153,0	92,5	86,3	81,3	106,5	55,0	129,2	146,0	50,0	75,0	129,3	72,5	55,0

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

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БЕЗОПАСНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ 2026 ГОДУ, ПО СРАВНЕНИЮ С 2021 ГОДОМ



Выводы

Ключевыми проблемами системы обеспечения и мониторинга безопасности фармакотерапии в 27 регионах по профилю «Педиатрия» в 2026 году являются:

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

РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНЕНИЯ

1. В большинстве регионов в 2021-2026 гг отмечено повышение укомплектованности штата медицинских учреждений III уровня врачом клиническим фармакологом.

Специалистам из курируемых регионов НМИЦ оказывает методическую помощь:

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

2. **По сравнению с 2021 г, система фармаконадзора учреждена в медицинских учреждениях III уровня оказания помощи в большинстве регионов:**

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

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

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

РЕЙТИНГ ПО КАДРОВОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ КУРИРУЕМЫХ РЕГИОНОВ

При оценке кадрового обеспечения медицинских организаций учитывались показатели:

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

ТАБЛИЦА 28. РЕЙТИНГ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ НА 10 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ ЗА 2025 Г.

Лидеры (2025 г.)		**Наиболее низкие значения (2025 г.)**	
Санкт-Петербург	30,3	Курганская область	10,57
Томская область	21,96	Новгородская область	11,72
Новосибирская область	20,78	Псковская область	12,38
Республика Карелия	19,97	Свердловская область	12,4
Тюменская область	19,45	Республика Хакасия	13,1

ТАБЛИЦА 29. РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ-ПЕДИАТРАМИ УЧАСТКОВЫМИ, 2025 Г.

Лидеры (2025 г.)		**Наиболее низкие значения (2025 г.)**	
Санкт-Петербург	13,12	Челябинская область	6,66
Тюменская область	12,66	Новгородская область	7
Республика Карелия	12,3	Свердловская область	7,1
Омская область	12,1	Курганская область	7,6
Республика Алтай	11,99	Псковская область	7,8

ТАБЛИЦА 30. РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ В АМБУЛАТОРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ, 2025 Г.

Лидеры (2025 г.)		**Наиболее низкие значения (2025 г.)**	
Тюменская область	105,20%	Республика Коми	69,40%
Калининградская область	104,50%	Новгородская область	70,80%
Республика Алтай	94,80%	Республика Хакасия	71,00%
Новосибирская область	93,30%	Иркутская область	74,90%
Свердловская область	93,20%	Курганская область	75,20%

ТАБЛИЦА 31. РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ В СТАЦИОНАРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ, 2025 Г.

Лидеры (2025 г.)		Наиболее низкие значения (2025 г.)	
Республика Тыва	85,90%	Курганская область	24,10%
Санкт-Петербург	75,40%	Кемеровская область	39,70%
Тюменская область	72,50%	Республика Хакасия	44,20%
Калининградская область	68,60%	Челябинская область	45,30%
Красноярский край	63,90%	Вологодская область	45,40%



ТАБЛИЦА 32. РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ФИЗИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ ВРАЧЕЙ-ПЕДИАТРОВ В СТАЦИОНАРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ, 2025 Г.

Лидеры (2025 г.)		Наиболее низкие значения (2025 г.)	
Псковская область	79,40%	Курганская область	46,90%
Омская область	79,40%	Республика Хакасия	55,20%
Челябинская область	78,50%	Новгородская область	60,20%
Тюменская область	78,40%	Республика Алтай	62,80%
Томская область	78,10%	Калининград. область	64,20%

ТАБЛИЦА 33. РЕЙТИНГ РЕГИОНОВ ПО ПОТРЕБНОСТИ В СПЕЦИАЛИСТАХ

Ранг	Регион	Потребность (средняя)	ИД 9амб.)	ИД(стац)	КС (амб)	КС(стац)	Разрыв	Интегральная оценка
1	Калининградская область	14,7	−10,5	2,8	0,9	1,04	0,14	Благополучная
2	Томская область	16,7	−5,4	6,6	0,94	1,13	0,19	Благополучная
3	Новосибирская область	7,4	1,1	26,2	1,01	1,43	0,42	Умеренная
4	Республика Алтай	8,4	2,2	10,2	1,02	1,2	0,18	Умеренная
5	Республика Тыва	13,3	10,3	9,6	1,12	1,11	−0,01	Умеренная
6	Красноярский край	32,8	3,6	25,9	1,04	1,41	0,37	Умеренная
7	Тюменская область	7,5	−6,3	25,8	0,94	1,36	0,42	Умеренная
8	г. Санкт-Петербург	45,1	10,4	7,5	1,14	1,1	−0,04	Умеренная
9	Алтайский край	54,7	4,9	19,7	1,06	1,32	0,26	Высокая
10	Свердловская область	24,4	6,8	26,8	1,07	1,44	0,37	Высокая
11	Мурманская область	11	5,2	38,4	1,06	1,72	0,66	Высокая
12	Псковская область	36,3	17	22,2	1,22	1,49	0,27	Высокая
13	Новгородская область	43,3	17,9	29,3	1,25	1,49	0,24	Высокая
14	Вологодская область	9,9	17,8	40,4	1,22	1,72	0,5	Критическая
15	Республика Карелия	11,9	20,4	32,7	1,27	1,69	0,42	Критическая
16	Кемеровская область	35,9	10,8	40,1	1,13	2,01	0,88	Критическая
17	Челябинская область	31,7	17,9	40,5	1,24	1,89	0,65	Критическая
18	Иркутская область	35	14,6	33,8	1,19	1,72	0,53	Критическая
19	Республика Коми	19,2	23,5	32,4	1,34	1,69	0,35	Критическая
20	Омская область	26	16,5	43,7	1,2	1,82	0,62	Критическая
21	Курганская область	49,1	6,6	41,4	1,09	2,72	1,63	Экстремальная
22	Республика Хакасия	14,5	26,9	48	1,38	2,09	0,71	Экстремальная

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЙТИНГА

Группа A (благополучная): Калининградская область, Томская область. Низкий уровень потребности, благополучная укомплектованность амбулаторного звена, относительно контролируемая ситуация в стационаре. Разрыв между звеньями минимален.

Группа B (умеренная): Новосибирская область, Республика Алтай, Республика Тыва, Красноярский край, Тюменская область, г. Санкт-Петербург. Отдельные проблемы (например, высокий ИД в стационаре в Новосибирской и Тюменской областях), но в целом ситуация контролируема.

Группа C (высокая): Алтайский край, Свердловская область, Мурманская область, Псковская область, Новгородская область. Высокая потребность и/или значительный дефицит в стационарном звене. Требуют внимания.

Группа D (критическая): Вологодская область, Республика Карелия, Кемеровская область, Челябинская область, Иркутская область, Республика Коми, Омская область. Критический дефицит в стационарном звене (КС 1,7–2,0) и значительный разрыв между звеньями. Требуют первоочередного вмешательства.

ТАБЛИЦА 34. РЕЙТИНГ СУБЪЕКТОВ РФ ПО ИНТЕГРАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЦЕЛЕВОЙ ПОДГОТОВКИ

Ранг	Субъект	ИПЭ	Категория
1	Новосибирская область	0,89	Высокая эффективность
2	Тюменская область (без АО)	0,81	Высокая эффективность
3	Алтайский край	0,76	Высокая эффективность
4	Томская область	0,68	Умеренная эффективность
5	Красноярский край	0,64	Умеренная эффективность
6	Кемеровская область	0,62	Умеренная эффективность
7	Омская область	0,6	Умеренная эффективность
8	Республика Коми	0,57	Умеренная эффективность
9	Свердловская область	0,55	Умеренная эффективность
10	Калининградская область	0,51	Умеренная эффективность
11	Республика Карелия	0,48	Низкая эффективность
12	Ленинградская область	0,46	Низкая эффективность
13	Республика Тыва	0,44	Низкая эффективность
14	Республика Хакасия	0,42	Низкая эффективность
15	Иркутская область	0,4	Низкая эффективность
16	Челябинская область	0,37	Низкая эффективность
17	Псковская область	0,34	Низкая эффективность
18	Мурманская область	0,32	Низкая эффективность

Ранг	Субъект	ИПЭ	Категория
19	Курганская область	0,27	Критическая эффективность
20	Новгородская область	0,23	Критическая эффективность

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЙТИНГА

Группа A (высокая эффективность): Новосибирская область, Тюменская область, Алтайский край. Эти регионы демонстрируют сбалансированную кадровую политику: высокую долю трудоустроенных целевиков, низкий уровень неисполнения обязательств, значительный удельный вес закрепившихся выпускников. Опыт подлежит тиражированию.

Группа B (умеренная эффективность): Томская, Красноярская, Кемеровская, Омская области, Республика Коми, Свердловская область, Калининградская область. Эти регионы имеют отдельные успехи, но сталкиваются с системными проблемами: либо недостаточное финансирование целевых мест, либо высокая доля неисполнивших обязательства, либо низкое закрепление.

Группа C (низкая эффективность): Республика Карелия, Ленинградская область, Республика Тыва, Республика Хакасия, Иркутская область, Челябинская область, Псковская область, Мурманская область. Для этих регионов характерны: низкое трудоустройство, высокий отток в ординатуру, значительная доля неисполнивших обязательства.

Группа D (критическая эффективность): Курганская область, Новгородская область. Эти регионы требуют немедленного вмешательства: критически низкое трудоустройство, высокий уровень неисполнения обязательств, минимальный удельный вес закрепившихся выпускников.

Выводы

1. **Численность педиатров выросла на 186 человек (22 субъекта из 27), региональные различия почти трёхкратные: 10,57 — 30,30 на 10 тыс. детей.**
2. **Кризис сосредоточен в стационарах: медиана укомплектованности 53,0% против 81,5% в поликлиниках; помощь держится на совместительстве (КС 1,7–2,7 в половине субъектов).**
3. **Высокая укомплектованность ставок — «кадровая иллюзия»: ИД в стационарах до +48 п.п.; улучшение за счёт сокращения штатов, штат участковых ниже норматива.**
4. **Потребность 2021–2025: снижение в СЗФО (–46,5% по педиатрам) и СФО, рост в УФО (+5,3%); отчётные данные занижают дефицит стационаров.**
5. **Целевое обучение не компенсирует дефицит: трудоустроены 40,7% выпускников 2025 г., 45,3% ушли в ординатуру; заявки не соответствуют потребности.**
6. **Экстремальная группа — Курганская область и Респ. Хакасия; критическая — Вологодская, Карелия, Кемеровская, Челябинская, Иркутская, Коми, Омская.**



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

ЗА ПЕРИОД 2020-2026 ГГ., РАЗВИТИЕ АВТОМАТИЗАЦИИ СУБЪЕКТОВ РФ ОЦЕНИВАЛОСЬ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ:

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

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

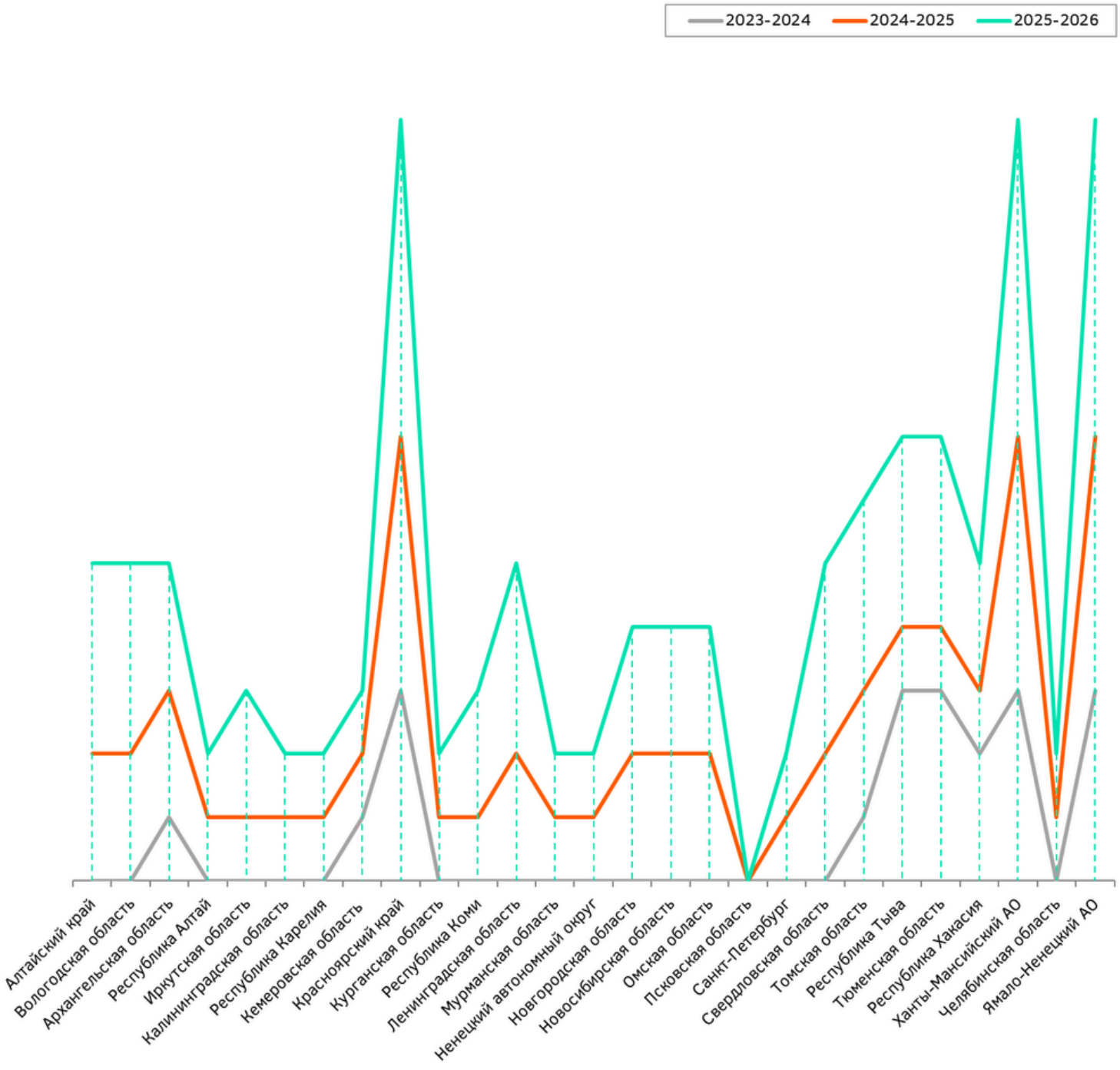
В. число медицинских организаций (структурных подразделений) использующих МИС, всего в субъекте РФ; из них:

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

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

За период 2021-2026 годы стабильно положительную динамику демонстрируютсубъектов (Красноярский край, Ханты-Мансийский АО, Ямало-Ненецкий АО) (Рисунок 1).

РИСУНОК 1. РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА ПРОЦЕССОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ по профилю «педиатрия» с учетом субъекта РФ 2023-2026 гг.



Из 27 курируемых субъектов 12 – имели положительную динамику за период 2025-2026 гг., 17 - отсутствие динамики.

Отрицательная динамика не была отмечена.

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

регионы с положительной динамикой



88,9%

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

- Новосибирская область
- Красноярский край
- Архангельская область
- Ханты-Мансийский АО
- Свердловская область
- Вологодская область
- Республика Коми
- Алтайский край
- Иркутская область
- Томская область
- Ямало-Ненецкий АО
- Ленинградская область

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

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

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

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

100%

посещенных медицинских организаций в 2026 г. реализуют ведение ЭМК

90,2%

медицинских организаций интегрированы с лабораторными информационными системами (ЛИС)

В 2026 году 81% организаций не реализована интеграция с системой хранения результатов диагностических исследований, при этом 11% медицинских организаций субъектов не имеют возможности автоматического формирования реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, а 3,7% - формирования расписания приема специалистов, учет и планирования занятости коечного фонда.

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

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

Организационные мероприятия:

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



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

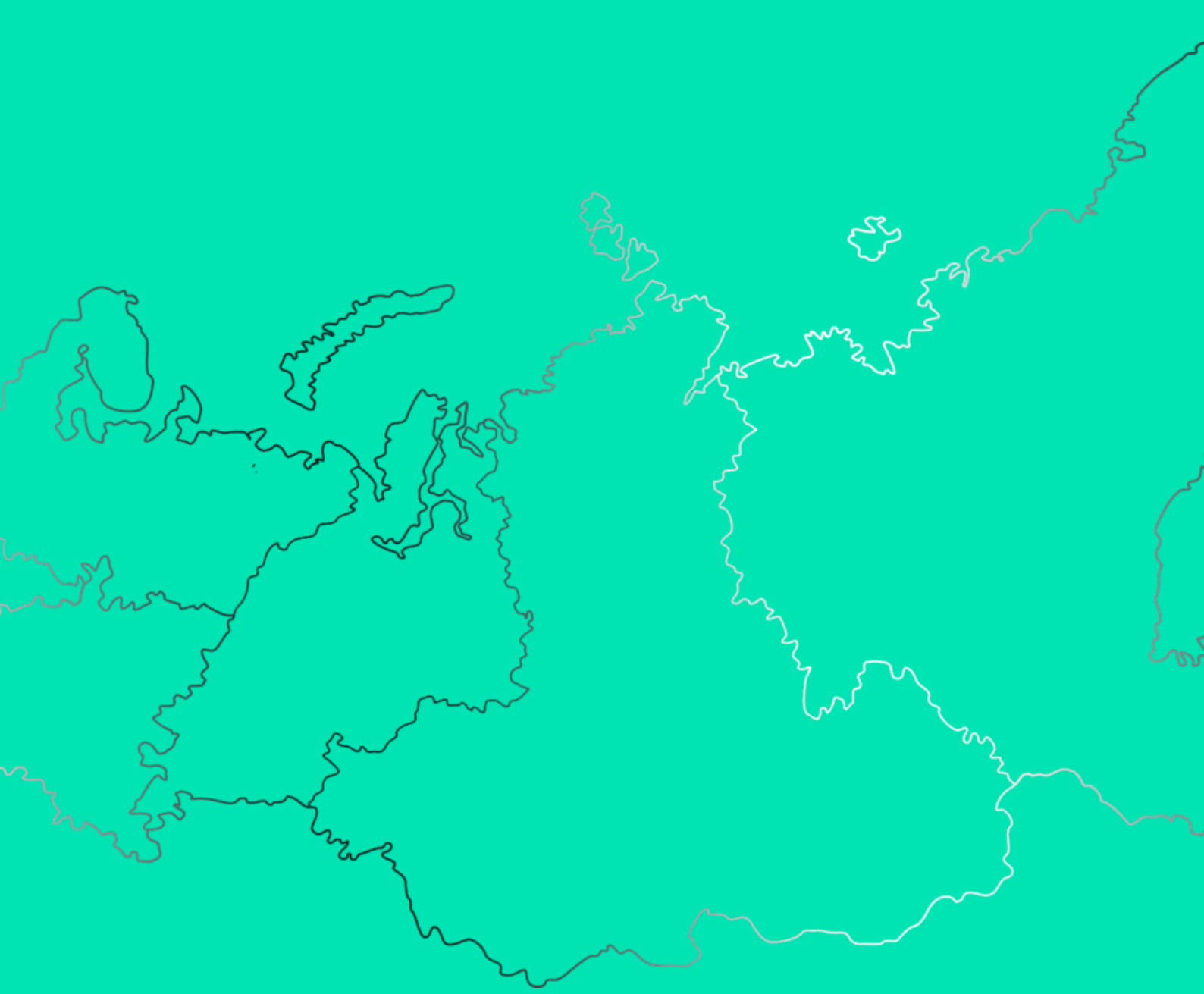
85% медицинских организаций требуют реализации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», в том числе формирования плана внутренних аудитов и их проведение, формирование планов корректирующих мероприятий, анализ выявленных нарушений.

96,2% медицинских организаций требуют усиленного контроля за выполнением критериев оценки качества медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи, а также ведения первичной медицинской документации.

70% курируемых «якорных» организаций в 2026 году не реализовали анализ и оценку организации оказания медицинской помощи в регионе, организационно-методической помощи врачам медицинских организаций, расположенных на территории субъекта РФ в соответствии с Приказом 19н от 21.01.2022 «Об утверждении типового положения о краевой (республиканской, областной, окружной) больнице».

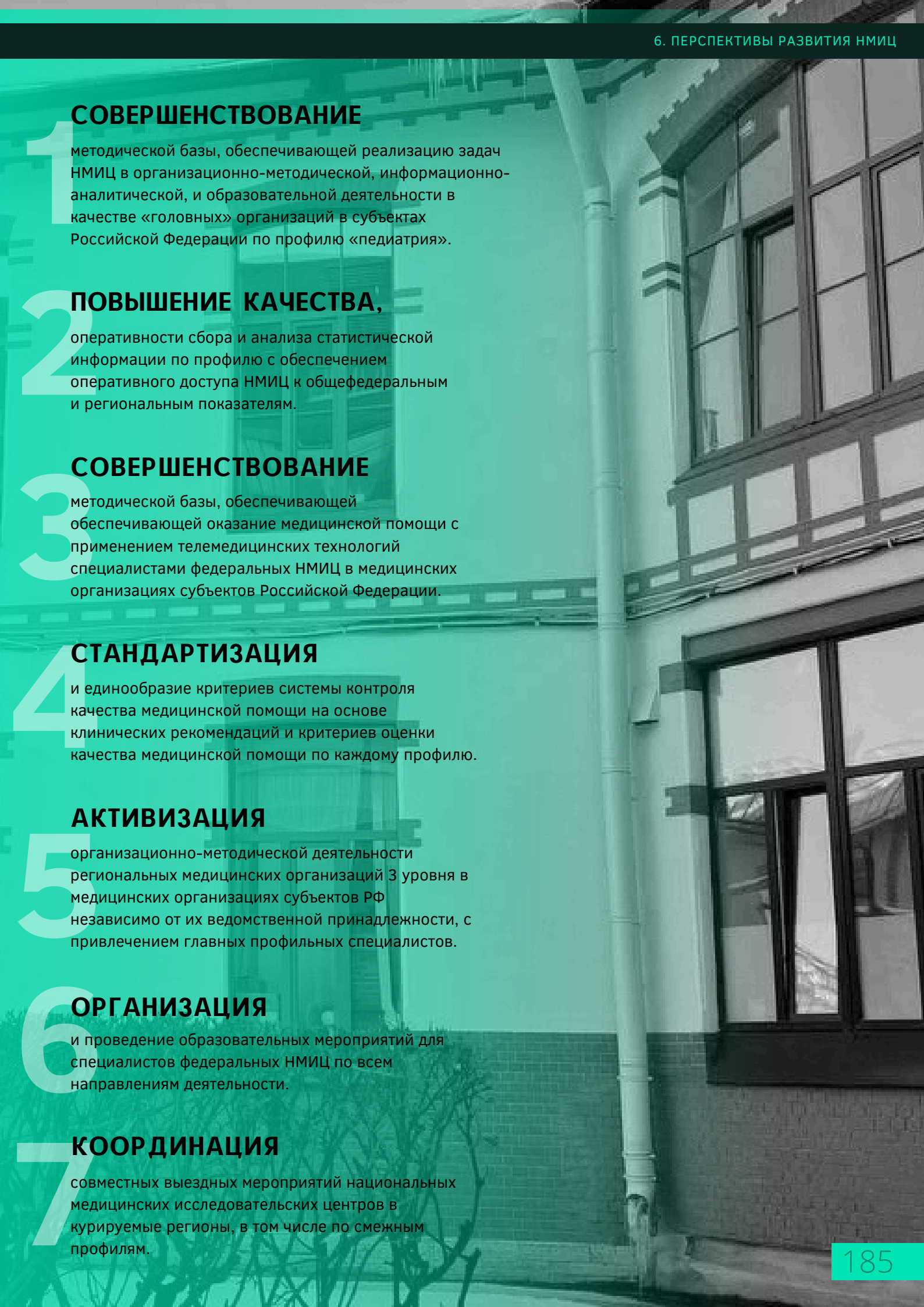
99% посещенных медицинских организаций (по данным контрольных мероприятий и Территориальных фондов ОМС субъектов РФ) реализуют оценку соответствия фактической маршрутизации пациентов региональной нормативно-правовой базе по профилю «педиатрия». В ряде субъектов региональные приказы по маршрутизации пациентов не содержательны, или не разработаны по профилю «педиатрия». Оценка эффективности их реализации невозможна.

66% курируемых субъектов необходима актуализация или разработка приказов по маршрутизации по профилю «педиатрия» с учетом порядков оказания медицинской помощи, принципов территориального планирования (с подробным описанием зон ответственности каждой медицинской организации), угрозометрических принципов (с разработкой карт оценки тяжести состояния пациента, угрозометрических шкал для оценки риска транспортировки) с учетом использования возможностей федеральных центров.



77%

курируемых регионов выполнили
рекомендации НМИЦ 2021-2026 гг.



1

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ

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

2

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА,

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

3

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ

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

4

СТАНДАРТИЗАЦИЯ

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

5

АКТИВИЗАЦИЯ

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

6

ОРГАНИЗАЦИЯ

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

7

КООРДИНАЦИЯ

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

2026

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

GPMU.ORG