



ПРАВИТЕЛЬСТВО
РЕСПУБЛИКИ АЛТАЙ

АЛТАЙ РЕСПУБЛИКАНЫН
БАШКАРУЗЫ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

ЈАКААН

от 10 декабря 2025 г. № 786-р

г. Горно-Алтайск

**Об утверждении Региональной программы «Охрана материнства
и детства в Республике Алтай» и признании утратившим
силу распоряжения Правительства Республики Алтай
от 17 июня 2019 г. № 285-р**

1. Утвердить прилагаемую Региональную программу «Охрана материнства и детства в Республике Алтай».
2. Признать утратившим силу распоряжение Правительства Республики Алтай от 17 июня 2019 г. № 285-р «Об утверждении Региональной программы «Развитие детского здравоохранения в Республике Алтай, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям».
3. Контроль за исполнением настоящего Распоряжения возложить на заместителя Председателя Правительства Республики Алтай, министра здравоохранения Республики Алтай Д.А. Хубезова.

Председатель Правительства
Республики Алтай



А.С. Прокопьев

УТВЕРЖДЕНА
распоряжением Правительства
Республики Алтай
от 10 декабря 2025 г. № 786-р

**РЕГИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
«Охрана материнства и детства в Республике Алтай»**

**I. Анализ текущего состояния оказания медицинской помощи по профилям
«Акушерство и гинекология», «Неонатология» и «Педиатрия»**

1. Краткая характеристика Республики Алтай

Республика Алтай расположена на юго-западе Сибири, граничит на юге с Монголией и Китаем, на западе с Казахстаном, на востоке с Хакасией, Тывой и Кемеровской областью, на севере с Алтайским краем.



Схема 1. Карта Республики Алтай

Площадь территории Республики Алтай 92,6 тыс. км².

Климат в Республике Алтай умеренно-континентальный, с относительно коротким жарким летом (июнь-август) и продолжительной (ноябрь-март) холодной, местами очень морозной, зимой.

Среднегодовая температура от + 1°С до - 6,7°С. Диапазон температур января от - 9,2°С до - 31°С. Диапазон температур июля от + 11°С до + 19°С. Среднегодовое количество осадков от 100 до 1000 мм.

Преобладающий рельеф местности - горный. Республика Алтай полностью расположена в пределах российской части горной системы Алтай (Горный Алтай), соответственно рельеф республики характеризуется высокими хребтами, разделенными узкими и глубокими речными долинами, редкими широкими межгорными котловинами.

Территория республики состоит из 11 муниципальных образований, объединяющих 91 сельскую администрацию, в составе которых 246 населенных пунктов, единственный город Горно-Алтайск - столица Республики Алтай. Расстояние от Горно-Алтайска до Москвы - 3641 км, от Горно-Алтайска до Барнаула - 250 км, от Горно-Алтайска до ближайшей железнодорожной станции (г. Бийск) - 100 км. Площадь территории республики - 92 903 км², что составляет 0,55% территории Российской Федерации, из них: земли сельскохозяйственных угодий составляют 19% площади республики, леса - 47%, водные пространства - 0,9% и прочие земли - 33,1%. Территория республики простирается более чем на 350 км с севера на юг и 400 км с востока на запад, с низкой горной зоны переходит в высокогорную, что вызывает существенное различие в природно-хозяйственном комплексе 10 районов республики.

Административно-территориальные характеристики Республики Алтай

Таблица 1

Субъект РФ (наименование):	Республика Алтай
Площадь, км ²	92903
Административный центр (с указанием численности населения)	Город Горно-Алтайск (64508 чел.)
Наиболее крупные города	Горно-Алтайск
Максимальное расстояние для маршрутизации от крайнего населенного пункта до административного центра	596 км
Численность населения, абс.	210765
Городское население, абс. (%)	64508 (30,6 %)
Сельское население, абс. (%)	146257 (69,4 %)
Плотность населения, человек на 1 км ²	2,27

Количество человек моложе трудоспособного населения за 2015-2024 гг. снизилось на 5,2% (с 59025 человек в 2015 году до 55953 человек в 2024 году). Это обусловлено взрослением населения и переходом в другую возрастную категорию, а также снижением рождаемости.

Численность трудоспособного населения за 10 лет существенно не изменилась (с 118748 человек в 2015 году до 118550 человек в 2024 году).

Численность населения старше трудоспособного возраста увеличилась на 0,9% (с 35930 человек в 2015 г. до 36262 человек в 2024 г.), что говорит о постепенном старении населения республики.

В структуре возрастных категорий в 2015 году доля лиц моложе трудоспособного возраста составляла 27,6%, доля лиц трудоспособного возраста -

55,6%, доля лиц старше трудоспособного возраста – 16,8%. В 2024 году возрастные категории распределились следующим образом: доля лиц моложе трудоспособного возраста – 26,5%, доля лиц трудоспособного возраста – 56,2%, доля лиц старше трудоспособного возраста – 17,2%, что так же показывает постепенное старение населения.

В Республике Алтай отсутствует высшее медицинское образовательное учреждение, в связи с чем жители республики направляются в другие регионы для прохождения обучения.

Всего в медицинских ВУЗах обучается 328 студентов (целевой набор). В ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» - 195, ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» - 92, ФГБОУ ВО «Кемеровская медицинская академия» - 16, ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» - 13, ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» - 3, ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. Павлова» - 5, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет» - 4 студента.

На территории Республики Алтай действует Бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Алтай «Медицинский колледж». На 01.01.2025 г. обучаются - 806 студентов по следующим направлениям:

- Лечебное дело - 234 студента;
- Сестринское дело - 340 студентов;
- Акушерское дело - 93 студента;
- Лабораторная диагностика - 49 студентов;
- Фармация - 90 студентов.

2. Анализ основных демографических показателей Республики Алтай

Суммарный коэффициент рождаемости в Республике Алтай (ед.)

Таблица 2

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024
Всего в субъекте (ЕМИСС)*	2,17	2,18	2,07	2,03	1,86
Всего в субъекте, городское население	1,58	1,63	1,54	1,4	-
Всего в субъекте, сельское население	2,59	2,59	2,47	2,50	-

Примечание. * Сумма показателей по районам должна соответствовать данным ЕМИСС по субъекту. (ЕМИСС - Единая межведомственная информационно-статистическая система).

Наблюдается общая тенденция к снижению суммарного коэффициента рождаемости с 2021 года. Если в 2021 году показатель ещё вырос по сравнению с 2020, то далее - устойчивое падение. К 2024 году он снизился до 1,86, что ниже уровня простого воспроизводства населения (около 2,1). В городах рождаемость остаётся существенно ниже, чем в сельской местности. После кратковременного роста в 2021 году - резкое снижение. Уровень 1,40 в 2023 году указывает на низкую рождаемость, характерную для урбанизированных территорий.

2.1. Основные показатели естественного движения населения

Численность населения Республики Алтай (человек)

Таблица 3

Показатель	По состоянию на:				
	01.01.2021	01.01.2022	01.01.2023	01.01.2024	01.01.2025 (предварительные итоги)
Численность населения, всего	220954	221559	210769	210765	210095
- из общей численности населения: женщины, абс. (%)	115947	116192	111373	111552	111391
Женщины 15–49 лет, абс. (%)	52392	52590	51416	51313	51348
- из них девочки-подростки 15–17 лет включительно, абс. (%)	4846	4717	4974	5304	5751
- из общего числа женщин, проживающих в сельской местности	79656	79973	75579	75915	76152
- из общего числа женщин, проживающих в ПГТ	-	-	-	-	-
- из общего числа женщин, проживающих в малых городах	36291	36219	35794	35637	35239
Мужчины, абс. (%)	105007	105367	99396	99213	98704
- из них мальчики-подростки 15–17 лет включительно, абс. (%)	4919	4929	5040	5242	5524
Дети до 1 года, абс. (%)	2912	2893	2745	2674	2415
Численность детского населения 0–17 лет включительно, абс. (%)	67276	66820	63501	62516	61732
- из них городское население, абс. (%)	17942	17944	17881	16787	16239
- из них сельское население, абс. (%)	49334	48876	45620	45729	45493

С 2023 года наблюдается устойчивое снижение общей численности населения Республики Алтай.

После незначительного роста в 2022 году наблюдается резкое падение численности населения в 2023 году, после чего численность остаётся на стабильном,

но более низком уровне. Снижение может быть связано с переписью, миграцией, перераспределением или уточнением данных.

Соотношение женщин и мужчин стабильно: женщин больше. Доля женщин увеличивается, доля мужчин — снижается. Это типично для многих регионов России, где женщины живут дольше и/или происходит миграция мужчин.

Численность подростков обоих полов растёт, особенно заметен прирост девочек. Это может быть связано с повышением рождаемости в предыдущие годы или миграционными процессами.

Наблюдается умеренное снижение числа женщин репродуктивного возраста, что может указывать на сокращение потенциала рождаемости.

Наблюдается отток женщин как из сельской местности, так и из малых городов.

Детское население сокращается как в городах, так и в сельской местности, особенно значительно — в сельской местности. Это может свидетельствовать о миграции семей с детьми в другие регионы, связанной с поиском работы, образования и лучшего качества жизни или о снижении рождаемости.

Характеристика общего коэффициента рождаемости (далее – ОКР) в субъекте приведена в таблице 4, все числовые данные представлены в промилле.

Общий коэффициент рождаемости в субъекте РФ (‰)

Таблица 4

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024
Всего в субъекте (ЕМИСС)	13,9	13,8	13,1	12,8	11,5
Всего в субъекте, городское население (ЕМИСС)	12,2	12,2	11,4	10,4	-
Всего в субъекте, сельское население (ЕМИСС)	14,7	14,5	13,9	13,8	-

В период с 2020 по 2024 годы наблюдается устойчивая тенденция снижения показателя ОКР: общее значение снижение составило с 13,9% до 11,5%, при этом снижение коснулось как городского населения (с 12,2% до 10,4% к 2023 году), так и сельского хозяйства (с 14,7% до 13,8% к 2023 году). Снижение темпов выражено сильнее в городском населении, чем в сельском, общая динамика свидетельствует об улучшении ситуации и эффективности реализованных мер за анализируемый период. В таблице 5 представлены сведения о числе родов в Республике Алтай

Число родов в Республике Алтай (ед.)

Таблица 5

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024
Всего в республике	2882	2816	2696	2576	2217
Всего в республике в сельской местности	493	418	291	195	114
Всего в республике в ПГТ *	-	-	-	-	-
Всего в республике в малых городах*	-	-	-	-	-

* - ПГТ и малые города отсутствуют в регионе

Всего родов в республике (с 22 недель) 2217 – 2208 принято, кроме того поступило родивших вне родильного отделения – 9 (2020 году – всего родов 2882 – 2879 принято, кроме того поступило родивших вне родильного отделения – 3), за 5 лет число родов снизилось на 23,1% по Республике Алтай в целом и на 76,9% в сельской местности.

Естественное движение населения представлено в таблице 6.

Естественное движение населения в Республике Алтай (по данным Росстата)

Таблица 6

Показатель	2020		2021		2022		2023		2024	
	Абс.	‰	Абс.	‰	Абс.	‰	Абс.	‰	Абс.	‰
Родившихся живыми	2933	13,9	2905	13,8	2767	13,1	2689	12,8	2429	11,6
Умерших от всех причин / общий коэффициент смертности	2495	11,8	2854	13,5	2445	11,6	2254	10,7	2584	12,3
Естественный прирост / убыль, +/-	438	2,1	51	0,3	322	1,5	435	2,1	-155	-0,7

В Республике Алтай в 2020–2023 гг. наблюдался небольшой естественный прирост населения: от +438 человек в 2020 г. до +435 в 2023 г. Однако в 2024 г. ситуация резко изменилась — зафиксирована естественная убыль: –155 человек (–0,7‰). Это первый год за пять лет с отрицательным сальдо.

Рождаемость неуклонно снижается: число родившихся сократилось с 2933 в 2020 г. до 2429 в 2024 г. (–17%), а коэффициент рождаемости упал с 13,9‰ до 11,6‰. Смертность при этом колеблется: пик пришёлся на 2021 г. (2854 умерших, 13,5‰), из-за пандемии, затем она снизилась, но в 2024 г. вновь выросла до 2584 человек (12,3‰) — выше уровней 2020, 2022 и 2023 гг.

Комбинация падающей рождаемости и роста смертности в 2024 г. привела к смене демографического тренда. Ранее регион сохранял слабый, но положительный естественный прирост, теперь же - вступает в фазу естественной убыли.

2.3. Анализ показателей материнской, младенческой и детской смертности в Республике Алтай

Материнская смертность в виде соотношения числа смертей женщин, связанных с беременностью или ее последствиями, к числу живорождений на 100 тыс. родившихся живыми представлена в табл. 7.

Динамика уровня и причин материнской в Республике Алтай

Таблица 7

других причин												
акушерской смерти												
непрямых причин акушерской смерти												
остальных осложнений беременности, родов и послеродового периода												
акушерского столбняка												

Индекс выживаемости при критических акушерских состояниях (далее - КАС). Показатель в виде соотношения числа случаев КАС к случаям материнской смерти (КАС: МС) приведен в табл. 8.

Динамика индекса выживаемости при критических акушерских состояниях в Республике Алтай

Таблица 8

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024
Индекс выживаемости при КАС (КАС:МС)	6:0	41:4	33:0	29:0	12:0

В табл. 9 представлены показатели, характеризующие смертность детей в возрасте 0–17 лет, младенческую и детскую смертность в Республике Алтай. Для расчета показателей, характеризующих смертность детского населения, следует пользоваться следующими формулами.

Показатели смертности детей в Республике Алтай

Таблица 9

Показатель	2020	РФ 2020	2021	РФ 2021	2022	РФ 2022	2023	РФ 2023	2024	РФ 2024
Коэффициент младенческой смертности (до года), ‰	7,4	н/д	7,6	н/д	8,3	н/д	6,9	н/д	5,4	н/д
Коэффициент детской	9,5	н/д	10,0	н/д	10,4	н/д	9,3	н/д	7,7	н/д

смертности (0–4 года включительно), ‰										
Коэффициент смертности детского населения 0–14 лет включительно, на 100 тыс.	62,3	н/д	82,2	н/д	49,4	н/д	55,1	н/д	49,6	н/д
Коэффициент смертности детского населения 15–17 лет включительно, на 100 тыс.	8,9	н/д	17,8	н/д	8,98	н/д	15,7	н/д	14,4	н/д
Коэффициент смертности детского населения 0–17 лет включительно, на 100 тыс.	7,1 (на 10.000)	н/д	10,1 (на 10.000)	н/д	58,4	н/д	70,9	н/д	64,0	н/д

*Данные по РФ в официальных источниках не представлены

Коэффициент младенческой смертности (до года) в Республике Алтай с 2020 по 2024 год показывает динамику снижения: с 7,4‰ в 2020 году показатель вырос до 8,3‰ в 2022 году, затем снизился до 5,4‰ в 2024 году, что свидетельствует о значительном улучшении медицинской помощи новорожденным в последние годы.

Коэффициент детской смертности (0-4 года) в Республике Алтай колебался в пределах 9,5‰–10,4‰ в 2020 - 2022 гг., после чего снизился до 7,7‰ к 2024 году, чем подтверждается более стабильная и положительная динамика по сравнению с младенческой смертностью.

Коэффициент смертности детского населения 0-14 лет на 100 тыс. резко снизился с 82,2 в 2021 году до 49,6 в 2024 году, что свидетельствует об улучшении состояния здравоохранения и профилактики детской смертности.

Для возрастной группы 15-17 лет показатели колеблются интенсивнее: после пика в 17,8 на 100 тыс. в 2021 году коэффициент снизился до 14,4 в 2024 году, что требует внимания к проблеме подростковой смертности.

Коэффициент смертности среди детей в возрасте 0–17 лет (на 10 000 человек) вырос с 7,1 в 2020 году до 10,1 в 2021 году, а затем снизился до 6,4 к 2024 году.

Данные статистики Республики Алтай показывают положительную динамику снижения младенческой и детской смертности, что соответствует общероссийским тенденциям. Однако абсолютные значения по всем возрастным группам остаются высокими. Это подчеркивает необходимость дальнейшего развития системы охраны материнства и детства: восстановления материально-технической базы медицинских учреждений, усиления перинатальной и неонатальной помощи, внедрения программ ранней диагностики заболеваний и профилактики травматизма среди подростков.

Динамика перинатальной, неонатальной, младенческой смертности и мертворождаемости в Республике Алтай

Таблица 10

Показатель	2020		2021		2022		2023		2024		РФ 2024
	Абс.	‰	Абс.	‰	Абс.	‰	Абс.	‰	Абс.	‰	‰
Перинатальная смертность	20	6,7	34	11,7	31	11,1	30	11,5	16	7,2	6,2
Антенатальная смертность	7	2,3	12	4,1	10	3,6	9	3,4	4	1,8	4,9
Интранатальная смертность	6	1,9 5	10	3,4	9	3,2	10	3,8	5	2,2	0,3
Неонатальная смертность	4	0,5	6	2,07	8	2,9	6	2,3	1	0,4	1,6
Ранняя неонатальная смертность	3	1,3 6	6	2,07	8	2,17	6	2,3	1	0,4	1,0
Поздняя неонатальная смертность	1	0,1 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0,53
Младенческая смертность	22	7,5	21	7,2	23	8,2	18	6,7	13	5,4	4,0
Младенческая смертность, городское население	1	1,3	8	10,1	7	9,2	6	8,9	5	6,5	
Младенческая смертность, сельское население	21	9,8	13	6,1	16	7,8	12	5,9	8	4,8	

Анализ динамики перинатальной и младенческой смертности в регионе за 2020–2024 гг. показывает положительную тенденцию снижения большинства показателей к 2024 году, что свидетельствует об улучшении качества перинатальной и неонатальной помощи. Перинатальная смертность снизилась с 6,7‰ в 2020 г. до 7,2‰ в 2024 г., при этом пик наблюдался в 2021–2023 гг. (11,1 - 11,7‰). Особенно отмечается резкое снижение в 2024 г. - почти на 4‰ по сравнению с предыдущим годом. Структурно вклад антенатальной (внутриутробной) смертности остаётся наибольшим, однако она также сократилась с 4,1‰ в 2021 г. до 1,8‰ в 2024 г. Интранатальная смертность (во время родов) в 2024 г. составила 2,2‰ при среднероссийском уровне всего 0,3‰, что указывает на сохраняющиеся проблемы в организации родовспоможения и требует дополнительного анализа причин.

Младенческая смертность снизилась с 7,5‰ (2020) до 5,4‰ (2024), приближаясь к среднероссийскому уровню - 4,0‰. При этом сельское население в 2020 г. имело значительно более высокий показатель (9,8‰) по сравнению с городским (1,3‰), однако к 2024 г. разрыв сократился: 4,8‰ против 6,5‰. Это может указывать как на улучшение доступности медицинской помощи на селе, так и на возможные демографические сдвиги (например, снижение числа рождений в городах). Неонатальная и ранняя неонатальная смертность также демонстрируют чёткое снижение - с 2,9‰ и 2,17‰ соответственно в 2022 г. до 0,4‰ в 2024 г., что соответствует общероссийской тенденции. Поздняя неонатальная смертность

Наименование классов болезней	2020		2021		2022		2023		2024		РФ 2024	
	Абс.	‰	Абс.	‰	Абс.	‰	Абс.	‰	Абс.	‰	Абс.	‰
Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)	3		1		7		2		1			0,8
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)							1					0,1
Злокачественные новообразования (C00- C97)												0,02
Внешние причины смерти (S00-T98, V01-Y98)			4	1,4	1	0,3	2	0,7	3	1,3		0,04

За последние пять лет в Республике Алтай наблюдается неоднозначная картина детской смертности. В 2021 году был зафиксирован наиболее тревожный показатель — 68 случаев, что составило 101,0 на 100 тысяч детского населения. Однако уже в следующем году ситуация улучшилась: число смертей сократилось до 39 (58,0 на 100 тыс.). К 2024 году показатель стабилизировался на уровне 40 случаев (64,0 на 100 тыс.), что свидетельствует о положительной, хотя и неравномерной, динамике.

Среди основных причин смертности неизменно выделяются внешние факторы — несчастные случаи, травмы и отравления. Пик пришёлся на 2021 год (32 случая), после чего последовало снижение, однако в 2023 году вновь наметился рост (25 случаев). Эта тенденция требует особого внимания, поскольку указывает на необходимость усиления профилактических мер, особенно в сфере детского травматизма.

Перинатальные состояния (осложнения во время родов и первые недели жизни) демонстрируют устойчивое снижение: с 14 случаев в 2020 году до 6 в 2022–2024 годах. Это может быть связано с совершенствованием медицинского сопровождения беременности и родов, но для полной уверенности требуются дополнительные данные о качестве неонатальной помощи.

Динамика причин смертности детей 0–17 лет включительно в Республике Алтай

Таблица 12

Наименование классов болезней	2020		2021		2022		2023		2024		РФ 2024	
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
Всего умерших от всех причин, в т.ч.:	48	71,0	68	101,0	39	58,0	45	70,9	40	64,0	н/д	53,8
- отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (P00–P96)	14		11		11		6		6		н/д	н/д
- болезни нервной системы (G00–G99)	4		5		2		6		2		н/д	н/д
- болезни органов дыхания (J00–J99)	3		4		3		2		2		н/д	н/д
- болезни органов пищеварения (K00–K93)			3				3		1		н/д	н/д
- болезни системы кровообращения (I00–I99)	1		1		2		1				н/д	н/д
- болезни мочеполовой системы (N00–N99)											н/д	н/д
- врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (Q00–Q99)	6		4		8		2		1		н/д	н/д
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00–B99)			2				1		1		н/д	н/д

- злокачественные новообразования (C00–C97)	3		2				2				н/д	н/д
- внешние причины смерти (S00–T98, V01– Y98)	13		32		10		19		25		н/д	н/д
Наименование классов болезней	2020		2021		2022		2023		2024		РФ 2024	
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00– R99)	3		3		1		3		1		н/д	н/д

Численность населения Республики Алтай на 01.01.2025 года составила 210 765 человек (2023 г. – 210 769 человек) (с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2020 г.).

За 2024 год коэффициент естественного движения населения по данным МИС «ЕЦП» составил -0,4 на 1000 населения, в 2023 году он составил 2,1 (РФ 2023 г. – -3,4; СФО 2023 г. – -4,1).

Рождаемость в республике за 2024 г. составила 10,5 что ниже на 14,4% за период 2023 года (12,3) и ниже на 23,2% за 2019 год (13,7), но по-прежнему сохраняется на высоком уровне, хоть и имеет тенденцию к снижению (РФ 2023 г. – 8,7; СФО 2023 г. – 8,7).

Младенческая смертность в отчётном периоде составила 5,4‰, что на 22,2 % ниже показателя за аналогичный период 2023 года. За этот период умерло 12 детей.

6 случаев зарегистрировано в Перинатальном центре:

- 1 ребёнок из Улаганского района (крайняя незрелость);
- 1 ребёнок из Майминского района (неонатальная аспирация меконием);

- 3 ребёнка из г. Горно-Алтайска (врождённая пневмония, поражения плода и новорождённого, обусловленные осложнениями при отделении плаценты и кровотечением, а также неуточнённое нарушение обмена веществ);

- 1 ребёнок из Чемальского района (первичный ателектаз у новорождённого).

2 случая произошли в БУЗ РА «Республиканская больница»:

- другие уточненные пороки развития костей черепа и лица;
- сепсис новорождённого.

4 случая зарегистрированы на дому:

- 1 ребёнок в Усть-Коксинском районе (токсическое действие этанола - отравление через материнское молоко от пьющей матери);

- 1 ребёнок в Чойском районе (асфиксия);
- 1 ребёнок в Улаганском районе (синдром внезапной детской смерти);

- 1 ребёнок (место происхождения не установлено) - травматическое субдуральное кровоизлияние при контакте с тупым предметом при неустановленных намерениях.

Детская смертность (в возрасте до 17 лет) составила 64,0 на 100 тыс. детского населения. За отчётный период умерло 40 детей, в том числе:

8 случаев самоубийств: в Усть-Коксинском, Шебалинском, Турочакском районах, г. Горно-Алтайске и 4 - в Онгудайском районе;

1 повешение с неопределёнными намерениями - в г. Горно-Алтайске;

4 случая гибели при пожарах: по 2 - в Турочакском и Усть-Канском районах;

4 случая гибели в ДТП: 1 - в Онгудайском районе, 1 - в г. Горно-Алтайске, 2 - в Кош-Агачском районе;

1 ребёнок погиб в результате падения с лошади;

12 смертей - в перинатальном периоде (до 1 года);

1 случай острой менингококкемии - в Шебалинском районе;

3 ребёнка утонули: в Кош-Агачском, Турочакском и Усть-Коксинском районах;

1 ребёнок умер от острой инфекции верхних дыхательных путей множественной локализации - в Улаганском районе;

1 ребёнок - от другой уточнённой хронической обструктивной лёгочной болезни;

1 ребёнок - от другого церебрального паралича - в г. Горно-Алтайске;

1 ребёнок - от церебрального паралича со спастической тетраплегией - в Шебалинском районе;

1 ребёнок - от кишечного сращения (спаек) с непроходимостью;

1 ребёнок - от мукополисахаридоза I типа.

Динамика причин смертности детей в возрасте от 0 до 17 лет в Республике Алтай за последние 5 лет демонстрирует различные тенденции по классам болезней, что отражает как глобальные, так и региональные особенности здравоохранения. Общая смертность в данной возрастной группе колебалась от 39 до 68 случая на год, при этом отмечается некоторое снижение к 2024 году. Доминирующим классом причин остаются отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде, которые традиционно имеют высокое значение в детской смертности. За анализируемый период их уровень умерших варьировался, но сохраняется среди ведущих факторов.

Болезни нервной системы и органов дыхания остаются значимыми причинами смерти, с определённой динамикой снижения или колебания. В последние годы наблюдается некоторое увеличение числа смертей от болезней органов пищеварения, что требует внимания к профилактике и своевременному лечению. Врожденные аномалии и злокачественные новообразования остаются устойчивыми проблемами, с небольшими колебаниями в показателях по годам. Значительный рост наблюдается по внешним причинам смерти, что является тревожным сигналом и говорит о необходимости усиления профилактической работы, направленной на безопасность и снижение травматизма среди детей.

Если рассматривать ситуацию в масштабе Российской Федерации, данные за 2024 год указывают на схожую структуру детской смертности: доминируют внешние причины, а также перинатальные состояния и врожденные пороки развития. За последние годы наблюдается заметное снижение младенческой смертности по большинству классов заболеваний, оно особенно выражено по перинатальным состояниям и врожденным патологиям. Вместе с тем, рост смертности от внешних причин и некоторых инфекционных заболеваний остается актуальной проблемой как в масштабе страны, так и в регионе.

В заключение, динамика причин смертности детей в Республике Алтай требует комплексного подхода к улучшению качества перинатальной и педиатрической помощи, усилению профилактических программ, а также внимания к проблемам безопасности детского населения. Необходимо усилить работу по снижению травматизма и внешних причин смертности, а также укреплять инфраструктуру раннего выявления и лечения врожденных и хронических заболеваний. В совокупности это позволит снизить детскую смертность и повысить качество жизни детей в регионе в соответствии с общероссийскими тенденциями и целями системы здравоохранения.

3. Оценка ресурсов и инфраструктуры службы, оказывающей медицинскую помощь женщинам и детям в субъекте РФ

3.1. Паспорт службы родовспоможения и детства в Республике Алтай

Показатели численности специализированного коечного фонда, численности медицинских организаций (далее — МО) указаны по состоянию на 01.01.2025. Среднегодовые занятость коек, длительность пребывания на койке указаны

за 2024 год. Анализ выполнен по МО, участвующим в Территориальной программе государственных гарантий (далее — ТПГГ) на 01.01.2025 (табл. 13 и 14).

Паспорт службы родовспоможения в Республике Алтай

Таблица 13

Показатель	На 01.01.2025
Число акушерских стационаров:	11
- I группы (уровня)	10
- из них <i>ургентных родильных залов</i>	5
- II группы (уровня)	0
- III А группы (уровня)	1
- III Б группы (уровня)	
Число ургентных родильных залов, всего	5
Число коек для беременных и рожениц, всего, из них:	50
- в акушерских стационарах I группы	10
- в акушерских стационарах II группы	-
- в акушерских стационарах III группы	40
Число коек патологии беременности, всего, из них:	75
- в акушерских стационарах I группы	23
- в акушерских стационарах II группы	-
- в акушерских стационарах III группы	52
Обеспеченность койками для беременных и рожениц, на 10 тыс. женщин фертильного возраста	9,74
Обеспеченность койками патологии беременности, на 10 тыс. женщин фертильного возраста	14,61
Среднегодовая занятость акушерской койки, всего, в т.ч.:	219,8
- в акушерских стационарах I группы	48
- в акушерских стационарах II группы	-
- в акушерских стационарах III группы	304
Средняя длительность пребывания выписанного больного на койке патологии беременности, в т.ч.:	10.5
- в акушерских стационарах I группы	6.4
- в акушерских стационарах II группы	-
- в акушерских стационарах III группы	13.8
Средняя длительность пребывания выписанного больного на койке для беременных и рожениц, всего, в т.ч.:	7.3
- в акушерских стационарах I группы	4.6
- в акушерских стационарах II группы	-
- в акушерских стационарах III группы	7.6
Число коек реанимации для новорожденных, всего, в т.ч.:	7
- в учреждениях родовспоможения	6

- в детских больницах	1
Число коек интенсивной терапии для новорожденных, всего, в т.ч.:	15
- в учреждениях родовспоможения	15
- в детских больницах	-
Число коек патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), всего, в т.ч.:	25
- в учреждениях родовспоможения	-
- в детских больницах	25
Число акушерских выездных бригад скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи	-
Число выездных бригад из реанимационно-консультативного блока отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных	1
Число неонатальных операционных	-

Ресурсы педиатрической службы в Республике Алтай

Таблица 14

Показатель	На 01.01.2025
Число МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях	10
Первая группа, в т.ч.:	
- центральные районные больницы, районные больницы, участковые больницы, оказывающие первичную медикосанитарную помощь детям	9
Вторая группа, в т.ч.:	
- городские, в т.ч. детские больницы, центральные районные больницы, исполняющие функции межрайонных центров и иные МО, оказывающие специализированную медицинскую помощь детскому населению	
Третья группа, в т.ч.:	1
- детские краевые, республиканские, областные, окружные больницы и иные МО, оказывающие специализированную (в т.ч. высокотехнологичную) медицинскую помощь детскому населению	1
Число МО, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях	11
Первая группа, в т.ч.:	10
- поликлиники, поликлинические отделения при центральных районных больницах и районных больницах, оказывающие первичную медико-санитарную помощь детям	10
Вторая группа, в т.ч.:	-

- самостоятельные детские поликлиники, поликлинические отделения в составе городских поликлиник, в т.ч. детских больниц и центральных районных больниц, исполняющих функции межрайонных центров	-
- дневные стационары для детей	-
Третья группа, в т.ч.:	1
- самостоятельные консультативно-диагностические центры для детей, а также консультативно-диагностические центры и детские поликлиники (отделения) в структуре республиканских, краевых, областных, окружных больниц	1
- центры здоровья для детей	
Обеспеченность педиатрическими соматическими койками в субъекте на 10 тыс. детей 0-17 лет включительно	12,79
Обеспеченность хирургическими койками в субъекте на 10 тыс. детей 0-17 лет включительно	4,31
Обеспеченность реанимационными койками для детей в субъекте на 10 тыс. детей 0-17 лет включительно	3,51
Число педиатрических соматических коек, всего, из них:	80
- в МО 1-го уровня	59
- в МО 2-го уровня	-
- в МО 3-го уровня	21
Число специализированных педиатрических коек (исключая хирургические профили и койки патологии новорожденных), всего, из них:	
- в МО 1-го уровня	-
- в МО 2-го уровня	-
- в МО 3-го уровня	-
Число коек хирургических профилей для детей, всего, из них:	27
- в МО 1-го уровня	4
- в МО 2-го уровня	-
- в МО 3-го уровня	23
Средняя длительность пребывания выписанного больного на педиатрической соматической койке	8,3
Средняя длительность пребывания выписанного больного на хирургической койке	8,2
Среднегодовая занятость педиатрической соматической койки, всего, в т.ч.:	254,4
- в МО 1-го уровня	273,3
- в МО 2-го уровня	-
- в МО 3-го уровня	229,8
Среднегодовая занятость хирургической детской койки, всего, в т.ч.:	280,0
- в МО 1-го уровня	243,4

- в МО 2-го уровня	-
- в МО 3-го уровня	288,0
Число выездных реанимационных бригад для детей старше 1 мес.	1
Наличие РКЦ для детей старше 1 мес. жизни в МО 3-го уровня	да

Примечание: РКЦ — реанимационно-консультативный центр.

В регионе медицинскую помощь детям оказывают 21 МО:

10 МО предоставляют стационарную помощь,

11 МО - амбулаторную помощь.

Распределение стационарных коек

Общее количество специализированных коек распределено следующим образом:

Педиатрические соматические койки: всего 80, из них 59 — в МО I уровня и 21 - в МО III уровня.

Хирургические койки: всего 27, включая 4 в МО I уровня и 23 — в МО III уровня.

Обеспеченность детскими койками (на 10 тыс. детей):

Педиатрические соматические койки - 12,79;

Хирургические койки - 4,31;

Реанимационные койки - 3,51.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре:

На педиатрической соматической койке - 8,3 дня;

На хирургической койке - 8,2 дня.

Среднегодовая занятость коек

Педиатрическая соматическая койка используется в среднем 254,4 дня в году;

Детская хирургическая койка — 280 дней в году.

Большая часть стационарных коек сосредоточена в МО III уровня - БУЗ РА «Республиканская больница» (высокоспециализированная помощь):

21 из 27 хирургических коек (78 %) и 21 из 80 педиатрических соматических коек (26 %) находятся именно там.

Это свидетельствует о централизации стационарной помощи, что может повышать качество лечения сложных случаев, но несколько ухудшать географическую доступность для жителей отдалённых районов.

По обеспеченности койками: на 10 тыс. детей приходится:

- 12,79 педиатрических соматических коек,

- 4,31 хирургической койки,

- 3,51 реанимационной койки.

Показатели по реанимационным койкам соответствуют рекомендуемым нормативам (3–4 на 10 тыс. детского населения), что говорит о достаточном уровне обеспечения реанимационной помощью. Однако обеспеченность хирургическими койками находится на нижней границе достаточности, особенно с учётом высокой занятости этих коек (280 дней в году), что может указывать на напряжённость в системе хирургической помощи.

Эффективность использования коечного фонда:

Средняя продолжительность пребывания на койке — около 8,2–8,3 дней, что соответствует общероссийским показателям по педиатрии.

При этом нагрузка хирургических коек значительно выше, чем у педиатрических соматических, что может свидетельствовать о дефиците хирургических коек или недостаточной пропускной способности амбулаторного звена.

Маршрутизация детских пациентов в системе здравоохранения строится на двухуровневой модели (I и III), направленной на обеспечение своевременной, профильной и доступной помощи:

I уровень (первичное звено)

Учреждения: районные больницы.

Профиль помощи:

- наблюдение здоровых детей и пациентов с хроническими неосложнёнными заболеваниями;
- диагностика и лечение лёгких и среднетяжёлых соматических заболеваний (ОРВИ, лёгочные инфекции, гастроэнтериты и др.);
- амбулаторные хирургические вмешательства (например, обрезание, удаление мелких образований);
- назначение госпитализации при ухудшении состояния.

Поток: большинство случаев педиатрической патологии закрывается на этом уровне.

III уровень (высокоспециализированный)

Учреждения: БУЗ РА «Республиканская больница».

Профиль помощи:

- тяжёлая и осложнённая патология (сепсис, менингит, полиорганная недостаточность);
- сложные хирургические вмешательства (онкология, врождённые пороки, травмы);
- круглосуточная ИТ- и реанимационная помощь;
- мультидисциплинарное ведение пациентов.

Ключевые принципы разделения потоков:

«От простого к сложному»: чем ниже уровень, тем шире и менее специализирована помощь;

«Тяжесть → уровень»: тяжёлые и сложные случаи концентрируются на высоких уровнях;

Экономическая эффективность: минимизация госпитализаций в стационар при возможности амбулаторного ведения.

3.2. Территориальное планирование службы родовспоможения и детства в Республике Алтай на 2025 – 2030 годы

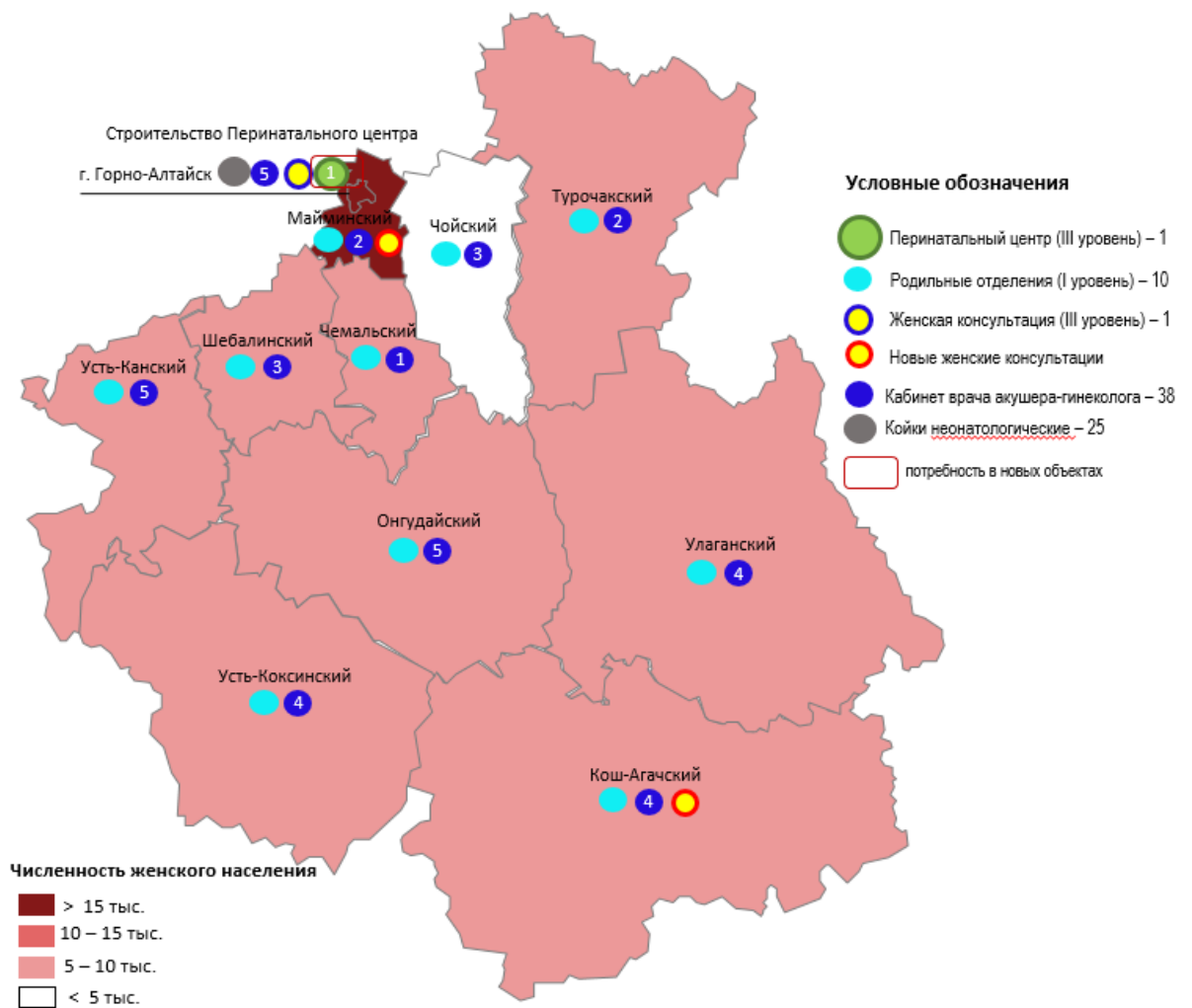


Рис. 1. Схема территориального планирования родовспомогательных учреждений и учреждений детства, оказывающих медицинскую помощь по профилям «Акушерство и гинекология» и «Неонатология»

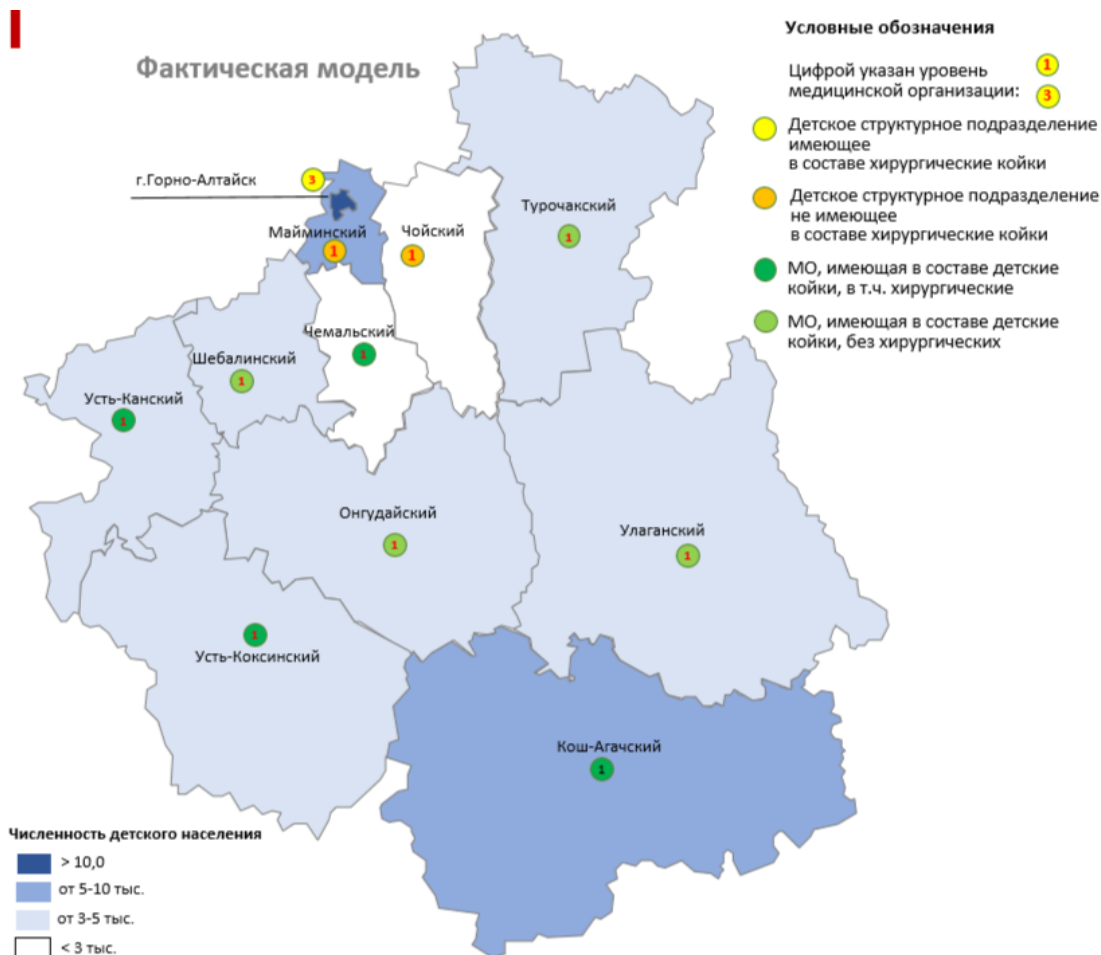


Рис. 2. Схема территориального планирования стационаров, оказывающих помощь по профилю «Педиатрия»

Краткая характеристика наличия недостатка / избыточной мощности женских консультаций, акушерских стационаров, детских поликлиник и детских больниц:

Республика Алтай сталкивается с системным дефицитом медицинской инфраструктуры в сфере охраны материнства, детства и репродуктивного здоровья. Существующая сеть женских консультаций обеспечивает лишь две трети необходимого объёма - их количество ниже нормативной потребности, что ограничивает доступность амбулаторно-поликлинической помощи для беременных и женщин репродуктивного возраста.

Акушерские стационары работают в условиях хронической перегрузки: фактическая загрузка превышает проектную в 2,5–2,8 раза, что усугубляет напряжённость и снижает качество медицинского обслуживания.

В сфере детской амбулаторной помощи наблюдается аналогичный дисбаланс: отсутствуют медицинские организации 2-го уровня как в стационарном, так и в амбулаторном звене, что вынуждает родителей и врачей полагаться исключительно на базовые участковые поликлиники, не всегда способные обеспечить необходимый объём и качество узкопрофильной помощи.

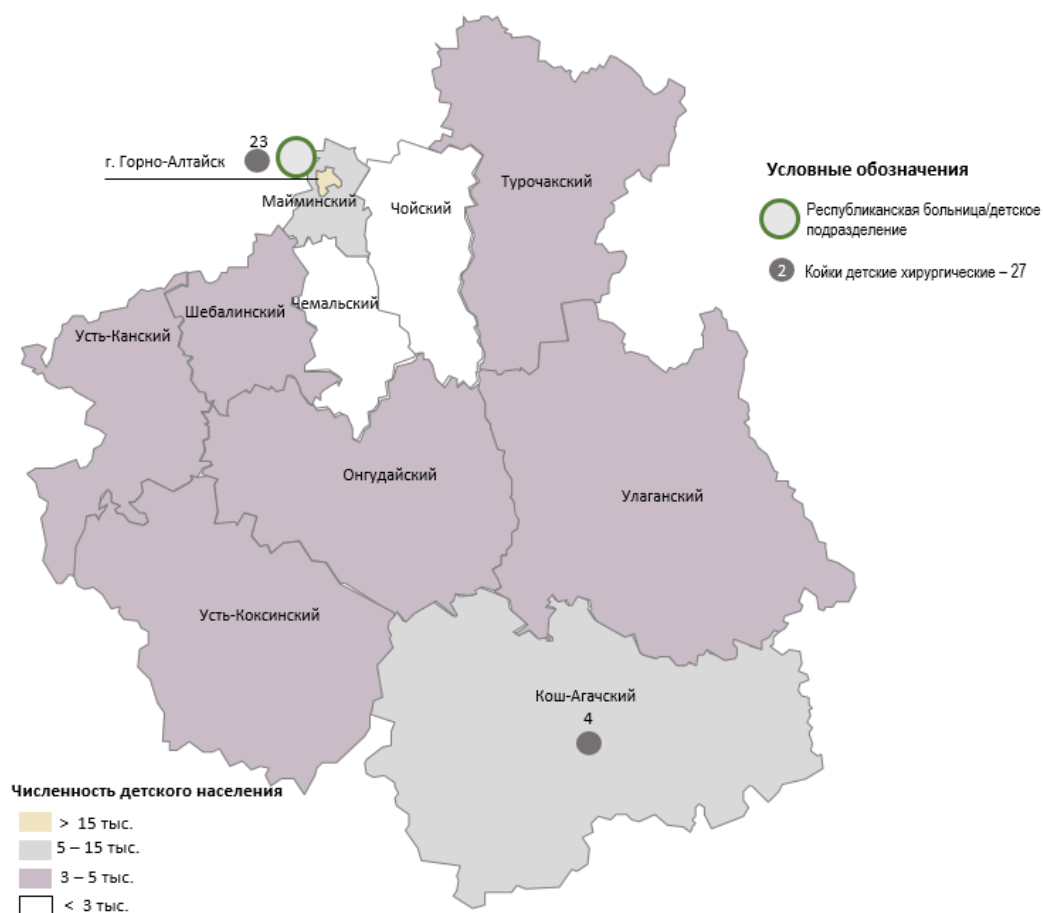


Рис. 3. Схема территориального планирования стационаров, оказывающих помощь по профилю «Детская хирургия»

Это создаёт:

- «пробел» между первичной и высокоспециализированной помощью;
- перегрузку республиканской больницы (3-го уровня) пациентами, которые могли бы получать помощь на межрайонном уровне;
- удлинение сроков госпитализации из-за отсутствия этапов реабилитации и наблюдения в условиях, более приближённых к дому.
- перегрузка коек — особенно хирургических и соматических в МО 1-го и 3-го уровней, что снижает эффективность использования ресурсов и может ухудшать исходы лечения.

Высокая длительность пребывания в стационаре указывает на недостаточную развитость амбулаторно-поликлинического сопровождения после выписки и отсутствие дневных стационаров (не учтены в МО 2-го уровня).

Рекомендации:

- Рассмотреть возможность создания или наделения функциями МО 2-го уровня одной из центральных районных больниц (например, в наиболее крупном районном центре).
- Развивать дневные стационары для детей и реабилитационные отделения на базе МО 1–2 уровней.
- Усилить амбулаторное наблюдение для сокращения длительности госпитализаций.

- Оценить необходимость дополнительного развертывания хирургических коек в МО 1-го уровня при условии обеспечения их кадрами и логистикой.

Таким образом, мощности детской медицинской помощи в республике формально достаточны по общей обеспеченности койками, однако структура сети не сбалансирована: отсутствует среднее звено (2-й уровень), что приводит к неэффективному распределению нагрузки и перегрузке крайних уровней системы.

Кроме того, в целях устранения этих системных ограничений в период с 2025 по 2030 годы в Республике Алтай за счет федеральных средств запланировано строительство нового современного перинатального центра, который призван стать ключевым элементом обновлённой системы охраны материнства и детства. Перинатальный центр будет оснащён высокотехнологичным оборудованием, обеспечит внедрение междисциплинарных протоколов ведения беременности и родов, а также создаст условия для оказания специализированной неонатальной помощи. Его ввод в эксплуатацию должен значительно снизить нагрузку на действующие стационары, повысить доступность и качество медицинской помощи для женщин и детей на всей территории региона.

3.3. Анализ эффективности пренатальной диагностики

НПА, регулирующие проведение пренатальной диагностики, региональная маршрутизация пациенток и особенности проведения перинатального консилиума.

Пренатальная диагностика в Республике Алтай проводится в соответствии с пунктом 2 части 1 статьи 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 апреля 2022 г. № 274н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и (или) наследственными заболеваниями», от 20 октября 2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», приказом Министерства здравоохранения Республик Алтай от 19 января 2023 г. № 8-од «Об организации проведения неонатального скрининга, расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания новорожденных детей в Республике Алтай».

Эффективность пренатальной диагностики представлена в табл. 15.

Эффективность пренатальной диагностики в Республике Алтай

Таблица 15

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024
Взято женщин на учет по беременности в женской консультации, абс.	3112	3099	2921	2829	2439
- из них до 12 нед. из всего взятых на учет по беременности, абс. (%)	2656 85,3%	2684 86,6%	2676 88,2%	2525 89,2%	2111 86,6 %

Доля женщин, прошедших оценку антенатального развития плода при сроке беременности 11 нед. 0 дней – 13 нед. 6 дней – ультразвуковое исследование и определение материнских сывороточных маркеров (связанного с беременностью плазменного протеина А, РАРР-А, и гонадотропина) свободной β-субъединицы хорионического, от вставших на учет по беременности в женских консультациях, %	77,2	75,3	78,7	81,9	89,2
Число беременностей, прерванных по результатам пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, всего, абс, из них:	7	19	17	21	8
- на сроке беременности до 14 нед. от всех прерванных по результатам пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, абс. (%)	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
- на сроке беременности 14–22 нед. от всех прерванных по результатам пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития, абс. (%)	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
- на сроке беременности после 22 нед. от всех прерванных по результатам пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития, абс. (%)	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
Доля детей, у которых после рождения были диагностированы врожденные аномалии (пороки развития), деформации или хромосомные нарушения, от общего числа родившихся детей, %	81 2,8%	83 2,9%	89 3,3%	65 2,5	59 2,7

Доля женщин, прошедших оценку антенатального развития плода при сроке беременности 11 нед. 0 дней – 13 нед. 6 дней от числа женщин, вставших на учет по беременности в женских консультациях за 5 лет, возросла на 15,5%, в 2024 году составляет 89,2% (в 2020 году – 77,2%).

Число беременностей, прерванных по результатам пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в 2024 году 8, что составляет 0,4% (в 2020 году – 7 и составило 0,3%).

Необходимо увеличить охват беременных, взятых на учет до 12 недель беременности за счет санитарно-просветительной работы участковых акушеров-гинекологов, приблизить охват беременных первым пренатальным скринингом к 100%, усилить работу с беременными женщинами, находящимися в группе высокого риска, по результатам комплексного расчета индивидуального риска рождения ребенка с ХА, задержкой роста плода, риска преждевременных родов и преэклампсии.

3.4. Анализ показателей работы акушерских стационаров

Акушерская помощь в плановой, неотложной и экстренной форме оказывается в 7 из 11 районных больницах, расположенных на территории Республики Алтай (медицинские организации I уровня). В 4-х районных больницах (Акташской, Чемальской, Чойской, Майминской) роды принимаются только в экстренных ситуациях - при обращении роженицы с регулярной родовой деятельностью в конце первого или второго периода родов независимо от срока беременности.

Бюджетное учреждение здравоохранения Республики Алтай «Перинатальный центр» (далее - БУЗ РА «Перинатальный центр») является основной медицинской организацией, оказывающей специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов и послеродовый период, а также новорожденным, в том числе в условиях палаты интенсивной терапии. Наиболее тяжелый контингент беременных женщин концентрируется на уровне БУЗ РА «Перинатальный центр».

В БУЗ РА «Перинатальный центр» осуществляется около 95% родов в регионе. В структуре центра: консультативно-диагностическое отделение, отделение патологии беременности поздних сроков 40 коек + 5 коек сестринского ухода, палата интенсивной терапии для женщин на 6 коек, акушерское отделение на 40 коек, отделение новорожденных, палата реанимации и интенсивной терапии для новорожденных на 6 коек, отделение интенсивной терапии для новорожденных 10 коек, организационно-методический кабинет.

Оснащение БУЗ РА «Перинатальный центр» и родильных отделений районных больниц соответствует требованиям приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 года № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология».

В разделе приводится характеристика службы родовспоможения в Республике Алтай (табл. 16).

Показатели, характеризующие службу родовспоможения в Республике Алтай

Таблица 16

Показатель	2020		2021		2022		2023		2024	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Число родов в акушерских стационарах группы I	492	17	417	14,9	290	10,8	192	7,5	112	5,1
- в т.ч. в ургентных родильных залах	0	0	9	2,1	17	5,9	17	8,9	11	9,8
Число родов в акушерских стационарах группы II	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Число родов в акушерских стационарах группы III	2387	82,9	2390	85,1	2398	89,2	2376	92,5	2096	94,9

- в акушерских стационарах III группы	725	92,2	665	95	626	94,4	655	99,4	562	98,8
Кесаревых сечений, выполненных в плановом порядке:	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
- в акушерских стационарах I группы	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
- в акушерских стационарах II группы	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
- в акушерских стационарах III группы	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д

За 5 лет снизилось число родов в акушерских стационарах I группы и, соответственно выросло число родов в акушерских стационарах III группы, что является положительной тенденцией развития эффективности работы акушерских стационаров.

Число преждевременных родов 22-37 недель – 131 (5,9% от всех родов по республике), в т.ч. в перинатальном центре – 119, что составляет 5,4% от всех родов; 90,8% преждевременных родов на 3-ем уровне медицинской организации от всех преждевременных родов республики.

Практически все экстренные (I и II категории) и все плановые (III категория) КС выполняются в одном учреждении – БУЗ РА «Перинатальный центр». Это позволяет концентрировать ресурсы, опыт и оборудование для обеспечения высокого качества и безопасности в сложных случаях.

Проведен анализ выполненных кесаревых сечений по Робсону на основании методических писем Министерства здравоохранения Российской Федерации РФ (№ 154/И/2-1286 от 29.02.2019 «О направлении методического письма о внедрении классификации операции кесарева сечения М. Робсона» и № 15-4/И/2-2832 от 22.02.2022 «Рекомендации по внедрению, использованию и анализу отчета по классификации операции кесарево сечение Робсона») в акушерских стационарах, по результатам которого установлено следующее.

Анализ родоразрешения путем операции кесарева сечения в Республике Алтай за 2024 год

Число родов в Республике Алтай за 2024 год – всего 2217, из них путем операции кесарева сечения - 569, что составляет 25,6%. Количество родоразрешений путем операции кесарева сечения в 2024 году – 569 (25,6%).

Распределение кесаревых сечений по категории неотложности:

I категория – (16,5%) (в медицинских организациях I уровня - 3 (3,2% от данной категории), II уровня – 0 (0,0% от данной категории), III уровня - 91 (96,8% от данной категории).

II категория – (39,2%) (в медицинских организациях I уровня - 4 (1,8% от данной категории), II уровня – 0 (0,0% от данной категории), III уровня - 219 (98,2% от данной категории).

III категория – (44,3%) (в медицинских организациях I уровня - 0 (0,0% от данной категории), II уровня - 0 (0,0% от данной категории), III уровня - 252 (100% от данной категории).

Перинатальная смертность при родоразрешении путем операции кесарева сечения в 2024г. составляет 1,8‰ (в 2023г.- 1,5‰).

Структура показаний к родоразрешению путем операции кесарева сечения в Республике Алтай:

Таблица 16.1

Показание к операции кесарева сечения	2024 г.		2023 г.	
	Абс. число	% от всех показаний к операции кесарева сечения	Абс. число	% от всех показаний к операции кесарева сечения
1. Предлежание плаценты	5	0,9	4	0,6
2. Клинически узкий таз	27	4,7	48	7,3
3. Поперечное положение плода	9	1,6	9	1,4
4. Острая гипоксия плода	47	8,3	37	5,6
5. Выпадение петель пуповины	3	0,5	0	0,0
1. Наличие рубца/рубцов на матке	243	42,7	302	45,8
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	22	3,8	30	4,5
3. Преэклампсия	26	4,6	41	6,3
4. Многоплодная беременность	10	1,8	16	2,4
5. Крупный плод	53	9,3	37	5,6
6. Слабость родовой деятельности	88	15,5	106	16,1
7. Лобное вставление головки плода	3	0,5	0	0,0
8. Несостоятельность рубца на матке	24	4,2	23	3,5
9. ВИЧ-инфекция с высокой вирусной нагрузкой	9	1,6	6	0,9

Распределение родоразрешения путем операции кесарева сечения по шкале Робсона в Республике Алтай:

Таблица 16.2

Группа	2024 г.		2023 г.	
	Абс. число	% от всех операций кесарева сечения	Абс. число	% от всех операций кесарева сечения
1	56	9,8	58	8,8
2 (a+b)	82	14,4	88	13,4
2a	44	7,7	40	6,1
2b	38	6,7	48	7,3
3	38	6,7	37	5,6
4 (a+b)	62	10,9	46	7,0
4a	31	5,5	12	1,8
4b	31	5,5	34	5,2
5 (5.1+5.2)	230	40,4	260	39,5
5.1	133	23,4	172	26,1
5.2	97	17,0	88	13,4
6	21	3,7	22	3,3
7	21	3,7	24	3,6
8	15	2,6	20	3,0
9	2	0,4	7	1,1
10	42	7,4	97	14,7

Частота родоразрешения путем операции кесарева сечение в медицинских организациях III уровня оказания медицинской помощи в Республике Алтай

Таблица 16.3.

Название медицинской организации	2024 г.		2023 г.	
	Абс. число операций кесарева сечения	% от общего числа родов	Абс. число операций кесарева сечения	% от общего числа родов
1. БУЗ РА «Перинатальный центр»	562	26,7	655	27,5

Структура показаний к родоразрешению путем операции кесарева сечения (заполняется отдельно для каждой медицинской организации 3-го уровня)

Таблица 16.4.

Показание к операции кесарева сечения	2024 г.		2023 г.	
	Абс. число	% от всех показаний к операции кесарева сечения	Абс. число	% от всех показаний к операции кесарева сечения
1. Предлежание плаценты	5	0,9	4	0,6
2. Клинически узкий таз	27	4,8	47	7,2
3. Поперечное положение плода	9	1,6	9	1,4
4. Острая гипоксия	44	7,9	36	5,5

плода				
5. Выпадение петель пуповины	3	0,5	0	0,0
6. Наличие рубца/рубцов на матке	241	42,9	302	46,1
7. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	21	3,7	29	4,4
8. Преэклампсия	26	4,6	41	6,3
9. Многоплодная беременность	10	1,8	16	2,4
10. Крупный плод	53	9,4	37	5,7
11. Слабость родовой деятельности	88	15,7	105	16,0
12. Лобное вставление головки плода	3	0,5	0	0,0
13. Несостоятельность рубца на матке	24	4,3	23	3,5
14. ВИЧ-инфекция с высокой вирусной нагрузкой	8	1,4	6	0,9

Распределение родоразрешения путем операции кесарева сечения по шкале Робсона (заполняется отдельно для каждой медицинской организации 3-го уровня)

Таблица 16.5.

Группа	2024 г.		2023 г.	
	Абс. число	% от всех операций кесарева сечения	Абс. число	% от всех операций кесарева сечения
1	56	9,9	58	8,9
2 (a+b)	82	14,6	88	13,4
2a	44	7,8	40	6,1
2b	38	6,8	48	7,3
3	37	6,6	35	5,3
4 (a+b)	60	10,7	46	7,0
4a	31	5,5	12	1,8
4b	29	5,2	34	5,2
5 (5.1+5.2)	228	40,6	259	39,5
5.1	131	23,3	171	26,1
5.2	97	17,3	88	13,4
6	20	3,6	22	3,4
7	21	3,7	24	3,7
8	15	2,6	20	3,1
9	2	0,4	7	1,1
10	41	7,3	96	14,6

Доля случаев материнской смертности в регионе для пациенток, родоразрешенных путем кесарева сечения в 2024 г. - 0 (0% от всех случаев материнской смертности), в 2023 г. - 0 (0% от всех случаев материнской смертности).

Основная проблема — высокий уровень КС в группах 5.1 и 5.2. Эти группы составляют почти 40% всех операций. Для снижения общего уровня КС необходимо сосредоточиться на оптимизации ведения родов у женщин с первыми родами и без рубца на матке (группа 5.1). Это требует внедрения протоколов, обучения персонала, усиления пренатальной подготовки и, возможно, реформирования подходов к «слабости родовой деятельности» и «гипоксии».

В целях снижения общего уровня КС необходимо:

- внедрить протоколы ведения родов у первородящих, обучить персонал методам стимуляции, эпидуральной анальгезии, использованию вакуум-экстрактора, снижению порога для проведения КС только при реальных жизненных показаниях;
- провести детальный ретроспективный анализ всех случаев КС по показанию «острая гипоксия плода» в 2024 г.;
- продолжать работу по увеличению доли ВРПКС среди женщин с рубцом на матке (группа 1 и 2);
- обеспечить профилактику крупного плода: усилить работу с женщинами с ожирением, диабетом в период беременности.
- осуществлять постоянный контроль по шкале Робсона и структуре показаний для оценки эффективности введенных мер.

Краткая характеристика эффективности работы акушерских стационаров и текущей маршрутизации беременных в регионе:

Система акушерской помощи в Республике Алтай эффективно функционирует как централизованная модель, обеспечивающая высокое качество и безопасность в сложных случаях благодаря концентрации ресурсов в БУЗ РА «Перинатальный центр». Основной вызов — снижение избыточного количества кесаревых сечений, особенно у первородящих, путем внедрения протоколов и обучения.

3.5. Поддержка и поощрение грудного вскармливания

В разделе необходимо дать характеристику применяемых в субъекте мер поддержки и поощрения грудного вскармливания (табл. 17).

Характеристика детей на грудном вскармливании в Республике Алтай

Таблица 17

Показатель		2020	2021	2022	2023	2024
Доля детей, в 2024 году достигших возраста 1 года, которые находились на грудном вскармливании, %	В возрасте от 3 до 6 мес.	53,5	57,5	47,4	52,4	50,5
	В возрасте от 6 мес. до 1 года	39,7	45,4	45,8	44,6	47,3

Доля детей, в 2024 году достигших возраста 1 года, которые находились на грудном вскармливании в возрасте от 3 до 6 мес. за 5 лет снизилась на 5,6%, в 2024 году составляет 50,5% (в 2020 году – 53,5%).

Доля детей, в 2024 году достигших возраста 1 года, которые находились на грудном вскармливании в возрасте от 6 мес. до 1 года за 5 лет выросла на 19,1%, в 2024 году составляет 47,3% (в 2020 году – 39,7%).

Число МО и доля от общего числа по разделу, внедривших основные принципы поддержки грудного вскармливания, из них:

- женские консультации (3 - 27,3%) – в БУЗ РА «Перинатальный центр», КДО; БУЗ РА «Майминская РБ», БУЗ РА «Кош-Агачская РБ»);
- родильные дома – БУЗ РА «Перинатальный центр» (отделения (акушерское, отделение патологии беременности, неонатологии) (1 - 100 %);
- детские поликлиники (0);
- детские больницы (0), оказывающие медицинскую помощь детям до 1 года.

Еженедельно в условиях консультативно-диагностического отделения БУЗ РА «Перинатальный центр» проводится школа «Молодой матери» с последующей экскурсией в акушерском стационаре.

Число медицинских работников, обученных вопросам консультирования по поддержке грудного вскармливания в 2024 году и за 6 мес. 2025 года (всего – 30 человек), в 2024 году – 20 человек (5 врачей акушеров-гинекологов, 15 врачей педиатров); за 6 мес. 2025 г. - 10 человек (3 врача акушера-гинеколога, 3 врача-педиатра; 2 - неонатолога; 2 - среднего мед. персонала).

Меры эффективны в рамках отдельной медицинской организации 3 уровня (БУЗ РА «Перинатальный центр»), где достигнуты высокие показатели по внедрению принципов, обучению персонала и организации образования матерей. Однако общая эффективность на уровне региона остается низкой. Крайне низкий охват других учреждений - женских консультаций, детских поликлиник и больниц. Без их вовлечения усилия перинатального центра не могут обеспечить полноценную и непрерывную поддержку грудного вскармливания всем новорожденным и их матерям. Необходимо расширять программу на другие типы медицинских организаций.

3.6. Послеродовая поддержка женщин

В Республике Алтай для поддержки женщин в послеродовом периоде применяется комплекс мер медицинского, психологического, социального и правового характера, реализуемых в рамках государственных программ и при активном участии социально ориентированных некоммерческих организаций (СОНКО). Медицинские меры включают обязательное диспансерное наблюдение в течение 42 дней после родов, включающее осмотры на 7-10-й и 42-й день, оценку восстановления матки, состояния швов, лактации, общего самочувствия и выявление осложнений. Эти услуги предоставляются женскими консультациями, родильными домами и поликлиниками по месту жительства в рамках обязательного медицинского страхования. Особое внимание уделяется скринингу послеродовой депрессии с использованием стандартизированной шкалы EPDS, который проводится врачами-акушерами-гинекологами и медсестрами. Поддержка грудного вскармливания осуществляется через лактационные кабинеты. Также внедряются программы реабилитации после кесарева сечения и осложнённых родов - физиотерапия, ЛФК.

Психологические меры направлены на профилактику и раннее выявление эмоциональных расстройств, снижение уровня стресса и адаптацию к новой роли

матери. Развивается группа поддержки «Новая мама» - форматы терапевтического общения, организуемые совместно с СОНКО «Подари солнечный свет».

В рамках межведомственного взаимодействия, направленного на реализацию комплексного подхода к охране здоровья, профилактике заболеваний и поддержке уязвимых групп населения заключено соглашение между Министерством здравоохранения Республики Алтай и Министерством труда, социальной защиты и занятости населения Республики Алтай.

В 2024 году в рамках программы поддержки материнства социальную помощь в послеродовом периоде получили 342 женщины.

Социальные меры направлены на устранение барьеров, связанных с материальным положением, изоляцией и трудностями адаптации. Управления социальной защиты населения (УСЗН) оказывают адресную помощь одиноким и многодетным матерям — выдают продуктовые наборы, средства гигиены, детскую одежду. Для содействия возвращению женщин к трудовой деятельности создаются программы поддержки занятости: консультации по оформлению отпуска по уходу за ребенком, переобучение, помощь в поиске гибкого графика работы - реализуемые совместно с центрами занятости. Параллельно развиваются «сообщества мам» и клубы, создаваемые СОНКО, культурно-досуговыми центрами и библиотеками, где женщины обмениваются опытом, находят поддержку и снижают уровень одиночества.

Законом Республики Алтай от 30 октября 2024 г. № 61-РЗ «О дополнительной мере поддержки семей, проживающих на территории Республики Алтай, при рождении детей». В Республике Алтай за счет средств республиканского бюджета установлена дополнительная мера поддержки семей, постоянно проживающих на территории Республики Алтай, в виде предоставления подарочного набора первой необходимости для каждому новорожденному ребенку. С 01.01.2025 года подарочных наборов для новорожденных закуплено на сумму 17 586 322,11 руб.

Правовые меры обеспечивают защиту основных прав женщин в послеродовом периоде. Проводится информирование о правах на медицинскую помощь, отпуск по беременности и родам, пособия, защиту от увольнения и т.д.

3.7. Специализированная (в т.ч. высокотехнологичная) медицинская помощь детям в Республике Алтай

В целях оказания высокотехнологичной медицинской помощи детям Республика Алтай взаимодействует со следующими федеральными учреждениями:

«Российская детская клиническая больница» ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России (г. Москва);

ФГБУ «НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва» Минздрава России (г. Москва);

ФГБУ «НМИЦ им. ак. Е. Н. Мешалкина» Минздрава России (г. Новосибирск);

ФГБУ «Федеральный центр нейрохирургии» Минздрава России (г. Новосибирск);

ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» (г. Барнаул).

Динамика объема специализированной медицинской помощи, оказанной детям 0–17 лет включительно в Республике Алтай по профилям медицинской помощи в 2020–2024 гг.

Таблица 18

	2020	2021	2022	2023	2024
Аллергология	192	183	167	145	148
Гастроэнтерология	146	139	134	136	92
Гематология	-	-	63	3	78
Гинекологические	-	-	-	-	-
Кардиология	95	88	32	-	-
Неврология	833	356	549	589	425
Нефрология	155	123	126	156	146
Педиатрия	345	329	781	518	783
Неонатология	373	281	340	348	345
Пульмонология	291	290	345	-	-
Травматология	432	491	510	642	653
Онкология	10	26	38	36	19
ЛОР	-	-	67	115	120
Урология	-	77	92	133	122
Хирургия	621	603	643	852	692

Представленная таблица отражает динамику объемов специализированной медицинской помощи, оказываемой детям в возрасте от 0 до 17 лет включительно в Республике Алтай по различным медицинским профилям за период с 2020 по 2024 годы. Анализируя таблицу, можно сделать следующие выводы:

На основе представленных данных за 2020–2024 гг. можно выделить следующие ключевые тенденции в оказании специализированной медицинской помощи детскому населению Республики Алтай.

1. Устойчивый рост объемов помощи:

Травматология: +51% (432 → 653) - устойчивый рост, вероятно, обусловлен как ростом потребности, так и укреплением службы.

Педиатрия: почти удвоение до 783 случаев в 2024 г., несмотря на колебания, - указывает на расширение охвата профилактической и специализированной помощью.

ЛОР и урология: помощь по этим профилям начала системно предоставляться с 2022 г. и демонстрирует стабильный рост, что свидетельствует о развитии новых направлений детской специализированной помощи.

Гематология: резкий скачок в 2024 г. (78 против 3 в 2023 г.) - связан с организацией профильной службы (из Алтайского края приглашен детский гематолог внешним совместителем, ведет прием по мере накопления пациентов - 1 раз в 2 недели).

2. Резкое снижение или отсутствие оказания помощи по профилю:

- Гастроэнтерология и аллергология: устойчивое сокращение объемов:

Эти изменения могут быть обусловлены уходом узких специалистов (увольнение, миграция кадров). В условиях малой численности врачей по редким профилям - так называемый «закон малых чисел» - даже выбытие одного специалиста делает помощь по данному направлению фактически недоступной, что особенно критично в региональной системе здравоохранения.

- Отсутствует динамика по профилю «гинекология», поскольку для детей в республике не развернуты койки по данному профилю, также они не развернуты

койки по профилю «детская кардиология». Пациенты по этим профилям направляются в специализированные медицинские учреждения г. Барнаула, г. Новосибирска и т.д.

- Онкология: снижение на 50% с пика 2022 г. – связано с изменением маршрутизации пациентов в соответствии с приказом Минздрава России № 116н, согласно которому специализированная медицинская помощь по профилю «онкология» оказывается преимущественно в специализированных онкологических диспансерах и федеральных центрах, а не в общепрофильных медицинских организациях субъекта. Это привело к перераспределению учётных объёмов и снижению отражённых в данных случаев на уровне региональных (неспециализированных) учреждений.

3. Потребности и рекомендации:

- Приоритетное укрепление кадрового потенциала в профилях с высокой волатильностью (кардиология, гастроэнтерология).

- Закрепление ресурсов за вновь развиваемыми службами (ЛОР, урология, гематология) для обеспечения устойчивости.

- Организация чёткой маршрутизации в федеральные центры при невозможности оказания помощи на региональном уровне.

- Мониторинг кадровой стабильности как одного из ключевых факторов доступности детской специализированной и ВМП.

Вывод

Наблюдается поляризация динамики: активное развитие некоторых направлений на фоне коллапса других из-за кадровой нестабильности. В условиях дефицита узких детских специалистов даже небольшие кадровые потери приводят к полному прекращению оказания помощи. Это требует не только организационных, но и кадровых и мотивационных мер на уровне субъекта.

ВМП детям в Республике Алтай

Таблица 19

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024
Число пациентов, которым была оказана ВМП в детских больницах Республики Алтай, всего, абс, в т.ч.:	43	24	23	39	35
- ВМП в ОМС (раздел 1)	43	24	23	39	35
- ВМП вне ОМС (раздел 2)	0	0	0	0	0
Доля объемов ВМП, оказанной в региональных детских больницах, от всего объема ВМП, оказанного детям Республики Алтай, %, в т.ч.:	100	100	100	100	100
- ВМП в ОМС (раздел 1)	100	100	100	100	100
- ВМП вне ОМС (раздел 2)	0	0	0	0	0

Примечание: ОМС — обязательное медицинское страхование.

Анализ динамики оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) детскому населению за период с 2020 по 2024 год.

1. Общая динамика объемов ВМП

Уровень больничной летальности, %	0,3	1,0	0,3	0,8	0,3	1,2	0,2	0,7	0,1	0,5
Уровень досуточной летальности, %*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Примечание. * В течение первых суток пребывания в стационаре.

Анализ уровня больничной летальности (0–17 лет):

Низкий уровень: Летальность в стационарах для детей и подростков в Республике Алтай остается крайне низкой — не превышает 1,2% за весь период.

Уровень больничной летальности детей 0–17 лет за 5 лет снизился на 66%, в 2024 году составляет 0,1% (в 2020 году – 0,3%).

Уровень больничной летальности детей до 1 года за 5 лет снизился на 50%, в 2024 году составляет 0,5% (в 2020 году – 1,0%).

Детализация по возрастным группам:

1) до 1 года: Показатель колеблется от 0,8% до 1,2%, что значительно выше, чем для всей группы 0–17 лет. Это ожидаемо, так как младенцы наиболее уязвимы.

2) 1–17 лет: Уровень летальности в этой группе очень низок — от 0,1% до 0,3%. В 2024 году он достиг минимума за весь период — 0,1%.

Уровень досуточной летальности равен 0%.

По классам 2024 г.:

I место - отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде - 1,1%,

II место - врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения - 1,1%;

III место - болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ - 1,0%;

IV место - болезни нервной системы - 0,2%.

Вывод:

За период 2020–2024 гг. наблюдается положительная динамика в снижении больничной летальности среди детей и подростков в Республике Алтай, особенно заметное улучшение в 2024 году. Наибольший риск сохраняется для новорожденных (до 1 года). Досуточная летальность не зафиксирована.

Оценка хирургической активности МО, оказывающих помощь по профилю «Детская хирургия» в Республике Алтай представлена в таблице 21.

Динамика показателей хирургической работы детских стационаров Республики Алтай в 2020–2024 гг.

Таблица 21

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024
Число коек хирургического профиля для детей (детская хирургия, детская урология-андрология, торакальная хирургия, гнойная хирургия, травматология и ортопедия, ЛОР, челюстно-лицевая хирургия и т.д.) в стационаре, всего	46	47	47	57	59
Госпитализировано детей 0–17 лет в отделения хирургического профиля, всего	1064	1161	1492	1684	1830
Проведено ими койко-дней, всего	10273	10938	13926	14622	16287
Средний койко-день, дни	9,5	9,8	9,5	8,6	8,9
Прооперировано детей 0–17 лет, из числа госпитализированных в отделения хирургического профиля (строка 2), всего, из них:	964	998	1070	1378	1149
- операций на органах брюшной полости, грудной полости, малого таза, ед.	361	351	406	541	376
- операций с применением высоких медицинских технологий (ВМТ), ед.	0	0	0	0	0
Доля операций с применением ВМТ в структуре операций на органах брюшной полости, грудной полости, малого таза	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- в т.ч. с использованием видеохирургических методов (торакоскопия, лапароскопия), из числа прооперированных на органах брюшной и грудной полости, малого таза*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Хирургическая активность, %	90,6	86,0	71,7	81,8	62,8
Число осложнений после операций	0	0	0	0	0
Доля умерших, из числа прооперированных	1	0	1	0	0

Анализ данных по детской хирургии 2020–2024 годов показывает следующие ключевые тенденции:

Рост инфраструктуры и нагрузки:

Число коек хирургического профиля для детей увеличилось с 46 в 2020 г. до 59 в 2024 г., что говорит о расширении ресурсов.

Количество госпитализированных детей выросло на 72% (с 1064 до 1830), и койко-дни увеличились более чем на 50%, что отражает возросшую потребность в хирургической помощи детям.

Оперативная активность и технологии:

Общая хирургическая активность, то есть доля прооперированных среди госпитализированных, снизилась с 90,6% в 2020 до 62,8% в 2024, возможно, из-за изменения подходов к лечению или увеличения госпитализаций с неоперативными случаями.

Использование высоких медицинских технологий (ВМТ) и видео-хирургических методов не применялось, что указывает на необходимость дальнейшего внедрения современных минимально инвазивных технологий в детскую хирургию.

Количество операций на органах брюшной, грудной полости и малого таза выросло к 2023 году, затем снизилось в 2024 году.

Число осложнений после операций отсутствует в данных, что говорит о хорошей безопасности хирургических вмешательств.

Доля умерших среди прооперированных крайне низка (1% в 2020 и 2022, 0% в остальные годы), подтверждая высокий уровень хирургической помощи.

Наблюдается рост спроса и ресурсов в детской хирургии, но хирургическая активность снижается, что может свидетельствовать о более консервативных подходах или увеличении неоперативных госпитализаций.

Отсутствие внедрения высоких и видеохирургических технологий подчеркивает потенциал для модернизации и развития минимально инвазивных методов, что соответствует мировым тенденциям и научным исследованиям в области детской хирургии.

Такие инновационные методики могут способствовать сокращению койко-дней и улучшению качества восстановления детей после операций.

Таким образом, детская хирургия в анализируемом периоде демонстрирует положительную динамику расширения и стабильно высокий уровень безопасности при одновременной необходимости увеличения применения современных технологий для повышения эффективности и снижения инвазивности лечения.

Характеристика неонатологического дистанционного консультативного центра (далее - НДКЦ) и реанимационно-консультативного центра (далее - РКЦ) для детей старше 1 мес. жизни.

Деятельность НДКЦ и РКЦ регулируется Правилами организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра перинатального центра и родильного дома», в соответствии с приложением № 26 к Порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н, а также приказом Министерства здравоохранения Республики Алтай от 4 сентября 2023 г. № 95-од «Об организации работы реанимационно-консультативного центра для детей Республики Алтай».

Структура НДКЦ и РКЦ, число проконсультированных за 2024 год пациентов, число выездов бригад НДКЦ и РКЦ, число выполненных эвакуаций, способ документирования консультативной помощи в НДКЦ и РКЦ.

Эффективность работы НДКЦ и РКЦ представлена в таблице (табл. 22).

**Структура смертности детей 0–17 лет по месту наступления смерти
в Республике Алтай в 2024 году**

Таблица 22

Возраст	БУЗ РА Перинатальный центр		БУЗ РА «Шебалинская РБ»		БУЗ РА «Республиканская больница»		На дому		Вне дома и МО	
	Абс.	%*	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 1 мес.	4	33.3	0	0	0	0	0	0	0	0
Старше 1 мес.	3	25	4	14.2	6	21.4	1	3.6	6	21.4

БУЗ РА «Перинатальный центр» - (М.О.2 уровня), как единственное профильное учреждение для новорождённых, является основным местом оказания сложной неонатологической помощи. Все дети с серьёзными перинатальными и неонатальными патологиями направляются именно туда, поэтому 100% смертей детей до 1 месяца зафиксированы в ПЦ.

Значимую роль также играют районные больницы (МО 1 уровня - БУЗ РА «Майминская районная больница», БУЗ РА «Улаганская районная больница», БУЗ РА «Усть-Коксинская районная больница», БУЗ РА «Чойская районная больница»), где среди детей старше 1 месяца фиксируется наибольшее абсолютное число случаев (8 абс.) и высокая доля (28,6%) всех смертей этой возрастной группы. Это может свидетельствовать о раннем поступлении тяжелых больных в учреждения низшего профиля, недостаточной оснащённости и ограниченных возможностях для проведения специализированных мероприятий, а также о роли первичного медицинского звена в маршрутизации и ведении пациентов с критическими состояниями.

БУЗ РА «Республиканская больница» - (МО 3 уровня), как высокоспециализированное лечебное учреждение, принимает тяжёлых больных детей старше 1 месяца со всего региона, что объясняет высокую долю смертей (21,4%) именно там, что коррелирует с тем, что более сложные случаи требуют специализированного лечения именно в БУЗ РА «Республиканская больница» (М.О.3 уровня).

Летальные случаи, произошедшие дома (3,6%) или вне дома и медицинских организаций (21,4%), свидетельствуют о следующих факторах:

1) недостаточной доступности или запоздалом обращении за неотложной медицинской помощью, особенно в удалённых или труднодоступных районах;

2) наличии факторов внезапной детской смертности, несчастных случаев, инфекционных осложнений, которыми система здравоохранения не успевает своевременно овладеть;

3) возможных пробелах в организации экстренной медицинской помощи и плохой информированности родительского населения о признаках тяжёлого состояния ребёнка.

Возникает необходимость развития системы экстренной транспортировки и поддержки детей с критическими состояниями из отдалённых районов в специализированные центры. А также внедрения телефонного или онлайн-консультирования, программ обучения родителей для выявления признаков тяжёлых состояний и скорейшего обращения за помощью. Значительная часть смертей вне лечебных учреждений и дома указывает на системные проблемы с доступностью и организацией медицинской помощи, транспортной логистикой и профилактикой. Для улучшения демографической ситуации необходимо комплексное решение, включающее развитие экстренной помощи, образовательных программ и расширение медицинской инфраструктуры.

3.8. Анализ работы акушерских дистанционных консультативных центров (АДКЦ), НДКЦ и РКЦ для детей старше 1 мес. жизни

На текущий момент в Республике Алтай акушерские дистанционные консультативные центры (АДКЦ) и неонатальные дистанционные консультативные центры (НДКЦ) фактически не функционируют. Однако в соответствии с планами развития региональной системы здравоохранения их создание и запуск запланированы на 2026 год. Это означает, что в настоящий момент в регионе имеется необходимая инфраструктура, кадровый состав, но не регламентированы процессы, необходимые для реализации функций АДКЦ и НДКЦ: дистанционного мониторинга состояния беременных и новорождённых, телемедицинского консультирования (ТМК), координации экстренной помощи и медицинской эвакуации в перинатальном и неонатальном периоде.

В то же время республиканский консультативный центр (РКЦ) для детей старше 1 месяца жизни функционирует, обеспечивая организационно-методическую и консультативную поддержку медицинским организациям региона. Однако достоверные статистические данные по его деятельности - включая объёмы телемедицинского консультирования (как с региональными, так и с федеральными медицинскими организациями), перечень задействованных МО, количество проведённых ТМК, а также показатели участия в организации медицинской эвакуации (наземной, воздушной и др.) - в открытом доступе отсутствуют. Это затрудняет объективную оценку эффективности работы РКЦ, его вклада в снижение детской заболеваемости и смертности, а также уровень интеграции в единую систему межведомственного взаимодействия.

Таким образом в рамках реализации настоящей программы, в том числе планируется:

- разработать и утвердить регламенты функционирования АДКЦ и НДКЦ в рамках подготовки к запуску в 2026 г.;

- обеспечить сбор и публикацию ключевых показателей деятельности РКЦ, включая объёмы ТМК и данные по медицинской эвакуации;

- усилить цифровую инфраструктуру и подготовку кадров для обеспечения бесперебойной работы всех трёх уровней консультативной поддержки после запуска системы.

3.9. Анализ оснащённости МО

Анализ оснащенности женских консультаций, запланированных к оснащению (переоснащению) согласно перечню, согласованному с МЗ РФ:

Оснащение проводится в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» пяти медицинских организаций:

- БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница» (женская консультация);
- БУЗ РА «Майминская районная больница» (отделение гинекологии);
- БУЗ РА «Онгудайская районная больница» (женская консультация);
- БУЗ РА «Улаганская районная больница» (женская консультация);
- БУЗ РА «Усть-Коксинская районная больница» (женская консультация).

Детальное описание мероприятия описано в п.4.2. Раздела 2.

4. Доступность медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Неонатология» и «Педиатрия»

Ниже приведен анализ ресурсов детского здравоохранения и службы родовспоможения для населения, в т.ч. проживающего в сельской местности Республики Алтай, с учетом заболеваемости населения.

4.1. Доступность медицинской помощи в женских консультациях для женщин, в т.ч. проживающих в сельской местности, ПГТ и малых городах

	Абс.число, чел.	Доля, %	
Численность всего женского населения РА:	111391		
проживающего в городах	35239	31,6	от всего женского населения
проживающего в сельской местности	76152	68,4	
в возрасте 18-49 лет	6078	7,9	от женского населения, проживающего в сельской местности
в возрасте 15-17 лет	881	1,2	
в возрасте 0-15 лет	5312	6,98	

Численность женского населения, прикрепленного к женским консультациям в 2025 г.

Общее женское население составляет 111 391 человек, что является ключевой отправной точкой для расчёта. Основная часть женщин проживает в сельской местности — 76 152 человека (68,4%), в то время как городское население — 35 239 человек (31,6%).

Возрастное распределение женщин в сельской местности региона:

- Женщины 18–49 лет — 6 078 человек (7,9% от женского населения), группа является репродуктивной и социальной опорой.
- Подростки 15–17 лет — 881 человек (1,2%). Это группа школьников и подростков, уязвимая к рискам подросткового здоровья.

- Девочки и дети 0–15 лет — 5 312 человек (6,98%) — детское население, с особенностями ухода и профилактики здоровья.

На отчётную дату в Республике Алтай проживает 111 391 женщина: 31,6 % (35 239) - в городах и 68,4 % (76 152) - в сельской местности. Преобладание сельского населения требует усиления доступности и качества медицинской и социальной поддержки на селе. Доля женщин репродуктивного возраста (18-49 лет) в сельской местности составляет менее 8 %, что указывает на демографические вызовы и необходимость поддержки молодых женщин и семейных программ.

Акушерско-гинекологических кабинетов - всего 38 (в сельской местности - 33). Женских консультаций - всего 5 (в сельской местности - 4).

ПГТ и малые города в республике отсутствуют.

Ниже предоставлены данные о доступности медицинской помощи в женских консультациях для женщин, проживающих в сельской местности, ПГТ и малых городах (до 50 тыс. населения) за 2024 год (табл. 23).

Динамика числа посещений врача акушера-гинеколога женщинами старше 18 лет в Республике Алтай (на 10 тыс. населения соответствующего возраста)

Таблица 23

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024
Число посещений врача акушера-гинеколога, всего, из них	4517	5032	4675	4312	4340
- в сельских поселениях	3538	4151	3790	3685	4013
- в ПГТ	*	*	*	*	*
- в малых городах	*	*	*	*	*

* - ПГТ и малые города в республике отсутствуют.

С 2020 по 2024 год число посещений врача акушера-гинеколога на 10 тыс. женщин старше 18 лет сначала выросли с 4517 до максимума 5032 в 2021 году, затем снизились до 4312 в 2023 году и возросли до 4340 в 2024 году. В результате поселений зафиксирована аналогичная динамика: рост в 2021 году и последующее снижение, с частичным восстановлением показателя в 2024 году. Доля посещений в сельской местности среди общего количества увеличилась с 78% в 2020 году до 92% в 2024 году.

Кадровая обеспеченность женских консультаций в сельской местности необходимо отражена в табл. 24.

Обеспеченность и кадровый потенциал женских консультаций в сельской местности, ПГТ и малых городах*

Таблица 24

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024
------------	------	------	------	------	------

Укомплектованность врачами акушерами-гинекологами в сельской местности, ПГТ и малых городах, %	0	0	0	0	0
Доля женщин, проживающих в сельской местности, ПГТ и малых городах, получивших медицинскую	0	0	0	0	0
Помощь в женских консультациях, расположенных в сельской местности, ПГТ и малых городах, %	0	0	0	0	0
Доля врачей акушеров-гинекологов женских консультаций в сельской местности, ПГТ и малых городах, прошедших симуляционные тренинги (в т.ч. по репродуктивной диспансеризации, профилактике абортов), %	0	0	0	0	0

*В период с 2020 года по 2024 год в Республике Алтай отсутствуют женские консультации в сельской местности. Открыты и функционируют только с 2025года.

В рамках реализации федерального проекта «Охрана материнства и детства национального проекта «Семья», в части реализации результата «Созданы женские консультации, в том числе в составе других организаций, в субъектах Российской Федерации, для оказания медицинской помощи женщинам, в том числе проживающим в сельской местности, поселках городского типа, малых городах» в 2025 году в Республике Алтай созданы 5 женских консультаций на базе имеющихся кабинетов врача акушера-гинеколога. Укомплектованность кадрами на отчетную дату – 100 %.

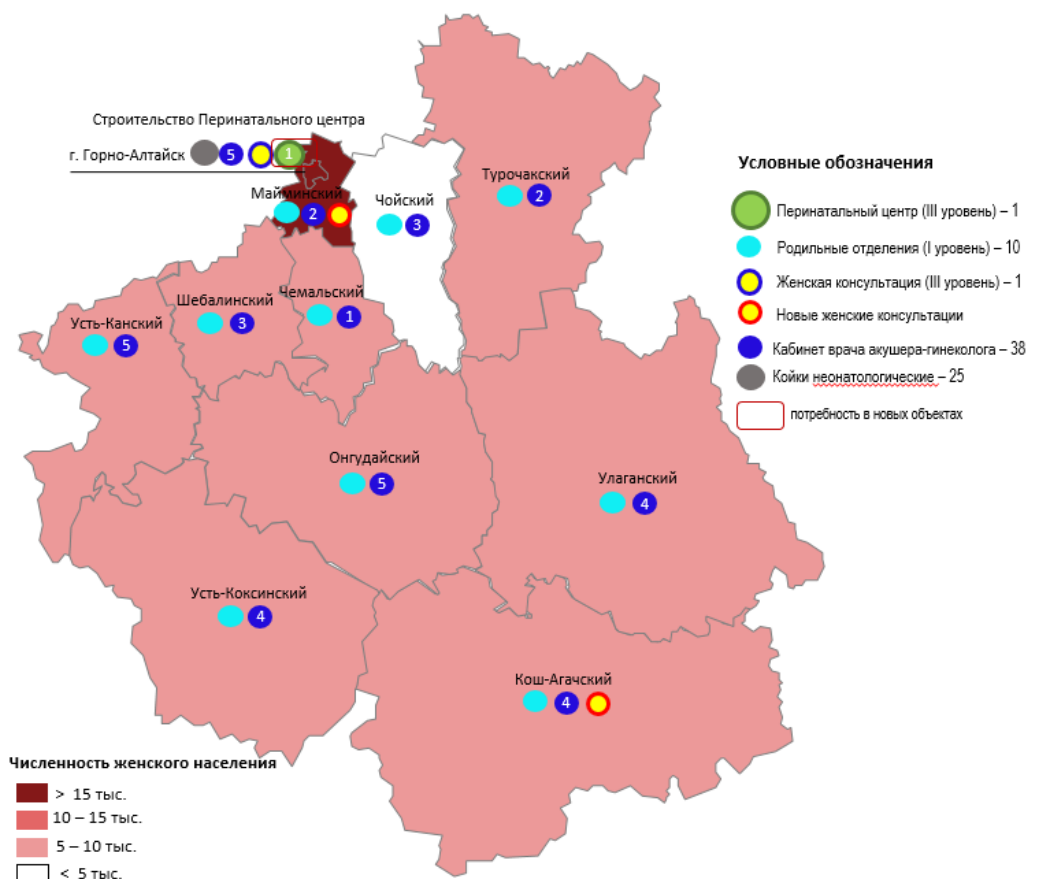


Рис. 4. Схема территориального планирования:

4.2. Доступность медицинской помощи детскому населению в Республике Алтай

Структура первичной заболеваемости детей 0–17 лет включительно в динамике в Республике Алтай (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Таблица 25

Заболевание / состояние (группа заболеваний), код МКБ-10	2020	2021	2022	2023	2024	РФ 2024
Всего заболеваний (A00–T98)	14742 0,7	164782, 4	194655,8	158018,0	162080,1	16744 7,0
В т.ч. некоторые инфекционные и паразитарные заболевания (A00–B99)	6360,8	6479,3	6213,7	6607,8	6830,3	6451,2
Новообразования (C00–D48)	311,3	344,8	446,0	464,6	436,7	498,7
Болезни крови кроветворных органов (D50–D89)	1866,3	1927,9	1815,3	1940,1	1665,2	988,6
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00–E89)	1558,0	1701,9	2038,3	1839,3	2621,7	1784,2
Психические расстройства и расстройства поведения (F01, F03–F99)	126,0	157,6	279,9	277,2	251,1	557,9

Болезни нервной системы (G00–G98)	3520,6	3839,4	3295,4	3177,9	2425,0	3131,3
Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00–H59)	4903,6	4453,3	5743,8	5946,4	5734,5	4556,4
Болезни уха и сосцевидного отростка (H60–H95)	3648,1	3643,2	3961,4	2807,8	3483,9	4376,4
Болезни системы кровообращения (I00–I99)	453,6	563,4	802,2	453,5	331,1	606,1
Болезни органов дыхания (J00–J98)	93705,9	108181,2	95372,6	104100,7	108631,4	113990,5
Болезни органов пищеварения (K00–K92)	6212,6	6504,5	6837,8	7250,3	7150,2	4502,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00–L98)	9198,0	9141,4	8695,0	9278,6	9181,6	6081,5
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00–M99)	1603,9	1822,3	2502,2	3081,8	2976,8	2889,4
Болезни мочеполовой системы (N00–N99)	1850,0	1837,2	1963,5	1874,0	1948,3	2768,5
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00–Q99)	716,0	768,5	724,3	590,5	387,1	811,9
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (S00–T98)	6353,4	6677,0	7036,8	7160,5	6983,8	11801,9

Рост первичной заболеваемости за 5 лет составил на 9,9%.

В разрезе классов болезней отмечается рост заболеваемости по классам болезней:

- I - психические расстройства и расстройства поведения на 99,3%;
- II - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани на 85,6%;
- III - болезни эндокринной системы на 68,3%;
- IV - новообразования на 40,3%;
- V - болезни глаза и его придаточного аппарата на 16,9%;
- болезни органов дыхания на 15,9%;
- болезни органов пищеварения на 15,1%;
- травмы, отравления на 9,9%;
- некоторые инфекционные и паразитарные болезни на 7,4%;
- болезни мочеполовой системы на 5,3%.

Снижение заболеваемости:

- врождённые аномалии на 45,9%;
- болезни нервной системы на 31,1%;
- болезни системы кровообращения на 27,0%;
- болезни крови и кроветворных органов на 10,8%;
- болезни уха и сосцевидного отростка на 4,5%;
- болезни кожи и подкожной клетчатки на 0,2%.

Рост первичной заболеваемости в сравнении с предыдущим 2023 годом составил на 2,6%.

Лидирующие классы:

I - болезни эндокринной системы на 42,5%;

II - болезни уха и сосцевидного отростка на 24,1%;

III - болезни органов дыхания на 4,4%.

В Республике Алтай в 2020–2024 гг. общая заболеваемость детей (162 080 на 100 тыс.) немного ниже среднероссийской (167 447).

Превышают среднероссийский уровень:

- Болезни эндокринной системы — 2 621,7 против 1 784,2 (+47%);

- Болезни органов пищеварения — 7 150,2 против 4 502,6 (+59%);

- Болезни крови — 1 665,2 против 988,6 (+68%).

Значительно ниже среднероссийского уровня:

- Психические расстройства — 251,1 при 557,9 (в 2,2 раза ниже);

- Врождённые аномалии — 387,1 при 811,9 (в 2 раза ниже; требует проверки полноты учёта);

- Болезни нервной системы и кровообращения — также заметно ниже.

Близко к среднероссийским значениям:

- Новообразования, болезни дыхательной и костно-мышечной систем.

Структура и динамика посещений амбулаторно-поликлинических медицинских учреждений детьми в возрасте 0–17 включительно лет в 2020–2024 гг.

Таблица 26

Цель посещения	2020	2021	2022	2023	2024	2024 РФ
По заболеваниям, всего, на 10 тыс. населения, из них:	41577,8	47884,1	47633,5	45062,9	48836,3	60313,7
- в неотложной форме, %	6,9	11,6	7,7	8	6,9	10,3
- по диспансерному наблюдению, %	5,0	7,3	9	10,2	7,4	9,5
С профилактическими и иными целями, всего, на 10 тыс. населения, т.ч.:	19636,8	25250,6	43980	43256,6	51405,4	70480,7
- медицинский осмотр, %	72,7	73,5	0,1	65,7	64	50,3
- диспансеризация и профилактические медицинские осмотры, %	17,8	16,1	20,7	18,3	16,4	24,6
- комплексный медицинский осмотр, %	2,5	4,2	1,7	5,2	3,9	0,9
- передвижными амбулаториями, %	0	0	0	0	0	0,01
- передвижными врачебными бригадами, %	0	0	0	0	0	0,6

- мобильными медицинскими бригадами, %	3,3	2,7	2	3,2	7,7	0,7
- мобильными медицинскими комплексами, %	0	0,1	1,6	2,8	2,6	0,2

Основные категории посещений:

1. По заболеваниям:

- Общее количество посещений на 10 тыс. населения.
- Процент посещений в неотложной форме.
- Процент посещений по диспансерному наблюдению.

2. С профилактическими и иными целями:

- Общее количество профилактических посещений на 10 тыс. населения.
- Процент медицинского осмотра.
- Процент диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.
- Процент комплексного медицинского осмотра.
- Процент посещений передвижными амбулаториями, врачами и мобильными медицинскими бригадами, и комплексами.

Анализ:

- Количество посещений по заболеваниям увеличилось с 41577.8 в 2020 году до 48836.3 в 2024 году.

- Процент посещений в неотложной форме снизился с 6,9% в 2020 году до 6,9% в 2024 году.

- Процент посещений по диспансерному наблюдению увеличился с 5,0% в 2020 году до 7,4% в 2024 году.

- Количество профилактических посещений значительно выросло с 19636.8 в 2020 году до 51405.4 в 2024 году.

- Процент медицинского осмотра снизился с 72,7% в 2020 году до 64,0% в 2024 году.

- Процент диспансеризации и профилактических медицинских осмотров вырос с 17,8% в 2020 году до 16,4% в 2024 году.

- Использование мобильных медицинских комплексов увеличилось с 0% в 2020 году до 2,6% в 2024 году.

Таким образом, данные показывают увеличение общего количества посещений медицинских учреждений, особенно в области профилактики и диспансерного наблюдения, что свидетельствует о повышении внимания к здоровью детей и профилактике заболеваний.

Анализ показателей в сравнении с данными по РФ:

- В 2024 году общее число посещений по заболеваниям составляет около 48836,3 на 10 тыс. населения, что значительно меньше показателя РФ (60313,7). Это свидетельствует о меньшем количестве обращений по поводу заболеваний среди детей рассматриваемого региона по сравнению с общероссийским уровнем.

- Процент посещений в неотложной форме существенно ниже российского уровня (6.9% против 10.3%), что может говорить о лучшей доступности первичной медицинской помощи или более эффективной профилактике.

- девушки, %	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	99,3
--------------	-----	-----	-----	-----	-----	------

Полнота охвата диспансеризацией детского населения 0–14 лет включительно за 5 лет выросла на 164%, в 2024 году составляет 97,4% (в 2020 году – 36,9%); из них детей до 1 года за 5 лет выросла на 33,3%, в 2024 году составляет 100% (в 2020 году – 75%). Полнота охвата диспансеризацией детей 15–17 лет включительно за 5 лет выросла на 247,2%, в 2024 году составляет 100% (в 2020 году – 28,8%).

Полнота охвата профилактическими осмотрами детей 15–17 лет включительно за 5 лет выросла на 44,3%, в 2024 году составляет 100% (в 2020 году – 69,3%).

Фактическое число медицинских мобильных комплексов в Республике Алтай и потребность в них (из расчета на 50 тыс. детского населения)

Таблица 28

Численность детского населения, человек	Фактическое число мобильных комплексов	Потребность в мобильном комплексе, число
62516	17*	1

*общее количество медицинских мобильных комплексов

Динамика работы передвижных амбулаторных подразделений в Республике Алтай в динамике 2020–2024 гг.

Таблица 29

Выполнено посещений	2020		2021		2022		2023		2024	
	Дети 0-17 лет (вкл.)	Из них сельскими	Дети 0-17 лет (вкл.)	Из них сельскими	Дети 0-17 лет (вкл.)	Из них сельскими	Дети 0-17 лет (вкл.)	Из них сельскими	Дети 0-17 лет (вкл.)	Из них сельскими
Общее число посещений к врачам, абс., из них:	417	279	496	353	622	361	577	397	659	503
- врачебными бригадами, %	260	941	790	749	660	331	395	254	995	791
- врачебными бригадами, %	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
- мобильными медицинскими бригадами, %	1,0	1,5	0,9	1,3	0,9	1,6	1,5	2,2	3,8	4,9
- мобильными медицинскими комплексами, %	0	0	0,03	0,05	0,7	1,3	1,4	2	1,3	1,7

Таблица демонстрирует динамику работы передвижных амбулаторных подразделений в определенном субъекте Российской Федерации за период с 2020 по 2024 годы. Основные показатели включают общее количество выполненных посещений врачами, распределенных по категориям детей в возрасте 0-17 лет и

сельских жителей среди них. Дополнительно приведены процентные доли посещений, осуществленных различными видами медицинских бригад и комплексов.

Анализ данных:

Общее число посещений

- За указанный период наблюдается рост общего числа посещений детьми 0-17 лет, особенно заметный в 2022 и 2024 годах.

- Количество посещений сельскими жителями также увеличивается, хотя темпы роста различаются по годам.

Типы медицинских бригад

- Процент посещений, проведенных врачебными бригадами, остается нулевым на протяжении всего периода.

- Посещения мобильными медицинскими бригадами увеличиваются незначительно, достигнув пика в 2024 году (4.9%).

- Использование мобильных медицинских комплексов также возрастает, однако доля их участия значительно меньше по сравнению с мобильными бригадами.

В заключении можно отметить положительную тенденцию увеличения количества посещений врачей детьми и сельскими жителями, а также постепенное внедрение современных форм медицинского обслуживания, таких как мобильные медицинские бригады и комплексы. Это свидетельствует о повышении доступности медицинской помощи населению региона.

5. Анализ мер, направленных на охрану материнства, сбережения здоровья детей и подростков, в том числе и репродуктивного здоровья, повышение рождаемости

5.1. Анализ показателей заболеваемости граждан 15–17 лет, охвата и результатов профилактического осмотра несовершеннолетних с целью оценки репродуктивного здоровья

В разделе представлен анализ проведения профилактических медицинских осмотров девочек врачами акушерами-гинекологами, мальчиков — детскими урологами-андрологами, проведенных в рамках профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.

НПА, регулирующий проведение профилактического осмотра несовершеннолетних с целью оценки репродуктивного здоровья:

распоряжение Минздрава Республики Алтай от 27 января 2025 г. 17-р «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в Республике Алтай в 2025 г. и признании утратившими силу некоторых распоряжений Министерства здравоохранения Республики Алтай».

Профилактические осмотры детей, обучающихся в общеобразовательных организациях проводятся непосредственно в общеобразовательных организациях по графику, согласованному между медицинской организацией и образовательным учреждением.

Перед прохождением профилактического осмотра подросток, достигший возраста 15 лет, вправе самостоятельно проходить профилактический осмотр без

получения согласия от родителей или законных представителей, подписав информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство самостоятельно, в соответствии с частью 2 статьи 20 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Результаты профилактического осмотра выдаются в детской поликлинике по месту прикрепления. Родители (законные представители) могут ознакомиться с заключением участкового педиатра или профильного специалиста (акушера-гинеколога, уролога-андролога) при личном обращении в медицинскую организацию. Подростки старше 15 лет вправе самостоятельно получать информацию о состоянии своего здоровья, в том числе результаты осмотров.

В случае если осмотр не может быть проведён в образовательном учреждении (например, для детей, обучающихся на дому, или при пропуске по уважительной причине), запись осуществляется:

через регистратуру поликлиники по месту прикрепления;

самостоятельно через Региональный портал медицинских услуг Республики Алтай «К врачу»: <https://04.k-vrachu.ru/service/pediatric-examinations>;

через Контакт-центр Министерства здравоохранения Республики Алтай: 8 (38822) 4-77-57.

В регионе в 2024 году реализованы следующие информационно-коммуникационных кампаний по привлечению несовершеннолетних для профилактического осмотра с целью оценки репродуктивного здоровья: ежегодные «Дни здоровья» в 60+ образовательных организациях (охват - свыше 8 тыс. подростков), распространение 5 тыс. памяток через школы и ФАПы, 15 эфиров на местных радио и ТВ. С 2018 г. все медицинские организации с прикрепленным населением ведут страницы в социальных сетях, размещают актуальную информацию по профилактике репродуктивного здоровья и методические материалы для работы на информационных страницах официальных сайтов МО. с. Проведено 12 семинаров для педагогов и медработников, подготовлено 25 подростков-волонтеров. Организованы выездные осмотры в отдаленные сёла (охвачено более 3 тыс. подростков).

Население, прошедшее профилактический осмотр несовершеннолетних с целью оценки репродуктивного здоровья

Таблица 30

Показатель	2020		2021		2022		2023		2024		2024 РФ
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	%
Девочки (15–17 лет включительно)	1310	67,9	3126	88,8	4279	97,2	4414	100	4945	100	86,5
Мальчики (15–17 лет включительно)	1220	70,6	3026	72,5	3411	89,6	4123	100	5134	100	85,5

Полнота охвата профилактическими осмотрами несовершеннолетних с целью оценки репродуктивного здоровья девочек 15–17 лет включительно за 5 лет выросла на 47,3%, в 2024 году составляет 100% (в 2020 году – 67,9%).

Полнота охвата профилактическими осмотрами несовершеннолетних с целью оценки репродуктивного здоровья мальчиков 15–17 лет включительно за 5 лет выросла на 41,6%, в 2024 году составляет 100% (в 2020 году – 70,6%).

Таким образом в регионе отмечаются высокие и устойчивые результаты в организации профилактических осмотров подростков с целью оценки репродуктивного здоровья. Уже с 2023 года достигнут максимальный охват (100 %), что существенно превосходит среднероссийские показатели за 2024 год (~86 %). Представить данные по результатам репродуктивной диспансеризации подростков не представляется возможным, поскольку такая статистика ведётся с 2025 года.

Результаты репродуктивной диспансеризации (показатель рассчитывается на 1000 женщин или мужчин старше 18–49 лет) *

Таблица 31

Показатель	2024	
	Абс.	%
<i>Девочки (15–17 лет)</i>		
I группа репродуктивного здоровья	н/д	н/д
II группа репродуктивного здоровья	н/д	н/д
III группа репродуктивного здоровья	н/д	н/д
	Абс.	%
<i>Всего заболевших от всех причин, в т.ч.:</i>		
N70–N73 Воспалительные болезни женских тазовых органов	н/д	н/д
N80. Эндометриоз	н/д	н/д
N84.0. Полип эндометрия	н/д	н/д
N85.0–N85.1. Гиперплазия эндометрия	н/д	н/д
N86. Эрозия и эктропион шейки матки	н/д	н/д
N87. Дисплазия шейки матки	н/д	н/д
C53. Злокачественное новообразование шейки матки	н/д	н/д
N91. Первичная и вторичная аменорея, олигоменорея	н/д	н/д
N92–N93. аномальные маточные кровотечения	н/д	н/д
D25. Лейомиома матки	н/д	н/д
E28. Дисфункция яичников	н/д	н/д
N60. Доброкачественная дисплазия молочной железы	н/д	н/д
C50. Злокачественное новообразование молочной железы	н/д	н/д
<i>Мальчики (15–17 лет)</i>		
	Абс.	%

I группа репродуктивного здоровья	н/д	н/д
II группа репродуктивного здоровья	н/д	н/д
III группа репродуктивного здоровья	н/д	н/д
	Абс.	‰
<i>Всего заболевших от всех причин, в т.ч.:</i>		
E29.1. Гипофункция яичек	н/д	н/д
I86.1. Варикоцеле	н/д	н/д
N44. Перекрут яичка	н/д	н/д
<i>Факторы риска нарушения репродуктивной системы:</i>		
E66. Ожирение	н/д	н/д
A56.1. Хламидиоз органов малого таза	н/д	н/д
A54 Гонококковая инфекция	н/д	н/д
A63.8. Уреаплазменная, микоплазменная инфекция (<i>U. urealyticum</i> , <i>M. genitalium</i>)	н/д	н/д
A63.0. Папилломавирусная инфекция	н/д	н/д
N 41.1. Простатит	н/д	н/д
N45. Эпидидимит, эпидидимоорхит	н/д	н/д
B26. Эпидемический паротит	н/д	н/д
E10. Сахарный диабет 1-го типа	н/д	н/д

*Статистические данные 2024 года отсутствуют.

Межведомственное взаимодействие по вопросам профилактики нарушений репродуктивного здоровья несовершеннолетних организовано и реализуется на постоянной основе. С 2024 года действует совместный план Минздрава, Минобрнауки, Минмолспорта, Управления Роспотребнадзора, включающий согласованные информационные акции, обучающие мероприятия и мониторинг охвата осмотрами.

С молодёжными организациями субъекта (включая региональное отделение «Российского движения детей и молодёжи», студенческие отряды и волонтерские центры) установлено постоянное партнёрство. С 2018 года они участвуют в распространении профилактической информации, подготовке подростков-волонтеров и организации «Дней здоровья» в школах и на общественных площадках. Формат сотрудничества - безвозмездный, в рамках социальных инициатив.

5.2. Анализ показателей заболеваемости граждан 18–49 лет, охвата и результатов диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья (ДОРЗ)

НПА, регулирующий проведение диспансеризации взрослого населения с целью оценки репродуктивного здоровья:

распоряжение Минздрава Республики Алтай от 23 января 2025 г. № 14-р «Об утверждении Планов проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации взрослого населения по оценке репродуктивного здоровья, углубленной диспансеризации, переболевших новой коронавирусной инфекцией COVID-19, профилактических медицинских осмотров, диспансерного наблюдения взрослого населения на территории Республики Алтай на 2025 год».

Население, прошедшее диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья

Таблица 32

Показатель	2020		2021		2022		2023		2024	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Женщины репродуктивного возраста (18–49 лет), подлежащие ДОРЗ	н/д		н/д		н/д		н/д		15978	57,4
Женщины репродуктивного возраста (18–49 лет), прошедшие ДОРЗ	н/д		н/д		н/д		н/д		11115	74,1
Мужчины репродуктивного возраста (18–49 лет), подлежащие ДОРЗ	н/д		н/д		н/д		н/д		11849	42,6
Мужчины репродуктивного возраста (18–49 лет), прошедшие ДОРЗ	н/д		н/д		н/д		н/д		3889	25,9

*Статистические данные 2020г – 2023 г отсутствуют.

**ПЛАН (рекомендуемый)
диспансеризации взрослого населения Республики Алтай
по оценке репродуктивного здоровья ВСЕГО на 2025 год**

№ п/п	Наименование медицинской организации	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	2025
1.	БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница»	245	297	317	317	317	267	209	207	232	232	223	2863
2.	БУЗ РА «Улаганская районная больница»	143	169	169	169	168	164	131	131	131	131	132	1638
3.	БУЗ РА «Усть-Канская районная больница»	190	220	225	220	227	220	174	174	174	174	171	2169
4.	БУЗ РА «Онгудайская районная больница»	185	205	215	216	206	206	164	164	164	168	166	2059
5.	БУЗ РА «Шебалинская районная больница»	192	193	193	193	193	193	154	154	156	154	154	1929
6.	БУЗ РА «Усть-Коксинская районная больница»	208	227	227	227	227	227	173	183	193	193	195	2280
7.	БУЗ РА «Турочакская районная больница»	170	181	181	179	177	176	142	142	142	142	142	1774
8.	БУЗ РА «Майминская районная больница»	394	426	424	424	424	424	336	336	336	336	323	4183
9.	БУЗ РА «Чойская районная больница»	103	116	116	113	113	113	90	90	90	90	89	1123
10.	БУЗ РА «Чемальская районная больница»	148	153	153	153	153	153	121	121	121	122	123	1521
11.	БУЗ РА «Республиканская больница»	790	800	800	805	805	806	643	643	638	473	253	7456
12.	БУЗ РА «Перинатальный центр»	0	0	0	0	0	0	0	0	0	165	385	550
13.	Итого:	2768	2987	3020	3016	3010	2949	2337	2345	2377	2380	2356	29545

**ПЛАН (рекомендуемый)
диспансеризации взрослого населения Республики Алтай
по оценке репродуктивного здоровья ЖЕНЩИН на 2025 год**

№ п/п	Наименование медицинской организации	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	2025
1.	БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница»	145	147	147	147	147	147	119	117	117	117	117	1467
2.	БУЗ РА «Улаганская районная больница»	83	84	84	84	84	84	67	67	67	67	68	839
3.	БУЗ РА «Усть-Канская районная больница»	110	110	110	110	117	110	89	89	89	89	88	1111
4.	БУЗ РА «Онгудайская районная больница»	105	105	105	106	106	106	84	84	84	84	86	1055
5.	БУЗ РА «Шебалинская районная больница»	98	99	99	99	99	99	79	79	79	79	79	988
6.	БУЗ РА «Усть-Коксинская районная больница»	116	117	117	117	117	117	93	93	93	93	95	1168
7.	БУЗ РА «Турочакская районная больница»	90	91	91	91	91	91	73	73	73	73	72	909
8.	БУЗ РА «Майминская районная больница»	214	216	214	214	214	214	171	171	171	171	173	2143
9.	БУЗ РА «Чойская районная больница»	58	58	58	57	57	57	46	46	46	46	46	575
10.	БУЗ РА «Чемальская районная больница»	78	78	78	78	78	78	62	62	62	62	64	780
11.	БУЗ РА «Республиканская больница»	410	410	410	410	410	410	328	328	328	178	22	3644
12.	БУЗ РА «Перинатальный центр»	0	0	0	0	0	0	0	0	0	150	350	500
13.	Итого:	1507	1515	1513	1513	1520	1513	1211	1209	1209	1209	1216	15135

ПЛАН
диспансеризации взрослого населения Республики Алтай
по оценке репродуктивного здоровья МУЖЧИН на 2025 год

№ п/п	Наименование медицинской организации	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	2025
1.	БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница»	100	150	170	170	170	120	90	90	115	115	106	1396
2.	БУЗ РА «Улаганская районная больница»	60	85	85	85	84	80	64	64	64	64	64	799
3.	БУЗ РА «Усть-Канская районная больница»	80	110	115	110	110	110	85	85	85	85	83	1058
4.	БУЗ РА «Онгудайская районная больница»	80	100	110	110	100	100	80	80	80	84	80	1004
5.	БУЗ РА «Шебалинская районная больница»	94	94	94	94	94	94	75	75	77	75	75	941
6.	БУЗ РА «Усть-Коксинская районная больница»	92	110	110	110	110	110	80	90	100	100	100	1112
7.	БУЗ РА «Турочакская районная больница»	80	90	90	88	86	85	69	69	69	69	70	865
8.	БУЗ РА «Майминская районная больница»	180	210	210	210	210	210	165	165	165	165	150	2040
9.	БУЗ РА «Чойская районная больница»	45	58	58	56	56	56	44	44	44	44	43	548
10.	БУЗ РА «Чемальская районная больница»	70	75	75	75	75	75	59	59	59	60	59	741
11.	БУЗ РА «Республиканская больница»	380	390	390	395	395	396	315	315	310	295	275	3856
12.	БУЗ РА «Перинатальный центр»	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	35	50
13.	Итого:	1261	1472	1507	1503	1490	1436	1126	1136	1168	1171	1140	14410

В представленной таблице (Таблица 32) приведены данные за 2024 год по диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья (ДОРЗ) у населения репродуктивного возраста (18–49 лет). Данные за 2020–2023 гг. отсутствуют, что ограничивает возможности для анализа динамики, но позволяет сделать выводы по ситуации на 2024 год.

Число МО, участвующих в ДОРЗ сельского населения – 10, городского – 2.

Мобильные бригады в МО не используются.

Организации, заключившие договоры с иными специалистами, отсутствующими в данной МО, для проведения ДОРЗ, или с иными МО, для проведения исследований, отсутствующих в данной МО, для проведения ДОРЗ отсутствуют.

За проведение ДОРЗ в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Алтай ответственны главные врачи.

Во всех подведомственных медицинских организациях, обеспечено проведение диспансеризации, в том числе ДОРЗ, в вечернее время и по субботам согласно графику.

Запись диспансеризацию проводится регистратурой поликлиники по месту жительства. Гражданин может обратиться самостоятельно в регистратуру МО прикрепления очно или по телефонам МО, посредством электронной записи пациентов через Региональный портал медицинских услуг «К врачу» <https://04.k-vrachu.ru/service/hospitals>, а также по телефону «Контакт-центра» Минздрава Республики Алтай 8(388-22)4-77-57.

Подлежало диспансеризации:

15 978 женщин (57,4% от общей численности женщин 18–49 лет в соответствующем регионе или выборке). Прошло диспансеризацию: 11 115 женщин, что составляет 74,1% от числа подлежащих.

11 849 мужчин (42,6% от общей численности мужчин 18–49 лет). Прошло диспансеризацию: 3 889 мужчин, что составляет 25,9% от числа подлежащих.

Это типичная картина для программ профилактического здравоохранения: мужчины традиционно реже участвуют в диспансеризации и профилактических обследованиях.

Общее число подлежащих ДОРЗ в 2024 г. - 53,9%. Таким образом, немногим более половины целевой группы прошла диспансеризацию.

Низкая вовлеченность мужчин требует целенаправленных мер: информационные кампании, ориентированные на мужчин; упрощение доступа к обследованиям (например, мобильные пункты, привязка к месту работы); мотивационные программы.

Высокая явка женщин говорит об эффективности существующих механизмов для женского населения, но можно стремиться к ещё большему охвату (например, работа с теми, кто не явился - повторные приглашения, разъяснение важности обследования).

В Республике Алтай в 2024 году реализованы следующие информационно-коммуникационные кампании по привлечению граждан в возрасте 18–49 лет к прохождению диспансеризации (ДОРЗ): проведены ежегодные «Дни здоровья» в более чем 70 организациях — включая крупные предприятия, вузы и учреждения культуры (охват - свыше 15 тыс. человек); распространено 2 тыс. информационных памяток через поликлиники, МФЦ и аптечные сети; организовано 4 тематических эфира на региональных телеканалах и радиостанциях.

С 2018 года все медицинские организации, работающие с прикрепленным населением, ведут страницы в социальных сетях, где регулярно публикуют материалы о целях и порядке прохождения диспансеризации, напоминания о записи, разъяснения по результатам обследований, а также размещают методические рекомендации на официальных сайтах.

Проведено 4 межведомственных семинара для представителей работодателей, специалистов центров здоровья и участковых терапевтов. Привлечено и обучено 30 волонтеров из числа студентов медицинских колледжей для информационной поддержки граждан на площадках диспансеризации. Организованы выездные бригады в труднодоступные населенные пункты, охватившие более 2,5 тыс. жителей в возрасте 18–49 лет.

Результаты репродуктивной диспансеризации (показатель рассчитывается на 1000 женщин или мужчин старше 18–49 лет)

Таблица 33

Показатель	2025 г. (8месяцев)	
	Абс.	%
<i>Женщины 18–49 лет</i>		
I группа репродуктивного здоровья	н/д	н/д
II группа репродуктивного здоровья	н/д	н/д
III группа репродуктивного здоровья	н/д	н/д
	Абс.	%
<i>Всего заболевших от всех причин, в т.ч.:</i>		
N70–N73. Воспалительные болезни женских тазовых органов	355	7,8
N80. Эндометриоз	112	2,5
N81 выпадение женских половых органов	37	0,8
N84.0. Полип эндометрия	47	1,0
N85.0–N85.1. Гиперплазия эндометрия	21	0,5
N86. Эрозия и эктропион шейки матки	178	3,9
N87. Дисплазия шейки матки	30	0,7
C53. Злокачественное новообразование шейки матки	175	3,8
N91. Первичная и вторичная аменорея, олигоменорея	102	2,2
N92–N93. Аномальные маточные кровотечения		
N96. Привычный выкидыш	68	1,5
N97. Женское бесплодие	13	0,3
D25. Лейомиома матки	208	4,6
E28. Дисфункция яичников	2	0,04

N60. Доброкачественная дисплазия молочной железы	0	0
C50. Злокачественное новообразование молочной железы	0	0
<i>Мужчины 18–49 лет</i>		
	Абс.	%
I группа репродуктивного здоровья	н/д	н/д
II группа репродуктивного здоровья	н/д	н/д
III группа репродуктивного здоровья	н/д	н/д
	Абс.	‰
<i>Всего заболевших от всех причин, в т.ч. *:</i>		
N46. Мужское бесплодие	2	0,05
E29.1. Гипофункция яичек	0	0
I86.1. Варикоцеле	4	0,09
N44. Перекрут яичка	0	0
<i>Факторы риска нарушения репродуктивной системы:</i>		
E66. Ожирение	205	4,8
A56.1. Хламидиоз органов малого таза	0	0
A54. Гонококковая инфекция	0	0
A63.8. Уреаплазменная, микоплазменная инфекция (<i>U. urealyticum</i> , <i>M. genitalium</i>)	0	0
A63.0. Папилломавирусная инфекция	0	0
N 41.1. Простатит	2	0,05
N45. Эпидидимит, эпидидимоорхит	1	0,02
B26. Эпидемический паротит	0	0
E10. Сахарный диабет 1-го типа	30	0,7

Представленные данные показывают распространенность некоторых заболеваний среди женщин и мужчин репродуктивного возраста (18–49 лет). Данные приведены за первые восемь месяцев 2025 года и представлены в абсолютных значениях (абс.) и процентах (%).

Заболевания женщин

Среди наиболее распространенных заболеваний женской репродуктивной системы выделяются воспалительные заболевания тазовых органов (N70-N73), эрозия и эктропион шейки матки (N86), лейомиома матки (D25) и злокачественные новообразования шейки матки (C53). Важно отметить высокий процент заболеваемости воспалительными заболеваниями тазовых органов, составляющий 7,8%, что свидетельствует о важности профилактики инфекций передающихся половым путем и своевременного лечения воспалительных процессов.

Заболеваемость такими состояниями, как гиперплазия эндометрия (N85.0-N85.1), составляет всего 0,5%. Частота встречаемости женского бесплодия (N97) составляет лишь 0,3% от общего числа случаев.

Заболевания мужчин

У мужчин репродуктивного возраста преобладают проблемы, связанные с факторами риска нарушений репродуктивной системы, такие как ожирение (E66), которое встречается примерно у 4,8% обследованных пациентов. Другие состояния, такие как мужское бесплодие (N46), варикоцеле (I86.1) и простатит (N41.1), встречаются гораздо реже, составляя менее 0,1% каждого.

Таким образом, можно сделать вывод, что женская репродуктивная система подвержена большему количеству специфических заболеваний, в отличие от мужской, где факторы риска, такие как ожирение, играют большую роль в нарушении репродуктивных функций.

Эти статистические данные подчеркивают важность профилактических мер и регулярного медицинского обследования для обоих полов, особенно учитывая высокую частоту воспалительных заболеваний и факторов риска, таких как ожирение.

5.3. Анализ мер, направленных на формирование положительных репродуктивных установок у женщин и повышение эффективности доабортного консультирования, повышение рождаемости

В Республике Алтай используют НПА, регулирующие формирование положительных репродуктивных установок у женщин и повышение эффективности доабортного консультирования, повышение рождаемости:

приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»;

распоряжение Правительства Республики Алтай от 26 июня 2025 г. № 391-р «Об утверждении Региональной программы по стимулированию рождаемости в Республике Алтай»;

Приказ Министерства здравоохранения Республики Алтай от 11 мая 2021 г. № 74/1-од «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в медицинских организациях Республики Алтай»;

Приказ Министерства здравоохранения Республики Алтай от 20 мая 2025 г. № 79-од «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Алтай от 11 мая 2021 № 74/1-од».

Инфраструктура оказания медицинской помощи женщинам и семьям, желающим иметь детей, в т.ч. проживающим в отдаленных районах, сельской местности, ПГТ и малых городах: в БУЗ РА «Перинатальный центр» организован прием врача акушера-гинеколога по планированию семьи, в том числе по вопросам бесплодия и направления на ВРТ. Также организован кабинет медико-социальной и правовой помощи женщинам в период беременности; доабортное консультирование женщин с целью сохранения беременности.

С 2023 года на основании информационного письма Минздрава России от 15 июня 2023 г. № 15-4/И/2-10887 в работу медицинских организаций Республики Алтай внедрено Мотивационное анкетирование с целью выявления репродуктивных установок женщин, обратившихся за медицинской услугой по прерыванию беременности, и направлено на формирование правильного репродуктивного выбора

у пациентки, обратившееся в медицинскую организацию с намерением прервать беременность.

Также осуществляется мониторинг результатов анкетирования с внесением в ПИК «Мониторинг внедрения мотивационного анкетирования женщин, обратившихся за прерыванием беременности, находящихся в состоянии репродуктивного выбора». По итогу 2024 года число женщин, обратившихся за медицинской услугой по искусственному прерыванию беременности (аборт) – 368, число женщин, прошедших мотивационное анкетирование – 335.

Во всех МО, осуществляющих медицинскую услугу по прерыванию беременности, внедрены единые требования к оформлению официальных сайтов МО.

Модуль «Психологическое доабортное консультирование женщин в состоянии репродуктивного выбора», региональные речевые модули, формирование положительных репродуктивных установок у населения, а также взаимодействие МО со службами социальной защиты и иными организациями, предоставляющими социальные услуги населению, оказывающими психологическую и правовую помощь женщинам и семьям, желающим иметь детей, и женщинам в трудной жизненной ситуации, активно применяется во всех (11 организаций, 100%) медицинских организациях, подведомственных Минздраву Республики Алтай, консультирующих женщин, находящихся в репродуктивном выборе.

Все врачи акушеры-гинекологи (25 врачей, 78 акушерок) и клинические психологи (11 специалистов), участвующие в консультировании женщин, рассматривающих прерывание беременности, прошли обучение по интерактивному образовательному модулю «Психологическое доабортное консультирование женщин в состоянии репродуктивного выбора».

Медицинские организации, имеющих лицензию на оказание работ /услуг по профилю «Акушерство и гинекология» (искусственному прерыванию беременности) следующие:

БУЗ РА «Чойская РБ»
 БУЗ РА «Майминская РБ»
 БУЗ РА «Турочакская РБ»
 БУЗ РА «Шебалинская РБ»
 БУЗ РА «Онгудайская РБ»
 БУЗ РА «Улаганская РБ»
 БУЗ РА «Кош-Агачская РБ»
 БУЗ РА «Усть-Канская РБ»
 БУЗ РА «Усть-Коксинская РБ»
 БУЗ РА «Чемальская РБ»
 БУЗ РА «Перинатальный центр»
 БУЗ РА «Республиканская больница»

Число медицинских работников, которые участвуют в реализации мероприятий в настоящее время (в т.ч. число медицинских работников, обученных по программам повышения квалификации по данным мероприятиям) в разрезе МО:

Наименование медицинской организации	Врачи акушеры-гинекологи	Акушерки
БУЗ РА «Чойская РБ»	1	2

БУЗ РА «Майминская РБ»	2	6
БУЗ РА «Турочакская РБ»	1	3
БУЗ РА «Шебалинская РБ»	3	6
БУЗ РА «Онгудайская РБ»	2	9
БУЗ РА «Улаганская РБ»	2	7
БУЗ РА «Кош-Агачская РБ»	2	12
БУЗ РА «Усть-Канская РБ»	2	9
БУЗ РА «Усть-Коксинская РБ»	1	3
БУЗ РА «Чемальская РБ»	2	6
БУЗ РА «Перинатальный центр»	7	15
Всего	25	78

Показатели приводят в динамике 5 лет, в т.ч. в разрезе муниципальных образований региона (табл. 34).

Показатели, характеризующие репродуктивный выбор женщин в динамике

Таблица 34

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024
Число аборт, абс.	1179	1016	892	790	696
- из них по желанию, абс. (%) от всех абортов	625	564	473	338	323
Число абортов на 1000 женщин фертильного возраста	25,4	19,4	16,9	15,5	13,5
Число абортов на 100 родов	40,49	36,1	33,1	30,7	31,4
Число абортов на 1000 женщин фертильного возраста	25,4	19,4	16,9	15,5	13,5
Беременные, обратившиеся в МО в ситуации репродуктивного выбора, получившие услуги по оказанию правовой, психологической и медико-социальной помощи, абс.	538	669	610	375	368
Беременные, обратившиеся в МО в ситуации репродуктивного выбора, получившие услуги по оказанию правовой, психологической и медикосоциальной помощи и вставшие на учет по беременности, абс. (%) всех обратившихся	61 (11,3)	1116 (16,8)	164 (26,8)	37 (9,8) %	45 (12,2)

Необходимо отметить, что количество медицинских абортов (легальных) в 2024 году уменьшилось на 11,9% по сравнению с 2023 годом, на 41,0% по сравнению с 2020 годом и можно предположить, что этот показатель не соответствует действительности (не истинные цифры), так как, не смотря на внедрение мотивационного анкетирования женщин, находящихся в состоянии репродуктивного выбора и с учетом «недели тишины», женщины продолжают обращаться в частные

медицинские организации с желанием прервать беременность, которые в свою очередь не принимают участие в государственной регистрации прерывания беременности. Также, не все женщины, решившие прервать беременность, «доходят» до кабинета медико-социальной помощи государственных учреждений.

Для женщин, принявших решение прерывание беременности, обращение в частные клиники имеет ряд преимуществ: во-первых, анонимность (в тайне от близких), отсутствие записи о прерывании беременности в медицинской карте (МИС ЕЦП), во-вторых, не требует долгого пребывания женщины в стационаре частной клиники, в-третьих, при раннем обращении женщина уверена, что успеет провести медикаментозное прерывание беременности.

В целом же по данным мониторинга «Профилактика прерывания беременности» в 2024 году в медицинские организации республики (женские консультации/кабинеты) обратилось 368 женщин с желанием прервать беременность: 82,6% с третьей и последующей беременностью, 13,8% - второй беременностью и 3,5% с первой беременностью. Из числа женщин, получивших консультацию специалистов кабинета медико-социальной помощи, сделали аборт 87,8% (абс. 323). Основная причина прерывания беременности – экономические (материальные) трудности – 90,7% (причем 88% женщин с третьей и последующими беременностями); 9,3% другие причины.

Осуществляется взаимодействие МО с Министерством труда, социальной защиты и занятости населения Республики Алтай, а также СФР по консультированию о предоставляемых социальных услугах населению, оказывающим помощь женщинам и семьям, желающим иметь детей, и женщинам в трудной жизненной ситуации.

Привлекаются религиозные конфессии (представители РПЦ, мусульманской общины, буддийской Сангхи), общественные организации («Женщины Алтай», «Женщины за жизнь» и т.д.) для проведения бесед с женщинами, находящимися в состоянии репродуктивного выбора.

5.4. Анализ эффективности лечения женского бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), доступности и эффективности программ ВРТ

Организация вспомогательных репродуктивных технологий регламентирована: приказом Минздрава России от 31 июля 2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»;

приказом Минздрава Республики Алтай от 26 января 2024 г. № 9-од «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции на территории Республики Алтай и признании утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Алтай от 10 сентября 2019 года № 128-од»;

постановлением Правительства Республики Алтай «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» на соответствующий год.

Направление пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) осуществляется комиссией Министерства здравоохранения Республики Алтай в медицинские организации, находящиеся за пределами

Республики Алтай. При направлении пациента для проведения процедуры ЭКО в рамках базовой программы ОМС пациенту предоставляется перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО из числа участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования. При проведении процедуры ЭКО в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, счета и реестры счетов предъявляются в страховые медицинские организации. Оплата медицинских услуг при проведении процедуры ЭКО в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется по межтерриториальным расчетам в соответствии с тарифами, установленными в субъектах Российской Федерации.

На территории Республики Алтай медицинские организации, имеющие лицензию на оказание работ/услуг по профилю «Акушерство и гинекология» (вспомогательным репродуктивным технологиям) **отсутствуют**. Направление пациентов для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения осуществляется в медицинские организации, находящиеся за пределами Республики Алтай. Пациенту предоставляется перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру экстракорпорального оплодотворения из числа участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Доступность и эффективность ВРТ в динамике 2020–2024 гг. представлены в таблицах 35, 36.

Доступность ВРТ

Таблица 35

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024
Число циклов экстракорпорального оплодотворения, выполненных в Республике Алтай в течение одного года, абс.	102	150	165	177	158
Доля родов после экстракорпорального оплодотворения, от всех родов в Республике Алтай, %	1,2	0,7	1,7	1,0	1,3

Эффективность ВРТ

Таблица 36

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024
Число и доля женщин, у которых беременность после применения процедуры экстракорпорального оплодотворения (всех начатых циклов экстракорпорального оплодотворения) завершилась родами, в общем числе женщин, которым были проведены процедуры экстракорпорального оплодотворения, абс. (%)	36 (49,3)	21 (17,9)	34 (28,6)	26 (17,7)	29 (18,8)

Число и доля женщин, у которых беременность после применения процедуры экстракорпорального оплодотворения (циклов с переносом эмбрионов) завершилась родами, в общем числе женщин, которым были проведены процедуры экстракорпорального оплодотворения (циклы с переносом эмбрионов), абс. (%)	9 (50,0)	2 (7,7)	13 (38,2)	7 (19,4)	5 (12,5)
--	----------	---------	-----------	----------	----------

Ниже представлена краткая характеристика тенденций в части заболеваемости бесплодием, эффективности его лечения, доступности и эффективности программ ВРТ:

Доступность ЭКО в Республике Алтай значительно выросла с 2020 по 2023 гг., достигнув максимума в 2023 году. Однако в 2024 году наблюдалось снижение количества циклов на 11% по сравнению с 2023 годом, что связано с временным ограничением финансирования.

Несмотря на рост числа циклов ЭКО, доля родов после ЭКО не стабильна. Особенно низкий показатель в 2021 году (0,7%) контрастирует с ростом числа циклов. Это может указывать на низкую эффективность процедур в этом году или на особенности демографического контекста (например, снижение общего числа родов).

В 2022 году — пик эффективности по этому показателю, но затем вновь снижение.

В 2024 году — восстановление до уровня 2020 года (1,3%).

2. Эффективность ВРТ (Таблица 36)

Показатель «Число и доля женщин, у которых беременность после применения процедуры экстракорпорального оплодотворения (всех начатых циклов экстракорпорального оплодотворения) завершилась родами, в общем числе женщин, которым были проведены процедуры экстракорпорального оплодотворения» резко упал в 2021 году по сравнению с 2020 и остаётся значительно ниже уровня 2020 года на протяжении всего последующего периода. Это может быть связано с изменением критериев отбора пациенток, падением качества лабораторной работы, кадровыми проблемами, логистикой или внешними факторами (например, пандемия в 2021 г.).

Показатель «Доля родов среди циклов с переносом эмбрионов» отражает реальную успешность имплантации и вынашивания после переноса эмбриона.

В 2020 году - очень высокая эффективность (50%). В 2021 году - критическое падение до 7,7%, что указывает на низкую эффективность ВРТ в этот период. В 2022 году - частичное восстановление (38,2%), но затем новое снижение до 12,5% в 2024 году, что ниже даже уровня 2021 года.

Общий вывод по динамике 2020–2024 гг.

Доступность ЭКО выросла - почти в 1,7 раза с 2020 по 2023 год, хотя в 2024 году зафиксирован спад.

Эффективность ВРТ резко снизилась, начиная с 2021 года и не восстановилась до уровня 2020 года ни по одному из ключевых показателей.

Особенно тревожна динамика показателя успешности при переносе эмбрионов, который упал с 50% (2020) до 12,5% (2024) - это указывает на системные проблемы в реализации технологии, требующие детального аудита: качества лабораторных

условий, подготовки эмбриологов и репродуктологов, отбора пациенток, протоколов стимуляции и поддержки беременности.

Несоответствие между ростом доступности и падением эффективности может приводить к неоправданным эмоциональным и финансовым затратам для пациентов, и снижению доверия к программе ЭКО в регионе.

Динамика заболеваемости бесплодием в 2020-2024 гг. (на основании формы федерального статистического наблюдения № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации», табл. 3000).

	Зарегистрировано заболеваний			Состоит под диспансерным наблюдением на конец отчетного года
	Всего	из них		
		взято под диспансерное наблюдение	с первые в жизни установленным диагнозом	
2020	422	306	104	262
2021	444	348	99	212
2022	319	286	115	249
2023	311	292	58	253
2024	334	305	56	266

Перечень МО, обеспечивающих реализацию ТПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъекта РФ по применению ВРТ при лечении бесплодия:

№ п/п	Наименование медицинской организации	2020	2021	2022	2023	2024
1.	ООО «Барнаульский центр репродуктивной медицины», г. Барнаул	+	+	+	+	+
2.	ООО «Сибирский институт репродукции и генетики человека», г. Барнаул	+	+	+	+	+
3.	ООО "Гармония», г. Бийск	+				
4.	КГБУЗ «Алтайский краевой клинический перинатальный центр», г. Барнаул	+	+			

Доля пациентов, обследованных перед проведением ВРТ в соответствии с критериями качества проведения программ ВРТ Клинических рекомендаций «Женское бесплодие» в разрезе МО:

№ п/п	Наименование медицинской организации	Доля пациентов, обследованных перед проведением ВРТ в соответствии с критериями качества проведения программ ВРТ Клинических рекомендаций «Женское бесплодие», %
1.	БУЗ РА «Чойская РБ»	100,0
2.	БУЗ РА «Майминская РБ»	100,0
3.	БУЗ РА «Турочакская РБ»	100,0
4.	БУЗ РА «Шебалинская РБ»	100,0
5.	БУЗ РА «Онгудайская РБ»	100,0
6.	БУЗ РА «Улаганская РБ»	100,0
7.	БУЗ РА «Кош-Агачская РБ»	100,0

8.	БУЗ РА «Усть-Канская РБ»	100,0
9.	БУЗ РА «Усть-Коксинская РБ»	100,0
10.	БУЗ РА «Чемальская РБ»	100,0
11.	БУЗ РА «Перинатальный центр»	100,0

Число циклов экстракорпорального оплодотворения, выполняемых МО в течение одного года в разрезе МО предоставить невозможно, так как медицинские организации, выполняющие процедуру экстракорпорального оплодотворения из числа участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования Республики Алтай находятся за пределами Республики Алтай и отчетность не предоставляют.

Доля случаев экстракорпорального оплодотворения, по результатам которого у женщины наступила беременность в разрезе МО, %:

№ п/п	Наименование медицинской организации	2020	2021	2022	2023	2024
1.	ООО «Барнаульский центр репродуктивной медицины», г. Барнаул	37,1	30,6	15,3	10,4	10,8
2.	ООО «Сибирский институт репродукции и генетики человека», г. Барнаул	17,4	25,5	19,0	32,1	20,6
3.	КГБУЗ «АККПЦ» ДАР г. Барнаул	50,0	28,6	-	-	-
4.	МО по межтерриториальным расчетам	33,3	12,5	34,6	22,9	25,0

Доля женщин, у которых беременность после применения процедуры экстракорпорального оплодотворения (циклов с переносом эмбрионов) завершилась родами, в общем числе женщин, которым были проведены процедуры экстракорпорального оплодотворения (циклы с переносом эмбрионов) в разрезе МО, %:

	Наименование медицинской организации	2020	2021	2022	2023	2024
1.	ООО «Барнаульский центр репродуктивной медицины», г. Барнаул	51,4	6,4	17,3	8,9	8,6
2.	ООО «Сибирский институт репродукции и генетики человека», г. Барнаул	18,2	21,6	16,4	32,7	5,9
3.	КГБУЗ «АККПЦ» ДАР г. Барнаул	42,9	0	-	-	-
4.	МО по межтерриториальным расчетам	7,1	16,7	23,1	19,1	20,0

Мероприятия по внедрению и контролю данных критериев качества оказания медицинской помощи с применением ВРТ при лечении бесплодия в МО всех форм собственности, участвующих в реализации ТППГ.

В соответствии с п. 5 гл. IV постановления Правительства Республики Алтай от 28 декабря 2024 г. № 475 (ред. от 31.10.2025) «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на

2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Республики Алтай»: страховые медицинские организации проводят экспертизу качества всех случаев экстракорпорального оплодотворения, осуществленных в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включая оценку его эффективности (факт наступления беременности). Результаты экспертиз направляются страховыми медицинскими организациями в соответствующие территориальные фонды обязательного медицинского страхования и рассматриваются на заседаниях комиссий по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования при решении вопросов о распределении медицинским организациям объемов медицинской помощи по экстракорпоральному оплодотворению.

6. Кадровое обеспечение

В таблице 37 представлены сведения об обеспеченности врачебным и средним медицинским персоналом в Республике Алтай (табл. 37).

Обеспеченность врачебным и средним медицинским персоналом службы родовспоможения и детства на 01.01.2025 г.

Таблица 37

Показатель	Физических лиц, на 10 тыс. среднегодовой численности населения	Данные по РФ
Врачи акушеры-гинекологи	4,03	4,14
Врачи-неонатологи	37,4	41,06
Врачи-педиатры	15,04	16,86
Врачи детские хирурги	0,64	1,1
Врачи анестезиологи-реаниматологи	1,92	н/д
Акушерки	12,1	5,61
Средний медицинский персонал	113,3	76,5

В таблицах 38 и 39 приведены укомплектованность кадрами детских амбулаторно-поликлинических подразделений МО (табл. 38) и стационарных МО (табл. 39).

Укомплектованность амбулаторно-поликлинических МО, оказывающих помощь детскому населению, медицинским персоналом в Республике Алтай по состоянию на 01.01.2025 г.

Таблица 38

Название района	Перечень МО, оказывающих помощь детям	Плановая мощность посещений в смену	Укомплектованность кадрами, %*		
			Врачи, всего	Врачи педиатры участковые	Средний медицинский персонал
Майминский	БУЗ РА «Майминская РБ»	68	87,00	100,00	98,40
Чойский	БУЗ РА «Чойская РБ»	20	97,00	100,00	100,00
Турочакский	БУЗ РА «Турочакская РБ»	64	100,00	100,00	100,00
Шебалинский	БУЗ РА «Шебалинская РБ»	48	100,00	100,00	100,00
Онгудайский	БУЗ РА «Онгудайская РБ»	60	100,00	100,00	100,00
Улаганский	БУЗ РА «Улаганская РБ»	61	100,00	100,00	100,00
Кош-Агачский	БУЗ РА «Кош-Агачская РБ»	166	88,60	100,00	100,00
Усть-Канский	БУЗ РА «Усть-Канская РБ»	32	100,00	100,00	100,00
Усть-Коксинский	БУЗ РА «Усть-Коксинская РБ»	40	100,00	100,00	100,00
Чемальский	БУЗ РА «Чемальская РБ»	70	100,00	100,00	100,00
г. Горно-Алтайск	БУЗ РА «Республиканская больница»	700	100,00	100,00	100,00

Примечание: * Доля занятых должностей от числа штатных должностей.

Данные укомплектованности по РФ отсутствуют.

На 01.01.2025 года в Республике Алтай амбулаторно-поликлинические медицинские организации, оказывающие помощь детскому населению, демонстрируют высокий уровень кадровой укомплектованности:

Укомплектованность участковыми педиатрами составляет 100 % во всех районах, что свидетельствует о полном заполнении штатных должностей врачей-педиатров.

Средний медицинский персонал также укомплектован на 100 % повсеместно.

Общая укомплектованность врачами в целом близка к полной, за исключением двух районов:

Майминский район - 87 %,

Кош-Агачский район - 88,6 %.

Сравнение с 2023 и 2024 годами показывает стабильность — укомплектованность педиатрами сохраняется на уровне 100 %, что говорит о системной устойчивости кадрового обеспечения детской амбулаторной помощи в регионе.

Вывод: Республика Алтай на начало 2025 года обеспечена кадрами для оказания амбулаторной педиатрической помощи на высоком уровне. Основные риски (при наличии) сосредоточены в обеспеченности вспомогательными врачебными кадрами в отдельных районах, но не затрагивают базовую педиатрическую службу.

Укомплектованность стационарных МО, оказывающих помощь детскому населению, медицинским персоналом в Республике Алтай по состоянию на 01.01.2025 г.

Таблица 39

Название района	Перечень стационаров, оказывающих помощь детям	Коечная мощность, ед.	Укомплектованность кадрами, %*		
			Врачи, всего	Врачи педиатры	Средний медицинский персонал
Чойский	БУЗ РА «Чойская РБ»	4	100,00	100,00	0,00
Турочакский	БУЗ РА «Турочакская РБ»	3	100,00	100,00	0,00
Шебалинский	БУЗ РА «Шебалинская РБ»	4	100,00	100,00	0,00
Онгудайский	БУЗ РА «Онгудайская РБ»	6	50,00	100,00	85,20
Улаганский	БУЗ РА «Улаганская РБ»	8	100,00	100,00	100,00
Кош-Агачский	БУЗ РА «Кош-Агачская РБ»	13	100,00	100,00	100,00
Усть-Канский	БУЗ РА «Усть-Канская РБ»	8	100,00	100,00	88,90
Усть-Коксинский	БУЗ РА «Усть-Коксинская РБ»	8	100,00	100,00	100,00
Чемальский	БУЗ РА «Чемальская РБ»	5	100,00	100,00	100,00
г. Горно-Алтайск	БУЗ РА «Республиканская больница»	46	60,60	25,00	53,30

Примечание: * Доля занятых должностей от числа штатных должностей.

Данные укомплектованности по РФ отсутствуют.

Почти все районные больницы (кроме Онгудайской и Республиканской) полностью укомплектованы врачами (100 %), включая педиатров.

В Онгудайской РБ укомплектованность врачами - 50 %, однако педиатрическая должность заполнена полностью.

В Республиканской больнице (Горно-Алтайск) наблюдается выраженный дефицит: общая укомплектованность врачами — 60,6 %, а педиатрами — всего 25 %, несмотря на наибольшую коечную мощность (46 коек). Но на данных 46 педиатрических койках размещаются к тому же пациенты с узкоспециализированными профилями (детская неврология, эндокринология, гастроэнтерология, пульмонология, нефрология, кардиология) – по 1-2 на имеющуюся численность детского населения, поэтому формальное определение таких коек как «педиатрических» может исказить реальные показатели укомплектованности.

В ряде районных больниц (Чойская, Турочакская, Шебалинская) отсутствует средний медперсонал, что создаёт критическую нагрузку на имеющихся специалистов и угрожает качеству ухода.

Наилучшая укомплектованность средним медперсоналом — в Улаганской, Кош-Агачской, Усть-Коксинской и Чемальской РБ (100 %).

В Республиканской больнице - 53,3 %, что также является значительным дефицитом для крупного стационара.

Вывод:

Хотя в большинстве районов сохранена врачебная укомплектованность, но дефицит среднего медицинского персонала в ряде районов создают риски для устойчивости системы детской стационарной помощи в Республике Алтай.

Меры по привлечению и сохранению кадров службы родовспоможения и детства:

1. Единовременная компенсационная выплата по программе «Земский доктор/Земский фельдшер» в Республике Алтай является одной из ключевых мер государственной поддержки, направленной на привлечение и удержание медицинских кадров в сельской местности и малонаселённых районах.

В Республике Алтай действует дифференцированная система единовременных выплат медицинским работникам при трудоустройстве в зависимости от занимаемой должности и местности:

Для северных районов — Кош-Агачский и Улаганский:

Врачи - 2 млн рублей, фельдшеры - 1 млн рублей

Для районов с высокими климато-географическими трудностями - Усть-Канский, Усть-Коксинский, Онгудайский:

Врачи - 1,5 млн рублей, фельдшеры - 750 тыс. рублей

Для остальных районов - Майминский, Шебалинский, Турочакский, Чойский, Чемальский: врачи - 1 млн рублей, фельдшеры - 500 тыс. рублей

Такой подход направлен на стимулирование притока кадров в наиболее удалённые и социально-значимые территории республики, где наблюдается острый дефицит медицинских работников.

2. Запущена программа профессионального медицинского туризма: за 2025 г. приехало более 30 высококвалифицированных специалистов (из них около половины детского профиля и службы родовспоможения), которые работали вахтовым методом из Республики Башкортостан, Московской области, г. Москвы и проводили операции и принимали пациентов нашей республики, организовано обучение на местах наших врачей, в том числе:

в БУЗ РА «Республиканская больница» - 25 врачей-специалистов различного профиля (эндоскопия, офтальмология, анестезиология-реаниматология, детская неврология, детская кардиология и др.) для повышения доступности медицинской помощи для наших жителей, чтобы качественное лечение они могли получить здесь, в республике, не выезжая за её пределы.

в БУЗ РА «Перинатальный центр»: 3 врача, в том числе: 2 врача-невролога для организации кабинета катамнеза из г. Москва и 1 врач-психолог для организации кабинета доабортного консультирования;

в КУЗ РА «Психиатрическая больница»: 2 врача-психиатра из г. Москва по организации оказания помощи и консультирования детей, родителей и педагогов по профилактике детского суицида.

3. Из сотрудников Республиканской больницы создан Медицинский отряд быстрого реагирования (МОБР): ежеминутная готовность поехать в любой уголок республики и работать вахтовым методом для закрытия внутренней потребности в районах Республики

4. Привлечено в качестве врачей-стажеров 20 ординаторов второго года обучения, к каждому из которых назначен наставник из числа опытных врачей.

5. Специальную социальную выплату получают более 2,2 тыс. медицинских работников, с 01 января 2025 г. региональную социальную выплату (с 1 января 2025 г. врачам - 20000,0 рублей, среднему медицинскому персоналу - 10000,0 рублей; с 1 ноября 2025 г. врачам - 30000,0 рублей, среднему медицинскому персоналу - 15000,0 рублей) ежемесячно получают еще 1,1 тыс. медицинских работников.

6. Компенсация предоставляется медицинским работникам в размере платы за

жилое помещение, предусмотренной договором найма (поднайма) жилого помещения (далее - договор), но не более 40000 (сорока тысяч) рублей в месяц медицинскому работнику, впервые заключившему трудовой договор с медицинской организацией, и не более 20000 (двадцати тысяч) рублей медицинскому работнику, повторно заключившему трудовой договор с медицинской организацией.

Компенсация расходов на оплату стоимости найма (поднайма) жилых помещений предоставлена 87 медицинским работникам. Планируется направить до конца года на меру поддержки 21 млн. рублей.

7. По состоянию на 1 сентября 2025 года на балансе учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Республики Алтай числится 66 служебных жилых помещений, которые включены в состав специализированного жилого фонда Республики Алтай и предоставляются для проживания медицинским работникам.

Таким образом, представленные меры по привлечению и сохранению кадров в сфере родовспоможения и детства в Республике Алтай демонстрируют комплексный и многоуровневый подход, сочетающий ресурсное, образовательное, социальное и организационное направления поддержки:

- Привлечение высококвалифицированных специалистов из г. Москвы, Московской области и Республики Башкортостана позволило в определенный момент закрыть острый дефицит специалистов, а также решить ряд актуальных проблемных вопросов;

- Вахтовый метод минимизирует логистические барьеры и обеспечивает оперативную помощь даже в удалённых районах.

- Обучение местных врачей способствует усилению внутреннего кадрового потенциала и снижению зависимости от внешних кадров в долгосрочной перспективе.

- Мобильность кадров внутри региона (МОБР) позволяет гибко и оперативно отреагировать на дефицит кадров в отдалённых районах, способствует равномерному распределению нагрузки и улучшению доступности медицинской помощи, но требует системной поддержки персонала для устойчивости.

- Наставничество повышает качество подготовки и снижает вероятность ухода молодых специалистов из региона.

- Регулярные выплаты (20–30 тыс. руб. врачам с ноября 2025 г.), компенсация найма жилья до 40 тыс. руб., и предоставление служебного жилья - существенная мера, особенно для молодых специалистов, впервые приезжающих в регион.

Кроме того, в перспективе планируется:

- Рассмотреть меры долгосрочного укоренения: ипотечные программы, гранты на покупку жилья, поддержка семей (детские сады, школы);

- Расширить психологическую поддержку для медработников, особенно в условиях высокой нагрузки и удалённой работы;

- Развивать цифровые форматы наставничества и консультаций с привлечёнными экспертами для продления эффекта после их отъезда.

Вывод:

Меры по привлечению и сохранению кадров в сфере родовспоможения и детства в Республике Алтай оценены как высокоэффективные, особенно в контексте труднодоступного и социально-экономически сложного региона. При продолжении текущей политики и дополнении её элементами долгосрочной карьерной и социальной поддержки можно ожидать устойчивого улучшения кадровой ситуации в ближайшие 2–3 года.

7. Анализ цифровой зрелости службы охраны материнства и детства

В этом разделе оценивают уровень цифровизации службы охраны материнства и детства (табл. 40).

Цифровая зрелость службы охраны материнства и детства

Таблица 40

Показатель	Значение
Наличие регионального мониторинга беременных	Да
Охват мониторингом беременных, вставших на диспансерный учет по беременности, за 2024 год, %	100%
Наличие регионального мониторинга новорожденных	Да
Охват передачи направлений на неонатальный скрининг (5 заболеваний) в Регистр РНС, от общего числа детей, рожденных в Республике Алтай за 2024 год, %	100%
Доля результатов лабораторного исследования, переданных на неонатальный скрининг (5 заболеваний) в Регистр РНС, к общему числу детей, рожденных в Республике Алтай за 2024 год, %	93%
Доля СЭМД «Медицинское свидетельство о рождении» и СЭМД «Документ, содержащий сведения медицинского свидетельства о рождении в бумажной форме», переданных в ФРМР, к общему числу детей, рожденных в Республике Алтай за 2024 год, %	99%
В МО по профилям оказания медицинской помощи «Акушерство и гинекология», «Неонатология» или «Педиатрия» внедрены системы с искусственным интеллектом	нет
Доля МО, подключенных к защищенной сети передачи данных МЗ РФ, от всех МО в Республике Алтай, %	100%
Доля МО, использующих МИС, от всех МО в Республике Алтай, %	
- из них в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, %	100%
- из них в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, %	100%
Доля МО, в которых МИС интегрированы в ГИС, от всех МО в Республике Алтай, %	100%
Доля МО, в которых МИС использует справочные федеральные подсистемы (ФРМР, ФРМО, НСИ), от всех МО в Республике Алтай, %	100%
Доля МО, где реализована интеграция МИС с ЛИС, от всех МО в Республике Алтай, %	100%
Доля МО, где реализована интеграция МИС с системой хранения результатов диагностических исследований (архив медицинских изображений), от всех МО в субъекте, %	100% По МО с тяжёлым диагностическим оборудованием

Доля МО, где реализовано подключение МО к ЕГИСЗ и осуществляется передача данных интегрированной электронной медицинской карты (выгрузка электронных медицинских документов – эпикриза, протоколов консультаций) в ЕГИСЗ, от всех МО в субъекте, %	100%
Доля МО, оборудованных для проведения ТМК, от всех МО в Республике Алтай, %	100%

Во всех медицинских учреждениях подведомственных Министерству здравоохранения Республики Алтай применяется внедрена РТ МИС ЕЦП.

Проведена интеграция МИС с ГИС - геоинформационная система, ЛИС - лабораторная информационная система, ФРМР - Федеральный регистр медицинских работников, ФРМО - Федеральный регистр медицинских организаций, ЕГИСЗ - Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения, ТМК - телемедицинская консультация.

8. Нормативные правовые документы Республики Алтай, регламентирующие оказание медицинской помощи женщинам и детям, в т.ч. по охране репродуктивного здоровья

Перечень НПА, регламентирующих оказание медицинской помощи женщинам и детям в Республике Алтай

Таблица 41

№ п/п	Название НПА	Дата утверждения	Даты внесения изменений в предыдущую редакцию	Утвердивший орган исполнительной власти	Ответственный за исполнение (должность)
1	Распоряжение Правительства Республики Алтай от 26 июня 2025 г. № 391-р «Об утверждении Региональной программы по стимулированию рождаемости в Республики Алтай»	26.06.2025 г.		Правительство Республики Алтай	Хубезов Д.А., заместитель Председателя правительства РА, министр здравоохранения РА
2	Приказ Минздрава РА от 03 июля 2024 г. № П-02-01 0066 «О порядке оказания хирургической помощи детям»	03.07.2024 г		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
3	Приказ Минздрава РА от 28 февраля 2019 г. № 30-од «Об организации мед помощи детскому населению»	28.02.2019 г.	27.10.2025 г.	Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
4	Приказ Минздрава РА от 30 июня 2025 г. № 92А-од «Об организации оказания паллиативной медицинской помощи детям, включая порядок взаимодействия медицинских организаций социального обслуживания и общественных объединений осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья»	30.06.2025 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
5	Приказ Минздрава РА от 27 марта 2025 года № 58-од «Об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детскому населению Республики Алтай в части диспансерного наблюдения, и совершенствования диспансерного наблюдения на педиатрическом участке»	27.03.2025 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра

6	Приказ Минздрава РА от 03 февраля 2025 г. 21-од «Об организации оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями в Республике Алтай»	03.02.2025 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
7	Приказ Минздрава РА от 07 декабря 2023 г. 126-од «Об организации оказания эндокринологической помощи детям в Республике Алтай»	07.12.2023 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
8	Приказ Минздрава РА от 3 апреля 2023 г. № 48-од «О главных внештатных специалистах Министерства здравоохранения Республики Алтай и признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Алтай»	03.04.2023 г.	22.10.2025 г.	Министерство здравоохранения Республики Алтай	Кандараков Н.А.
9	Приказ Минздрава РА от 19 января 2023 г. № 8-од «Об организации проведения неонатального скрининга, расширенного неонатального скрининга на врожденные и (или) наследственные заболевания новорожденных детей в Республике Алтай»	19.01.2023 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
10	Приказ Минздрава РА от 4 сентября 2023 г. № 95-од «Об организации работы реанимационно-консультативного центра для детей Республики Алтай»	04.09.2023 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
11	Приказ Минздрава РА от 11.05.2021 г. № 74/1-од «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в медицинских организациях Республики Алтай»	11.05.2021 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
12	Приказ Минздрава РА от 20.05.2025 № 79-од «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Республики Алтай от 11 мая 2021 № 74/1-од»	20.05.2025 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
13	Приказ Минздрава РА от 3 октября 2019 года	03.10.2019 г.		Министерство	Климов Ю.А.,

	№ 139-од «Об организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в Республике Алтай»			здравоохранения Республики Алтай	заместитель министра
14	Приказ Минздрава РА от 6 февраля 2025 г. № 24-од «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» детскому населению в Республике Алтай»	06.02.2025 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
15	Приказ Минздрава РА от 26 января 2024 г. № 9-од «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с нарушением репродуктивной функции на территории Республики Алтай и признании утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Алтай от 10 сентября 2019 года № 128-од»	26.01.2024 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
16	Распоряжение Минздрава РА от 27 января 2025 г. 17-р «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью в Республике Алтай в 2025 г. и признании утратившими силу некоторых распоряжений Министерства здравоохранения Республики Алтай»	27.01.2025 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
17	Распоряжение Минздрава РА от 23 января 2025 г. № 14-р «Об утверждении Планов проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации взрослого населения по оценке репродуктивного здоровья, углубленной диспансеризации, переболевших новой коронавирусной инфекцией COVID-19,	23.01.2025 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Путина А.С., заместитель министра

	профилактических медицинских осмотров, диспансерного наблюдения взрослого населения на территории Республики Алтай на 2025 год»				
18	Распоряжение Минздрава РА от 1 августа 2024 г. № 108-р «Об организации и проведении иммунизации детского населения Республики Алтай против ротавирусной инфекции»	01.09.2024 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
19	Распоряжение Минздрава РА от 1 августа 2024 г. №109-р «Об организации и проведении иммунизации против коклюша в Республике Алтай беременных женщин и женщин, планирующих беременность»	01.09.2024 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра
20	Приказ Минздрава РА от 5 сентября 2025 г. № 116-од «О порядке оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями в Республике Алтай с применением анестезиологического пособия»	05.09.2025 г.		Министерство здравоохранения Республики Алтай	Климов Ю.А., заместитель министра

В регионе не разработаны НПА, регулирующие

- оказание помощи в критических ситуациях; работа АДКЦ, НДКЦ;
- лекарственное обеспечение льготных категорий детей;
- создание реестров / регистров пациентов и порядок их ведения;
- экспертную комиссию по анализу материнской, перинатальной и детской смертности;
- о внедрении клинических рекомендаций и стандартов;

Большинство приказов обновлялись в 2024–2025 гг., что указывает на регулярную актуализацию.

В целях соответствия требованиям федеральных регуляторных и методических документов в сфере охраны здоровья женщин и детей необходимо дополнить перечень НПА отсутствующими документами.

9. Выводы

Медицинская помощь женщинам и детям в Республике Алтай за последние пять лет характеризуется как сложной, так и многогранной системой, адаптированной к региональным особенностям и вызовам, при этом демонстрирует заметные достижения. В течение данного периода хоть и отмечается стабильное снижение рождаемости, что оказывает влияние на организацию и объемы перинатальной и педиатрической помощи. Но, в то же время фиксируется положительная динамика снижения младенческой смертности, свидетельствующая о прогрессе в неонатологической службе региона.

Основной демографической опорой региона остается группа женщин репродуктивного возраста, однако наблюдается сокращение численности этой категории, что требует от здравоохранения гибкости и целенаправленного подхода к оказанию медицинских услуг. Особое внимание уделяется подросткам и детям младших возрастных групп, учитывая их повышенную уязвимость к заболеваниям и необходимость профилактических мероприятий.

В части организации медицинской помощи наблюдается современное развитие службы родовспоможения, включающее внедрение передовых методов психологической поддержки беременных, расширение доступа к вспомогательным репродуктивным технологиям и совершенствование перинатальной помощи. Важным фактором является повышение квалификации специалистов в областях анестезиологии-реаниматологии и детской хирургии, что способствует улучшению выживаемости и качества медицинского сопровождения тяжелобольных пациентов.

В республике применяется комплексный подход к привлечению и закреплению медицинских кадров в условиях географической рассредоточенности и дефицита специалистов. Эти меры обеспечивают как краткосрочное восполнение дефицита, так и долгосрочное развитие кадрового потенциала. В перспективе планируется усилить поддержку через ипотечные программы, расширение психологической помощи и цифровые форматы наставничества. Доступность медицинской помощи также планируется развивать посредством усиленного развития телемедицины, мобильных консультативных бригад и цифровизации медицинских услуг.

Для дальнейшего улучшения ситуации необходимо активизировать профилактическую работу, направленную на снижение материнской и детской смертности, обеспечить комплексное сопровождение беременных с факторами риска, а также последовательно модернизировать инфраструктуру службы родовспоможения и детства, обновляя оснащение медицинских учреждений. Важно продолжить интеграцию инновационных медицинских технологий и цифровых решений, что позволит повысить доступность и качество медпомощи.

В свете сложившихся вызовов и достигнутых результатов можно констатировать, что региональная служба родовспоможения и детства Республики Алтай представляет собой сбалансированную и адаптивную систему, ориентированную на учет специфики демографического и социального контекста. При условии дальнейших инвестиций в кадровый потенциал, расширении телемедицинских услуг и развитии профилактических программ регион имеет потенциал для устойчивого развития системы здравоохранения в указанных профильных направлениях - акушерстве и гинекологии, неонатологии, педиатрии, детской хирургии и анестезиологии-реаниматологии.

II. Реализация Проекта «Охрана материнства и детства»

1. Цель реализации РП «Охрана материнства и детства»

Цель РП — повышение качества и доступности медицинской помощи женщинам и семьям, желающим иметь детей, а также беременным и детям и укрепление репродуктивного здоровья граждан в субъекте Республике Алтай.

2. Задачи РП «Охрана материнства и детства»

1. Создание современной инфраструктуры (создание женских консультаций, дооснащение / переоснащение акушерских стационаров и детских больниц).

2. Повышение качества и доступности медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным, детям 0–17 лет в женских консультациях, перинатальных центрах, родильных домах (отделениях), детских больницах и детских поликлиниках.

3. Обеспечение снижения младенческой детской и материнской смертности, снижения детской летальности, в т.ч. досуточной, в детских стационарах.

4. Обеспечение послеродовой поддержки женщин. Реализация мер по поддержке и пропаганде грудного вскармливания.

5. Развитие профилактикой направленности охраны здоровья матери и ребенка, включая повышение качества профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения детского населения, повышение доступности и качества профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних 15–17 лет включительно и диспансеризации населения репродуктивного возраста (18–49 лет) с целью оценки репродуктивного здоровья, диспансерного наблюдения, в т.ч. у населения, проживающего в сельской местности.

6. Формирование положительных репродуктивных установок у населения.

7. Уменьшение числа аборт. Повышение эффективности психологического (доабортного) консультирования, совершенствование психологической поддержки, социальной и правовой помощи женщинам в ситуации репродуктивного выбора, трудной жизненной ситуации.

8. Преодоление проблемы бесплодия. Повышение доступности и эффективности программ ВРТ.

9. Обеспечение квалифицированной медицинской помощи женщинам и детям путем непрерывного обучения и повышения квалификации, в т.ч. с использованием симуляционно-тренинговых форм обучения.

10. Создание системы управления качеством оказания медицинской помощи в акушерских стационарах, детских больницах, женских консультациях и детских поликлиниках.

11. Повышение цифровой зрелости МО и органов государственной власти в сфере здравоохранения субъектов РФ при оказании медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Неонатология», «Педиатрия».

Меры, направленные на повышение доступности и качества медицинской помощи женщинам, в т.ч. по повышению рождаемости, будут направлены на разные группы населения в зависимости от их жизненных ситуаций: многодетные семьи, молодые родители, одинокие матери, женщины в послеродовом периоде, родители,

имеющие детей с 1-й и 2-й группой инвалидности, женщины и дети, проживающие в отдаленных территориях, в т.ч. в сельской местности, ПГТ и малых городах.

Регионом разрабатываются дополнительные задачи, обеспечивающие достижение основной цели ФП, с учетом региональных особенностей, которые были определены в результате анализа текущего состояния оказания медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Неонатология» и «Педиатрия»

3. Показатели РП «Охрана материнства и детства»

Индикативные показатели РП «Охрана материнства и детства» представлены в табл. 42.

Индикативные показатели РП «Охрана материнства и детства» в Республике Алтай

Таблица 42

Показатель	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Охват граждан репродуктивного возраста (18– 49 лет) диспансеризацией с целью оценки репродуктивного здоровья	32,0000	35,0000	38,0000	42,0000	46,0000	50,0000
Доля женщин, проживающих в сельской местности, ПГТ и малых городах, получивших медицинскую помощь в женских консультациях, расположенных в сельской местности, ПГТ и малых городах	20,0000	27,0000	34,0000	45,0000	67,0000	80,0000
Младенческая смертность	6,2000	5,8000	5,5000	5,3000	5,5000	5,2000
Доля взятых под диспансерное наблюдение детей в возрасте 0–17 лет с впервые в жизни установленными диагнозами, от общего числа выявленных заболеваний по результатам проведения профилактических медицинских осмотров	80,0000	82,0000	84,0000	86,0000	90,0000	95,0000
Доля беременных, обратившихся в МО в ситуации репродуктивного выбора, получивших услуги по оказанию правовой, психологической и медико-социальной помощи и вставших на учет по беременности	16,0000	17,0000	18,0000	19,0000	21,0000	22,0000

4. Мероприятия РП «Охрана материнства и детства»

4.1.1. Актуализация региональной маршрутизации по профилям оказания медицинской помощи «Акушерство и гинекология» и «Неонатология»

Региональный НПА по организации медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» должен содержать:

перечень акушерских, гинекологических стационаров и женских консультаций по уровням, а также МО, в которых организованы кабинеты антенатальной охраны плода;

порядок оказания медицинской помощи во время беременности на амбулаторном этапе, в т.ч. врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских здравпунктов;

порядок организации наблюдения беременных высокой группы акушерского и перинатального риска;

критерии для определения этапности оказания медицинской помощи беременным на каждом уровне;

регламент госпитализации беременных с угрожающими или начавшимися преждевременными родами (на дому, из женских консультаций, из МО 1–2-го уровня);

маршрутизацию (с учетом территориального принципа и группы акушерского и перинатального риска с указанием расстояний между МО, в т.ч. взаимодействие с соседними регионами):

беременных для проведения пренатальной диагностики;

беременных, рожениц, родильниц при критических акушерских состояниях;

беременных, рожениц, родильниц с инфекционными заболеваниями;

родильниц с осложнениями послеродового периода;

беременных, рожениц, родильниц с экстрагенитальными заболеваниями (в т.ч. с сердечно-сосудистыми заболеваниями, требующими хирургической помощи);

беременных, рожениц, родильниц с ВИЧ-инфекцией;

беременных, рожениц, родильниц с пороками развития плода;

беременных и небеременных с гинекологическими заболеваниями;

при оказании ВМП по профилю;

на прерывание беременности по медицинским показаниям до 22 нед. и фетоцида после 22 нед.;

принципы разграничения потоков пациентов между МО 3-го уровня (в случае, если их несколько);

порядок проведения пренатального консилиума, его состав;

порядок оказания медицинской помощи женщинам при неотложных (критических) состояниях в МО 1-го уровня (последовательность действий, кто принимает решение по тактике, как организовано согласование на перевод, алгоритм);

порядок организации деятельности АКДЦ с выездными анестезиолог-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи (на какой базе какой МО создан, какие специалисты консультируют и выезжают на выезд, что используют для выездов (реанимобиль, вертолет, самолет);

регламент взаимодействия МО, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Акушерство и гинекология»:

с НКДЦ, в т.ч. заблаговременного оповещения о рождении недоношенного ребенка;

с АКДЦ;

порядок проведения ТМК с федеральными учреждениями, с МО субъекта;

перечень заболеваний и состояний, при которых медицинская помощь не оказывается в субъекте, и пациент направляется в другой субъект РФ или НМИЦ для получения медицинской помощи;

порядок направления пациентов на консультацию или госпитализацию в федеральные учреждения;

порядок организации кураторства МО 1-го и 2-го уровня специалистами МО 3-го уровня и сотрудниками профильных кафедр.

Обязательны назначение ответственных за выполнение положений НПА по организации медицинской помощи в субъекте РФ по профилям «Акушерство и гинекология» и «Неонатология» и регламент проведения контрольных мероприятий соблюдения требований приказа.

НПА по маршрутизации новорожденных должен включать схемы неонатального трансфера детей с врожденными пороками развития в МО с минимальной больничной летальностью (в соответствии с методическими рекомендациями).

НПА по маршрутизации при организации оказания медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология» и «Неонатология» приводятся в виде приложений к РП, согласовываются с главным внештатным специалистом по акушерству МЗ РФ и главным внештатным специалистом по неонатологии МЗ РФ соответственно.

В разделе указывают реквизиты писем с согласованием НПА по организации оказания медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология» и «Неонатология» со стороны главных внештатных специалистов МЗ РФ.

4.1.2. Внедрение современных технологий оказания медицинской помощи в службе родовспоможения. Снижение частоты проведения кесаревых сечений

Раздел содержит мероприятия по внедрению современных технологий оказания медицинской помощи в службе родовспоможения, направленные на снижение родового травматизма и частоты кесаревых сечений, основываясь на анализе кесаревых сечений в акушерских стационарах по Робсону на базе Методических писем МЗ РФ (Письмо МЗ РФ № 15-4/И/2-1286 от 19.02.2019 «О направлении методического письма о внедрении классификации операции кесарева сечения М. Робсона» и № 15-4/И/2-2832 от 22.02.2022 «Рекомендации по внедрению, использованию и анализу отчета по классификации операции кесарево сечение Робсона») из раздела «Анализ показателей работы акушерских стационаров» настоящих Требований.

Необходимо указать:

перечень мероприятий, запланированных к внедрению;

число МО с указанием уровня (группы) учреждения родовспоможения, участвующих в их реализации;

число медицинских работников, подлежащих / прошедших обучение, включая обучение специалистов в области перинатологии, неонатологии и педиатрии в симуляционных центрах (в разрезе специальностей).

Планирование мероприятий, включая число специалистов, подлежащих обучению в симуляционных центрах, рекомендуется осуществлять на 3-летний период (с учетом ежегодной актуализации).

4.2. Мероприятие ФП: «Созданы женские консультации, в т.ч. в составе других организаций, в субъектах РФ для оказания медицинской помощи женщинам, в т.ч. проживающим в сельской местности, ПГТ, малых городах»

4.2.1. Оснащение медицинским оборудованием новых женских консультаций, созданных на основе кабинетов врачей акушеров-гинекологов и с использованием модульных конструкций

В рамках заключенного соглашения о предоставлении субсидии из федерального бюджета бюджету Республики Алтай от «27» декабря 2024 г. № 056-09-2025-953 показатель «Созданы женские консультации, в том числе в составе других организаций, в субъектах Российской Федерации, для оказания медицинской помощи женщинам, в том числе проживающим в сельской местности, поселках городского типа, малых городах» составляет 5 медицинские организации (БУЗ РА «Майминская районная больница», БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница», БУЗ РА «Улаганская районная больница», БУЗ РА «Онгудайская районная больница» и БУЗ РА «Усть-Коксинская районная больница»).

Список закупленного оборудования для новых ЖК за счет субсидии из федерального бюджета бюджету Республики Алтай.

БУЗ РА «Майминская районная больница»

№ п/п	Наименование оборудования (медицинского изделия)	Кол-во вида мед. изд.,	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий	Код вида номенкл. класс. мед. изделий
1	Анализатор доплеровский сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритный	2	Монитор кардиологический фетальный	119540
2	Кольпоскоп	3	Кольпоскоп	248430
3	Кресло гинекологическое	1	Стол гинекологический для осмотра/терапевтических процедур, механический	151550
		2	Стол операционный гинекологический, с гидравлическим приводом	151580
4	Кушетка медицинская	8	Стол для осмотра/терапевтических процедур, механический	187250
5	Набор гинекологических инструментов	2	Набор для акушерских/гинекологических операций, не содержащий лекарственные средства, многоразового использования	166030

6	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	5	Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный	131980
7	Светильник медицинский передвижной	3	Светильник для осмотра/терапевтических процедур передвижной	187160
8	Стол медицинский манипуляционный для размещения инструмента, лекарственных препаратов и приборов	5	Тележка медицинская универсальная	202390
		1	Система тележек для транспортировки инструментов	182870
9	Стул медицинский винтовой	3	Стул операционный	129690
10	Холодильник медицинский	3	Холодильник фармацевтический	215850
11	Ширма	6	Ширма прикроватная	184200
12	Шкаф для медикаментов	2	Шкаф для хранения лекарственных средств	139690
13	Стол/шкаф для хранения инструментария и средств медицинского назначения	5	Шкаф медицинский для хранения инструментов	270000
14	Аппарат для ультразвукового исследования экспертного уровня с цветным доплером и тремя датчиками (трансабдоминальный, трансвагинальный и линейный)	1	Система ультразвуковой визуализации универсальная	260250
15	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от сети и от аккумуляторной батареи	1	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от аккумуляторной батареи	126500
16	Стул медицинский	4	-	
17	Шкаф для хранения медицинской документации	5	-	
18	Рабочее место с персональным компьютером принтером подключением к информационно-коммуникационной сети «Интернет»	5	-	
19	Набор кукол-муляжей	1	-	

БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница»

№ п/п	Наименование оборудования (медицинского изделия)	Кол-во вида мед. изд.,	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий	Код вида номенкл. класс. мед. изделий
1	Анализатор доплеровский сердечно-сосудистой	1	Система телеметрического кардиотокографического мониторинга	192000

	деятельности матери и плода малогобаритный	1	Система доплеровская фетальная	119610
2	Кольпоскоп	1	Кольпоскоп	248430
3	Кресло гинекологическое	2	Стол гинекологический для осмотра/терапевтических процедур, механический	151550
4	Кушетка медицинская	2	Стол для осмотра/терапевтических процедур, механический	187250
5	Набор гинекологических инструментов	5	Набор для акушерских/гинекологических операций, не содержащий лекарственные средства, многоразового использования	166030
		15	Набор для акушерских/гинекологических операций, не содержащий лекарственные средства, одноразового использования	321950
6	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	2	Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный	131980
7	Светильник медицинский передвижной	2	Светильник для осмотра/терапевтических процедур передвижной	187160
8	Стол медицинский манипуляционный для размещения инструмента, лекарственных препаратов и приборов	2	Тележка для медицинских инструментов	270020
9	Стул медицинский винтовой	2	Стул операционный	129690
10	Холодильник медицинский	2	Холодильник фармацевтический	215850
11	Ширма	2	Ширма прикроватная	184200
12	Шкаф для медикаментов	3	Шкаф для хранения лекарственных средств	139690
13	Стол/шкаф для хранения инструментария и средств медицинского назначения	2	Шкаф медицинский для хранения инструментов	270000
		2	Стол для хирургических инструментов	270010
14	Аппарат для ультразвукового исследования экспертного уровня с цветным доплером и тремя датчиками (трансабдоминальный, трансвагинальный и линейный)	1	Система ультразвуковой визуализации универсальная	260250
15	Видеопринтер	1	Видеопринтер	234270
16	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от сети и от аккумуляторной батареи	1	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от аккумуляторной батареи	126500
17	Монитор анестезиологический	1	Система мониторинга нескольких жизненно важных физиологических показателей, клиническая	274570
18	Шкаф для хранения	3	нет	

	медицинской документации			
19	Кушетка психоаналитическая	1	нет	
20	Рабочее место с персональным компьютером и принтером подключением к информационно-коммуникационной сети «Интернет»	3	нет	

БУЗ РА «Улаганская районная больница»

№ п/п	Наименование оборудования (медицинского изделия)	Кол-во вида мед. изд.,	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий	Код вида номенкл. класс. мед. изделий
1	Кольпоскоп	1	Кольпоскоп	248430
2	Светильник медицинский передвижной	1	Светильник для осмотра/терапевтических процедур передвижной	187160
3	Холодильник медицинский	1	Холодильник/камера морозильная для хранения крови	321680
4	Ширма	1	Ширма прикроватная	184200
5	Кардиомонитор фетальный	1	Монитор кардиологический фетальный	119540
6	Электрокардиограф многоканальный, с усреднением сигнала с передачей по каналам мобильной связи и автоматической интерпретацией	1	Электрокардиограф, профессиональный, многоканальный	269170
7	Аппарат для ультразвукового исследования экспертного уровня с цветным доплером и тремя датчиками (трансбдоминальный, трансвагинальный и линейный)	1	Система ультразвуковой визуализации универсальная	260250
8	Аппарат электрохирургический гинекологический высокочастотный для резекции и коагуляции	1	Система электрохирургическая аргон-усиленная	228980
9	Монитор анестезиологический	1	Монитор у постели больного многопараметрический общего назначения	190850
10	Цифровой (аналоговый) рентгеновский маммограф	1	Система маммографическая рентгеновская стационарная	191110
11	Рабочее место с персональным компьютером принтером подключением к информационно-коммуникационной сети «Интернет»	1	нет	
12	Аппарат для суточного мониторинга	2	Регистратор амбулаторный для мониторинга артериального давления	145190

	артериального давления			
--	------------------------	--	--	--

БУЗ РА «Онгудайская районная больница»

№ п/п	Наименование оборудования (медицинского изделия)	Кол-во вида мед. изд.,	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий	Код вида номенкл. класс. мед. изделий
1	Кольпоскоп	1	Кольпоскоп	248430
2	Кресло гинекологическое	1	Стол операционный гинекологический, с гидравлическим приводом	151570
3	Кушетка медицинская	1	Стол для осмотра/терапевтических процедур, механический	187250
		1	Стол для осмотра/терапевтических процедур, с гидравлическим приводом	187220
4	Набор гинекологических инструментов	2	Набор для акушерских/гинекологических операций, не содержащий лекарственные средства, многоразового использования	166030
5	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	1	Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный	131980
6	Светильник медицинский передвижной	1	Светильник для осмотра/терапевтических процедур передвижной	187160
7	Стол медицинский манипуляционный для размещения инструмента, лекарственных препаратов и приборов	1	Тележка медицинская универсальная	202390
		1	Система тележек для транспортировки инструментов	182870
8	Стул медицинский винтовой	1	Стул операционный	129690
9	Холодильник медицинский	2	Холодильник фармацевтический	215850
10	Ширма	2	Ширма прикроватная	184200
11	Шкаф для медикаментов	2	Шкаф для хранения лекарственных средств	139690
12	Стол/шкаф для хранения инструментария и средств медицинского назначения	2	Шкаф медицинский для хранения инструментов	270000
13	Аппарат для суточного мониторинга артериального давления	2	Регистратор амбулаторный для мониторинга артериального давления	145190
14	Электрокардиограф многоканальный, с усреднением сигнала с передачей по каналам мобильной связи и автоматической интерпретацией	2	Электрокардиограф, профессиональный, многоканальный	269170
15	Аппарат для ультразвукового исследования экспертного уровня с цветным доплером и тремя датчиками (трансабдоминальный,	1	Система ультразвуковой визуализации универсальная	260250

	трансвагинальный и линейный)			
16	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от сети и от аккумуляторной батареи	2	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от аккумуляторной батареи	126500
17	Насос инфузионный	1	Насос шприцевой прикроватный	229860
18	Стул медицинский	3		
19	Шкаф для хранения медицинской документации	5		
20	Рабочее место с персональным компьютером и принтером подключением к информационно-коммуникационной сети "Интернет"	1		

БУЗ РА «Усть-Коксинская районная больница»

N п/п	Наименование оборудования (медицинского изделия)	Кол-во вида мед. изд.,	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий	Код вида номенкл. класс. мед. изделий
1	Анализатор доплеровский сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритный	2	Монитор кардиологический фетальный	119540
2	Кресло гинекологическое	1	Стол гинекологический для осмотра/терапевтических процедур, механический	151550
		2	Стол операционный гинекологический, с гидравлическим приводом	151570
3	Кушетка медицинская	7	Стол для осмотра/терапевтических процедур, механический	187250
4	Набор гинекологических инструментов	2	Набор для акушерских/гинекологических операций, не содержащий лекарственных средства, многоразового использования	166030
5	Бактерицидный облучатель/очиститель воздуха/устройство для обеззараживания и (или) фильтрации воздуха и (или) дезинфекции поверхностей	5	Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный	131980
6	Светильник медицинский передвижной	3	Светильник для осмотра/терапевтических процедур передвижной	187160
7	Стол медицинский манипуляционный для размещения инструмента, лекарственных препаратов и приборов	5	Тележка медицинская универсальная	202390
		1	Система тележек для транспортировки инструментов	182870
8	Стул медицинский винтовой	3	Стул операционный	129690
9	Холодильник медицинский	3	Холодильник фармацевтический	215850
10	Ширма	6	Ширма прикроватная	184200

11	Шкаф для медикаментов	2	Шкаф для хранения лекарственных средств	139690
12	Стол/шкаф для хранения инструментария и средств медицинского назначения	5	Шкаф медицинский для хранения инструментов	270000
13	Аппарат для ультразвукового исследования экспертного уровня с цветным доплером и тремя датчиками (трансабдоминальный, трансвагинальный и линейный)	1	Система ультразвуковой визуализации универсальная	260250
14	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от сети и от аккумуляторной батареи	1	Дефибриллятор внешний автоматический для профессионального использования с питанием от аккумуляторной батареи	126500
15	Цифровой (аналоговый) рентгеновский маммограф	1	Система маммографическая рентгеновская стационарная	191110
16	Стул медицинский	4		
17	Шкаф для хранения медицинской документации	4		
18	Рабочее место с персональным компьютером и принтером подключением к информационно-коммуникационной сети "Интернет"	1		
19	Аппарат для суточного мониторинга артериального давления	2	Регистратор амбулаторный для мониторинга артериального давления	145190

Большая часть оборудования уже поставлена и введена в эксплуатацию в апреле-июне 2025 г. Часть оборудования законтрактована на сложившуюся экономию, поставка ожидается в ноябре-декабре 2025 - сроки соблюдаются.

Число точек с возможностью проведения ТМК: в каждой МО, на базе которых организованы женские консультации предусмотрено по одной точке. Всего – 5 точек.

Наименование МИС – РТ МИС «Единая цифровая платформа».

4.2.2. Повышение укомплектованности и квалификации кадров женских консультаций

При планировании мероприятий этого раздела необходимо основываться на анализе реальной потребности региона в квалифицированных кадрах по профилю «Акушерство и гинекология».

Необходимо учитывать потребность в специалистах во взаимосвязи с предполагаемым изменением маршрутизации, переоснащения / дооснащения медицинским оборудованием организаций и другими организационными изменениями в МО, связанных с реализацией РП. Необходимо сформировать систему мер по привлечению, закреплению и обучению медицинских кадров в сфере охраны материнства и детства.

Рекомендуемые мероприятия:

определить потребность субъекта РФ в медицинских кадрах в разрезе каждой МО и каждой медицинской специальности;

обеспечить формирование контрольных цифр приема на целевое обучение для подготовки специалистов с учетом реальной потребности субъекта в медицинских кадрах в сфере охраны материнства и детства с учетом специфики субъекта;

сформировать и обеспечить дополнительные (обеспечение жильем, стимулирующие надбавки и другое) меры по привлечению и удержанию медицинских кадров в сфере охраны материнства и детства;

сформировать соответствующее штатное расписание женских консультаций и кабинетов врачей акушеров-гинекологов, обеспечить обучение медицинского персонала, сформировать соответствующий фонд оплаты труда с учетом масштабов и направлений оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»;

обеспечить мероприятия по повышению квалификации медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», в т.ч. в рамках системы непрерывного медицинского образования.

План обучения врачебного и среднего персонала с указанием учебной базы, сроков обучения, графика обучения

План обучения акушеров и гинекологов направлен на повышение качества медицинской помощи, снижение материнской и перинатальной заболеваемости и внедрение единых клинических протоколов. Целевая аудитория - врачи-гинекологи, акушерки и средний медперсонал женских консультаций и родильных домов. Обучение проводится на базе медицинских вузов (преимущественно ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»), симуляционных центров и онлайн-платформ НМО. Форматы варьируются: для врачей - 72-144 часа очно-заочного или онлайн-обучения с практикой, для акушерок - 36-72 часа, для младшего персонала - 24-36 часов. График организован поквартально: чередуются онлайн-модули («Ведение беременности», «Онкогинекология»), очные симуляционные тренинги («Неотложная помощь в акушерстве») и выездные наставнические сессии в отдалённые районы. Особое внимание уделяется потребностям Республики Алтай: используются мобильные обучающие бригады, адаптированные коммуникационные подходы. Контроль эффективности включает тестирование, оценку практических навыков и анализ клинических исходов.

4.3. Мероприятие ФП: «Женские консультации, расположенные в сельской местности, ПГТ, малых городах, в т.ч. вновь созданные, внедрили новые подходы в работе с учетом стандартизации и типизации процессов оказания медицинской помощи, в т.ч. по формированию положительных репродуктивных установок у женщин»

4.3.1. Типизация и стандартизация процессов оказания медицинской помощи, в т.ч. по формированию положительных репродуктивных установок у женщин

Во всех новых женских консультациях необходимо сформировать перечень процессов в разрезе вновь создаваемых женских консультаций.

Необходимо внедрить не менее 10 карт типизации и стандартизации процессов, разработанных в рамках ФП «Охрана материнства и детства».

Минимальный перечень процессов включает:

1. Создание современной архитектуры женской консультации, обеспечивающей внедрение принципов семейноцентричности и доступной среды.
2. Внедрение единого стиля женских консультаций с применением логотипа и визуального оформления сети «служба здоровья».
3. Использование речевых модулей по формированию положительных репродуктивных установок.
4. Проведение диспансеризации взрослого населения с целью оценки репродуктивного здоровья.
5. Диспансерное наблюдение женщин с заболеваниями репродуктивной системы.
6. Прегравидарная подготовка семейных пар, «сертификат молодоженов».
7. Обеспечение послеродовой поддержки.
8. Пропаганда и консультирование по вопросам грудного вскармливания.
9. Консультирование женщин в ситуации репродуктивного выбора.
10. Оформление сайтов мо, выполняющих услуги по искусственному прерыванию беременности.
11. Обеспечение взаимодействия мо и социальных служб, органов службы занятости при консультировании женщин в ситуации репродуктивного выбора / трудной жизненной ситуации, беременных и женщин / семей, желающих иметь детей.
12. Обследование женщин перед экстракорпоральным оплодотворением.

В этом разделе РП необходимо указать перечень процессов, планируемые сроки проведения паспортизации в разрезе вновь созданных женских консультаций.

Опциональным является расширение практики внедрения типизации и стандартизации процессов в отношении существующих женских консультаций. В этом случае отдельным списком указывают наименования существующих женских консультаций с перечнем внедряемых процессов.

Подтверждением внедрения является утверждение паспорта внедренного процесса. В МО в разрезе каждого процесса утверждают сроки формирования паспорта и ответственных сотрудников (не указываются в РП).

4.3.2. Внедрение бережливых технологий в работу женских консультаций

Во всех новых женских консультациях необходимо обеспечить повышение эффективности работы на основе внедрения организационных бережливых технологий. В каждой женской консультации следует определить перечень процессов оказания медицинской помощи, совершенствование которых планируется с применением бережливых технологий, а также создать рабочие группы и назначить ответственных лиц, утвердить сроки разработки и внедрения.

Подтверждением внедрения является утверждение паспорта процесса с использованием бережливых технологий.

В разделе необходимо указать планируемые сроки проведения паспортизации во всех новых женских консультациях.

Опциональным является расширение практики внедрения бережливых технологий на существующие женские консультации РФ. В этом случае отдельным

списком указывают наименования существующих женских консультаций и запланированные сроки проведения паспортизации.

4.4. Мероприятие ФП: «Оснащены (дооснащены и/или переоснащены) медицинскими изделиями детские больницы субъектов РФ, в т.ч. в составе других организаций»

4.4.1. Актуализация региональной маршрутизации по профилям «Педиатрия» и Детская хирургия» в субъекте РФ

Необходимо актуализировать НПА по маршрутизации детей для оказания им медицинской помощи с учетом профиля и тяжести заболевания.

Обязательны назначение ответственных за выполнение положений НПА по организации медицинской помощи в субъекте РФ по профилям «Педиатрия» и «Детская хирургия», регламент проведения контрольных мероприятий соблюдения требований приказа.

НПА по маршрутизации детей должен включать схемы трансфера детей с различной патологией в МО с целью обеспечения минимальной больничной летальности. Необходимо исключить из маршрутизации пациентов в тяжелом состоянии те МО, где нет возможности проведения круглосуточной лабораторной и инструментальной диагностики, оказания реанимационной помощи.

НПА по организации оказания медицинской помощи по профилям «Педиатрия» и «Детская хирургия» согласовываются с курирующими НМИЦ.

4.4.2. Актуализация регионального НПА, регламентирующего деятельность РКЦ для детей. Внедрено документирование реанимационно-консультативной помощи детям

В НПА необходимо закрепить основные принципы работы РКЦ:

- РКЦ для детей старше 1 мес. жизни организуются на базе реанимационных отделений для детей в МО 3 субъектов РФ;
- оповещение РКЦ о появлении тяжелого пациента должно происходить не позднее 1 ч от его поступления;
- информирование РКЦ о состоянии каждого находящегося в отделениях реанимации пациента в субъекте должно происходить каждые 6–8 ч (дистанционное динамическое наблюдение);
- должно осуществляться документирование всех коммуникаций РКЦ и других МО;
- в нормативных документах в субъекте должно быть обеспечено закрепление порядка работы РКЦ для детей.

4.4.3. Повышение квалификации врачебного и среднего медицинского персонала детских больниц на симуляционных тренингах (в т.ч. по оценке тяжести состояния, сортировке пациентов, оказанию экстренной и неотложной помощи)

Необходимо представить план обучения врачебного и среднего персонала с указанием учебной базы, сроков обучения, графика обучения.

4.4.4. Внедрение алгоритмов оценки тяжести состояния, экстренной и неотложной помощи в приемных отделениях детских больниц

Следует запланировать и представить план-график обучения медицинского персонала (врачебного и среднего) алгоритмам оказания экстренной и неотложной помощи детям.

4.4.5. Внедрение системы сортировки (триаж) пациентов в приемных отделениях детских больниц

Необходимо представить разработанный локальный нормативный акт для детской больницы, участвующей в ФП, о внедрении в работу приемного отделения системы триаж; обучить медицинский персонал приемного отделения, разработать стандартную операционную процедуру в структурном подразделении по сортировке и маршрутизации пациентов в зависимости от тяжести их состояния.

4.4.6. Внедрение современных технологий по профилю «Анестезиология реаниматология» в детских больницах

Необходимо предусмотреть обучение врачей анестезиологов-реаниматологов методам ультразвуковой навигации при обеспечении сосудистого доступа у детей, протоколам ультразвуковой диагностики для экстренной медицинской помощи, внедрить регионарную анестезию при оперативных вмешательствах.

4.4.7. Внедрение программы СКАТ (Стратегия контроля антимикробной терапии) при оказании стационарной медицинской помощи в детских больницах на основе российских клинических рекомендаций

«Дорожная карта» мероприятия должна содержать следующие этапы:

- разработан протокол эмпирической антимикробной терапии, основанный на данных о локальной антибиотикорезистентности, утвержденный приказом руководителя МО, в областных, краевых, республиканских детских больницах, а также в других организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, участвующих в федеральном мероприятии по переоснащению;
- разработан протокол периоперационной антибиотикопрофилактики и антимикробной терапии, утвержденный приказом руководителя МО, в областных, краевых, республиканских детских больницах, а также в других организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, участвующих в федеральном мероприятии по переоснащению;
- выполнена корректировка больничного формуляра антимикробных препаратов с включением всех препаратов для периоперационной антибиотикопрофилактики и эмпирической антимикробной терапии в областных, краевых, республиканских детских больницах, а также в других организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, участвующих в федеральном мероприятии по переоснащению;
- разработана программа контроля инфекций в областных, краевых, республиканских детских больницах, а также в других организациях,

подведомственных федеральным органам исполнительной власти, участвующих в федеральном мероприятии по переоснащению.

4.4.8. Укомплектование областных, краевых, республиканских детских больниц врачебным и средним медицинским персоналом

Необходимо представить план преодоления кадрового дефицита в МО:

- провести аудит соответствия штатного расписания МО порядкам оказания медицинской помощи по профилям;
- сформировать актуальную потребность в специалистах на уровне МО;
- поддерживать укомплектованность штатных расписаний МО в соответствии с расчетной потребностью в кадрах (в соответствии с целью реализации ТПГГ);
- представить региональные меры социальной и материальной поддержки медицинских работников;
- обеспечить целевое привлечение специалистов.
- оценить соответствие уровня заработной платы медицинских работников целевым показателям Указа Президента РФ № 597 от 07.05.2012 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» из расчета на 1 ставку;
 - для привлечения молодых специалистов в стационарное звено рекомендовано их трудоустройство в качестве стажеров;
 - произвести планирование мероприятий по повышению компетенций врачей и среднего медицинского персонала;
 - запланировать и проводить на базе курирующих вузов междисциплинарные образовательные школы для повышения квалификации врачей в рамках непрерывного медицинского образования с целью повышения частоты ранней выявляемости заболеваний, формирования онкологической настороженности и повышения качества профилактических медицинских осмотров.

4.5. Мероприятие ФП: «Оснащены мобильным медицинским оборудованием детские поликлиники (отделения) субъектов РФ для проведения выездных мероприятий, в т.ч. с целью профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения детского населения»

Мероприятие направлено на повышение доступности профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения детского населения, в т.ч. проживающего в сельской местности.

4.5.1. Увеличение числа передвижных медицинских комплексов, приобретенных субъектами РФ, оснащенных мобильным медицинским оборудованием для проведения выездных мероприятий, с целью профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения детского населения, в т.ч. проживающего в сельской местности

Необходимо представить потребность в мобильных комплексах для оказания медицинской помощи в отдаленных районах субъекта РФ.

Оценить наличие или потребность в создании выездных бригад специалистов для проведения профилактических осмотров детей, проведения диспансеризации.

Увеличение охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, способствующее раннему выявлению, лечению и взятию под диспансерное наблюдение детей с выявленной патологией

Составить план-график работы выездных мобильных бригад с использованием приобретенного оборудования, указать ответственных, планируемый охват населения.

4.5.2. Увеличение охвата детей в возрасте 15–17 лет профилактическими медицинскими осмотрами с целью сохранения их репродуктивного здоровья

Составить план-график осуществления профилактических осмотров подростков в субъекте, в т.ч. врачами-урологами и гинекологами.

4.5.3. Повышение фактического состояния привитости детского населения против инфекционных заболеваний, в т.ч. проживающего в сельской местности

Оценить возможность и целесообразность использования мобильных комплексов, в т.ч. для осуществления плановой вакцинопрофилактики детей, особенно в условиях кадрового дефицита врачей первичного звена в субъекте РФ.

4.6. Мероприятие ФП: «Оказана медицинская помощь с использованием ВРТ для лечения бесплодия»

4.6.1. Планирование оказания медицинской помощи с применением ВРТ в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ

- Планирование мероприятий по оказанию медицинской помощи с использованием ВРТ для лечения бесплодия должно осуществляться с учетом Клинических рекомендаций «Женское бесплодие» и Порядка использования ВРТ, противопоказаний и ограничений к их применению (Приказ МЗ РФ № 803н от 31.07.2020).

- При планировании необходимо учитывать положения программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Распределение объемов медицинской помощи по проведению экстракорпорального оплодотворения осуществляется для МО, выполнивших не менее 100 случаев экстракорпорального оплодотворения за предыдущий год (за счет всех источников финансирования).

На основе критериев отбора МО для участия в реализации ТПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается перечень МО на проведение циклов экстракорпорального оплодотворения в рамках ОМС (по решению комиссий по разработке территориальных программ ОМС). Указываются перечень МО, обеспечивающих реализацию ТПГГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъекта РФ по применению ВРТ при лечении бесплодия, а также критерии отбора МО.

Этот раздел ежегодно актуализируется при утверждении ТППГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (не позднее 31 декабря текущего года).

4.6.2. Повышение доступности и эффективности ВРТ

В качестве критериев доступности и эффективности медицинской помощи учитываются следующие:

- доля пациентов, обследованных перед проведением ВРТ в соответствии с критериями качества проведения программ ВРТ Клинических рекомендаций «Женское бесплодие»;
- число циклов экстракорпорального оплодотворения, выполняемых МО в течение одного года;
- доля случаев экстракорпорального оплодотворения, по результатам которого у женщины наступила беременность;
- доля женщин, у которых беременность после применения процедуры экстракорпорального оплодотворения (циклов с переносом эмбрионов) завершилась родами, в общем числе женщин, которым были проведены процедуры экстракорпорального оплодотворения (циклы с переносом эмбрионов).

В разделе разрабатываются мероприятия по внедрению и контролю данных критериев качества оказания медицинской помощи с применением ВРТ при лечении бесплодия (далее — Критерии) в МО всех форм собственности, участвующих в реализации ТППГ.

На основе критериев по решению комиссий по разработке территориальных программ ОМС обеспечивается решение вопросов о распределении МО объемов медицинской помощи по экстракорпоральному оплодотворению. Указываются перечень МО, обеспечивающих реализацию ТППГ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъекта РФ по применению ВРТ при лечении бесплодия, а также критерии отбора МО. Кроме того, по результатам анализа этих критериев указывают меры по повышению эффективности ВРТ.

4.7. Мероприятие ФП: «Внедрение и сертификация системы управления качеством и безопасности медицинской деятельности в акушерских стационарах, детских больницах, женских консультациях и детских поликлиниках»

В Республике Алтай создается трехуровневая система внедрения системы менеджмента качества (СМК) в учреждениях родовспоможения и детства. Координационно-методическими центрами системы внедрения СМК в учреждениях родовспоможения в стране являются ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора и ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» МЗ РФ.

Межрегиональными центрами компетенций по внедрению СМК (далее — Центры компетенций) служат сертифицированные перинатальные центры, имеющие действующий сертификат соответствия требованиям системы добровольной сертификации МО «Качество и безопасность медицинской деятельности» (далее — Сертификат) в 2025 году или образовательные организации, согласованные Росздравнадзором. В межрегиональных центрах назначаются ответственные за взаимодействие с региональными центрами компетенций лица. Прикрепление субъектов РФ к межтерриториальным Центрам компетенций происходит согласно

территориальному расположению МО и согласовывается с ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора и ФГБУ «НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» МЗ РФ.

В каждом субъекте РФ создают региональный Центр компетенций, осуществляющий методическую поддержку внедрения и сертификации СМК в учреждениях родовспоможения региона (акушерские стационары и женские консультации). В региональных центрах назначают ответственных за взаимодействие с МО лица. Сертификацию СМК МО осуществляет ФГБУ «Национальный институт качества» Росздравнадзора.

В рамках мероприятия создают региональный НПА, включающий следующие пункты (табл. 43):

наименование межтерриториального Центра компетенций (указывается ответственное за взаимодействие с региональным Центром компетенций лицо);

ответственное лицо за внедрение СМК в учреждениях родовспоможения в субъекте РФ (сотрудник органа государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья субъекта РФ);

наименование регионального Центра компетенций (указывают лицо, ответственное за взаимодействие с межтерриториальным Центром компетенций, и ответственных за взаимодействие с МО лица; в виде таблицы), планируемые сроки начала внедрения СМК в МО и получения Сертификата;

участвующие в мероприятии МО (указывают ответственное за взаимодействие с Центром компетенции лицо), планируемые сроки начала внедрения СМК в МО и получения Сертификата.

«Дорожная карта» внедрения СМК в учреждениях родовспоможения

Таблица 43

Субъект РФ	Наименование Республики Алтай			
Лицо, ответственное за внедрение СМК в учреждениях родовспоможения Республики Алтай	Климов Юрий Андреевич, 8 926 227-83-21, e-mail: minzdrav@med04.ru			
Межтерриториальный Центр компетенций	КГБУЗ «Алтайский краевой клинический центр охраны материнства и детства»			
Региональный центр компетенций по управлению качеством и безопасностью медицинской деятельности	Имеется действующий Сертификат		Год планируемой Сертификации / ресертификации СМК	
	Нет		2027	
1. Акушерские стационары	Наименование МО	Имеется действующий Сертификат	Входит в программу переоснащения акушерских стационаров (ФП «Охрана материнства и детства»)	Год планируемой сертификации / ресертификации СМК
	1.1. БУЗ РА «Перинатальный центр»	Нет	Нет	2027
2. Женские консультации	Наименование МО	Имеется действующий Сертификат	Входит в программу переоснащения акушерских стационаров (ФП «Охрана материнства и детства»)	Год планируемой сертификации / ресертификации СМК
	2.1. БУЗ РА «Перинатальный центр»	Нет	Нет	2027

	2.2. БУЗ РА «Майминская районная больница»	Нет	Нет	2028
	2.3. БУЗ РА «Кош-Агачская районная больница»	Нет	Нет	2028
	2.4. БУЗ РА «Онгудайская районная больница»	Нет	Нет	2029
	2.5. БУЗ РА «Улаганская районная больница»	Нет	Нет	2029
	2.6. БУЗ РА «Усть-Коксинская районная больница»	Нет	Нет	2029
4. Детские больницы	Наименование МО	Имеется действующий Сертификат		Год планируемой сертификации / ресертификации СМК
	4.1. БУЗ РА «Республиканская больница»	Нет		2027
5. Детские поликлиники	Наименование МО	Имеется действующий Сертификат		Год планируемой сертификации / ресертификации СМК
	4.1. БУЗ РА «Республиканская больница»	Нет		2027

4.8. Мероприятие ФП: «Развитие цифрового контура здравоохранения в сфере родовспоможения и детства»

Необходимо сформировать «Дорожную карту» по повышению цифровой зрелости информационных систем МО и государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее — ГИС СЗ) в субъекте РФ в части оказания медицинской помощи в сфере родовспоможения и детства — МО, имеющие лицензию на следующие виды медицинской деятельности: «по акушерскому делу», «по акушерству и гинекологии (за исключением использования ВРТ и искусственного прерывания беременности)», «по акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности)», «по акушерству и гинекологии (использованию ВРТ)», «по неонатологии», «по педиатрии», «по сестринскому делу в педиатрии».

«Дорожная карта» по повышению цифровой зрелости информационных систем медицинских организаций и государственной информационной системы в сфере здравоохранения в Республике Алтай в части оказания медицинской помощи в сфере родовспоможения и детства»

Таблица 44

Лицо, ответственное за реализацию «Дорожной карты»	Кандараков Николай Александрович, заместитель министра Тел. +7 923 664-21-20, e-mail: minzdrav@med04.ru	
Мероприятие	Дата завершения	Ответственные лица
Формирование СЭМД-бета «Направление на неонатальный скрининг» в МИС БУЗ РА «Перинатальный центр» и его передача в Регистр РНС	31.12.2026	Кандараков Н.А., заместитель министра, Краснов Я.В., и.о. директора КУЗ РА «МИАЦ», главные врачи медицинских организаций
Использование не менее 1 системы с искусственным интеллектом при оказании медицинской помощи пациентам по профилям «Акушерство и гинекология», «Неонатология» и «Педиатрия» в субъекте РФ к 2030 году.	31.12.2030	Кандараков Н.А., заместитель министра, Краснов Я.В., и.о. директора КУЗ РА «МИАЦ», Кухленко А.В., гл. врач БУЗ РА «Перинатальный центр»
Создание / развитие регионального мониторинга беременных и новорожденных в ГИС СЗ, использование его в работе АДКЦ и реанимационноконсультативного блока отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных БУЗ РА «Республиканская больница»	31.12.2026	Кандараков Н.А., заместитель министра, Краснов Я.В., и.о. директора КУЗ РА «МИАЦ», главные врачи медицинских организаций, Кухленко А.В., гл.врач БУЗ РА «Перинатальный центр», Хазов А.В., гл.врач БУЗ РА «Республиканская больница», Кобзева О.И., ГВС акушер гинеколог, Самунова Е.И. ГВС неонатолог, Перфильев А.С., директор БУЗ РА «Центр медицины катастроф»

Создание центров телемедицины в составе АДКЦ на базе БУЗ РА «Перинатальный центр» и НДКЦ на базе БУЗ РА «Республиканская больница», функционирующих в круглосуточном режиме	31.12.2026	Кандараков Н.А., заместитель министра, Краснов Я.В., и.о. директора КУЗ РА «МИАЦ», главные врачи медицинских организаций, Кухленко А.В., гл.врач БУЗ РА «Перинатальный центр», Хазов А.В., гл.врач БУЗ РА «Республиканская больница», Кобзева О.И., ГВС акушер гинеколог, Самунова Е.И. ГВС неонатолог, Перфильев А.С., директор БУЗ РА «Центр медицины катастроф»
---	------------	---

4. Мероприятия РП «Охрана материнства и детства»

- сформированы в План мероприятий РП «Охрана материнства и детства».

5. План мероприятий РП «Охрана материнства и детства» - отражен в Приложении 1 к региональной программе.

6. Ожидаемые результаты РП «Охрана материнства и детства»

Ожидаемые результаты РП «Охрана материнства и детства» представлены в табл. 45.

7. Сроки реализации РП «Охрана материнства и детства»

Программа реализуется в период 2025–2030 гг.

8. Социально значимый результат Программы «Охрана материнства и детства» в регионе

Внедрение РП «Охрана материнства и детства» позволит усовершенствовать существующий уровень организации работы с населением репродуктивного возраста, беременными, роженицами и родильницами, детьми, обеспечить преемственность акушерско-гинекологической, неонатологической и педиатрической службы, обеспечить дальнейшее снижение материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности, способствовать повышению рождаемости.

Программа влияет на достижение целевых показателей НП «Семья» (показатель «Суммарный коэффициент рождаемости») и «Продолжительная и активная жизнь» (показатели «Удовлетворенность населения медицинской помощью по результатам оценки общественного мнения» и «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении»).

Общественно значимым результатом РП является обеспечение доступности и квалифицированной помощи женщинам и детям, в т.ч. по охране репродуктивного здоровья.

Приложение
к Плану мероприятий РП
«Охрана материнства и детства»

№ п/п	Наименование мероприятия	Сроки реализации		Планируемый результат исполнения мероприятия на конец отчетного года		Ответственный исполнитель	Примечание
		Начало (дд.мм.гггг)	Окончание (дд.мм.гггг)	Описание	В числовом выражении		
1	<i>Мероприятие ФП: «Оснащены (дооснащены и/или переоснащены) медицинскими изделиями перинатальные центры и родильные дома (отделения) субъектов РФ, в т.ч. в составе других организаций»</i>						
1.1	Актуализация региональной маршрутизации по профилям оказания медицинской помощи «Акушерство и гинекология» и «Неонатология»	31.12.2025	31.03.2026	Актуализирована региональная маршрутизация по профилям оказания медицинской помощи «Акушерство и гинекология» и «Неонатология»	Утверждены региональные порядки маршрутизации по профилям оказания медицинской помощи «Акушерство и гинекология» и «Неонатология», согласованные с профильными НМИЦ	Климов Ю.А., заместитель министра, Кобзева О.И., ГВС по акушерству и гинекологии МЗ РА, Самунова Е.И., ГВС по неонатологии МЗ РА	
1.2	Внедрение современных технологий оказания медицинской помощи в службе родовспоможения. Снижение частоты проведения кесаревых сечений	31.12.2025	31.03.2026	Внедрены современные технологии оказания медицинской помощи в службе родовспоможения. Снижение частоты проведения кесаревых сечений	Снижение частоты проведения кесаревых сечений до 30 % на конец отчетного года	Кухленко А.В., главный врач БУЗ РА «Перинатальный центр», Кобзева О.И., ГВС по акушерству и гинекологии МЗ РА	

2	<i>Мероприятие ФП: «Созданы женские консультации, в т.ч. в составе других организаций, в субъектах РФ для оказания медицинской помощи женщинам, в т.ч. проживающим в сельской местности, ПГТ, малых городах»</i>						
2.1	Повышение укомплектованности и квалификации кадров женских консультаций	31.12.2025	31.12.2026	Обеспечена укомплектованность врачами-акушерами-гинекологами - до 95% по среднему медицинскому персоналу – до 100%; пройдено повышение и квалификации кадров женских консультаций	К концу отчетного года обеспечено повышение укомплектованности кадрами женских консультаций до 95% по врачам-акушерам-гинекологам и до 100% по среднему медицинскому персоналу; повышение квалификации не менее 90% специалистов через систему НМО, включая стандартизированные подходы к ведению беременности, раннюю диагностику осложнений и профилактику перинатальных потерь	Кандараков Н.А., заместитель министра, главные врачи медицинских организаций	
3	<i>Мероприятие ФП: «Женские консультации, расположенные в сельской местности, ПГТ, малых городах, в т.ч. вновь созданные, внедрили новые подходы в работе с учетом стандартизации и типизации процессов оказания медицинской помощи, в т.ч. по формированию положительных репродуктивных установок у женщин»</i>						

3.1	Типизация и стандартизация процессов оказания медицинской помощи, в т.ч. по формированию положительных репродуктивных установок у женщин	31.12.2025	31.03.2026	<p>1. утверждены и внедрены в практику женских консультаций не менее 10 карт типизации и стандартизации процессов, охватывающих вопросы планирования семьи, РДЗ, ДН, пренатальной подготовки, здорового образа жизни и ответственного родительства в 5 МО, на базе которых функционируют женские консультации</p> <p>2. обучено не менее 90% медицинского персонала работе с данными материалами</p>	<p>В 5 МО, на базе которых функционируют женские консультации к концу отчетного года внедрены в практику не менее 10 карт типизации и стандартизации процессов, охватывающих вопросы планирования семьи, РДЗ, ДН, пренатальной подготовки, здорового образа жизни и ответственного родительства</p> <p>Не менее 90% медицинского персонала обучено работе с материалами единых алгоритмов информирования, консультирования и сопровождения женщин с целью формирования устойчивых положительных репродуктивных установок</p>	<p>Кухленко А.В., главный врач БУЗ РА «Перинатальный центр», Кобзева О.И., ГВС по акушерству и гинекологии МЗ РА</p>	
-----	--	------------	------------	--	--	--	--

3.2	Внедрение бережливых технологий в работу женских консультаций	31.12.2025	31.12.2026	<p>1. утвержден перечень медицинских организаций для внедрения «бережливых технологий»</p> <p>2. проведен аудит текущего состояния доступности и качества предоставляемой медицинской помощи;</p> <p>3. составлен план мероприятий по внедрению «бережливых технологий» по каждой медицинской организации с определением должностного лица, ответственного за внедрение и сроков внедрения.</p> <p>4. определен бюджет на внедрение «бережливых технологий» по каждой медицинской организации</p>	В 5 МО, на базе которых функционируют женские консультации к концу отчетного года внедрены бережливые технологии	Кандараков Н.А., заместитель министра, Краснов Я.В., и.о. директора КУЗ РА «МИАЦ», главные врачи медицинских организаций	
4	<i>Мероприятие ФП: «Оснащены (дооснащены и/или переоснащены) медицинскими изделиями детские больницы субъектов РФ, в т.ч. в составе других организаций»</i>						
4.1	Актуализация региональной маршрутизации по профилям «Педиатрия» и «Детская хирургия» в субъекте РФ	31.12.2025	31.03.2026	<p>1. разработан проект НПА по маршрутизации детей для оказания им медицинской помощи по профилю «Педиатрия»</p> <p>2. разработан</p>	Утверждены региональные НПА по маршрутизации пациентов по профилям «Педиатрия» и «Детская хирургия»,	Климов Ю.А., заместитель министра, Хубезова И.Е., ГВС по педиатрии МЗ РА, Зрелкин В.А., ГВС по	

				<p>проект НПА по маршрутизации детей для оказания им специализированной медицинской помощи по профилю «Детская хирургия»</p> <p>3. проекты НПА согласованы с профильными НМИЦ и федеральными ГВС по профилям «Педиатрия» и «Детская хирургия»</p> <p>4. утверждены НПА по профилям «Педиатрия» и «Детская хирургия»</p>	согласованные с профильными НМИЦ	детской хирургии МЗ РА	
4.2	Актуализация регионального НПА, регламентирующего деятельность РКЦ для детей. Внедрено документирование реанимационно-консультативной помощи детям	31.12.2025	Сроки определяются сроками изменения Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "анестезиология и реаниматология" (Приказ МЗРФ № 909н от 12 ноября 2012 г.), запланированного на 2026 г.	<p>1. разработан проект НПА, регламентирующий деятельность РКЦ и НРКЦ для детей старше 1 мес.</p> <p>2. проект НПА согласованы с профильным НМИЦ</p> <p>3. утвержден НПА, регламентирующие деятельность РКЦ/НРКЦ</p>	Утвержден региональный НПА регламентирующий деятельность РКЦ и НРКЦ для детей старше 1 мес., согласованный с профильными НМИЦ	Климов Ю.А., заместитель министра, Самунова Е.И., ГВС по неонатологии МЗ РА, Бедарев М.А., ГВС по детской анестезиологии и реанимации МЗ РА	

4.3	Повышение квалификации врачебного и среднего медицинского персонала детских больниц на симуляционных тренингах (в т.ч. по оценке тяжести состояния, сортировки пациентов, оказанию экстренной и неотложной помощи)	31.12.2025	31.12.2026	<p>1. Утверждён перечень детских больниц, персонал которых подлежат обучению.</p> <p>2. Определены согласованы учебные базы (симуляционные центры), дифференцированно назначены для обучения врачебного и среднего медицинского персонала.</p> <p>3. Согласована утверждена программа обучения, адаптированная с учётом технических характеристик функциональных возможностей закупаемого медицинского оборудования.</p> <p>4. Сформирован и согласован список специалистов (врачей и среднего медицинского персонала) из указанных медицинских организаций, запланированных обучению.</p> <p>5. Утверждён график поэтапного направления персонала на обучение учётom производственной загрузки медицинских организаций логистических возможностей.</p> <p>6. Заключены договоры с образовательными</p>	<p>1. Доля медицинского персонала (врачебного и среднего медицинского), обученного работе на вновь закупаемом оборудовании численности медицинского персонала, работающего на данном оборудовании к концу отчетного года составила не менее:</p> <p>2026г. -55% 2027- 65% 2028-75% 2029-85% 2030-95%</p> <p>2. Доля медицинского персонала (врачебного и среднего медицинского), повысившего квалификацию от штатной численности медицинского персонала к концу отчетного года составила не менее:</p> <p>2026г. -55% 2027- 65% 2028-75% 2029-85% 2030-95%</p>	<p>Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница», главные врачи медицинских организаций</p>	
-----	---	------------	------------	---	--	---	--

				(учебными) организациями или симуляционными центрами на оказание образовательных услуг в объеме, необходимом для выполнения мероприятия.			
4.4	Внедрение алгоритмов оценки тяжести состояния, экстренной и неотложной помощи в приемных отделениях детских подразделений медицинских организаций	31.12.2025	31.12.2026	<p>1. определен перечень детских больниц для внедрению алгоритмов.</p> <p>2. определен перечень алгоритмов оказания экстренной и неотложной помощи детям при острых заболеваниях и травмах, по каждой мед. организации.</p> <p>3. в МО разработаны алгоритмы согласно перечню, в формате стандартных операционных процедур (СОПов) с учетом видов условий и профиля оказываемой медицинской помощи.</p> <p>4. сформированы планы-графики обучения персонала СОПам, в том числе путем направления в симуляционные центры (п.4.4.4).</p> <p>5. определены должностные лица, ответственные за контроль выполнения СОПов оказания экстренной и неотложной помощи.</p>	<p>1. Количество МО, оказывающих помощь детскому населению, в которых алгоритмы внедрены по годам.</p> <p>2. Число разработанных СОПов по каждой мед. организации.</p> <p>3. Доля медицинского персонала приемного отделения, обученного СОПам от штатной численности медицинского персонала приемного отделения.</p>	Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница», главные врачи медицинских организаций	

4.5	Внедрение системы сортировки (триаж) пациентов в приемных отделениях детских подразделений медицинских организаций	31.12.2025	31.12.2026	<p>1. определен перечень детских больниц к внедрению системы «триаж».</p> <p>2. определены сроки внедрения.</p> <p>3. определены должностные лица ответственных за внедрение.</p> <p>4. разработаны утверждены маршрутизации пациентов в зависимости от тяжести их состояния для каждой МО.</p> <p>5. обучен персонал приемного отделения СОП.</p> <p>6. размещена в приемном отделении детских больниц наглядная информация по системе ТРИАЖ (схемы, плакаты), организация цветовой навигации маршрутизации пациентов</p>	<p>1. Количество МО, оказывающих помощь детскому населению, в которых внедрена система ТРИАЖ по годам.</p> <p>2. Доля медицинского персонала приемного отделения, обученного по системе ТРИАЖ от штатной численности СОП медицинского персонала приемного отделения.</p>	<p>Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница», главные врачи медицинских организаций</p>	
4.6	Внедрение современных технологий по профилю «Анестезиология-реаниматология» в приемных отделениях детских подразделений медицинских организаций	31.12.2025	31.12.2026	<p>1. утвержден перечень медицинских организаций, в которых должны быть внедрены современные технологии по профилю «Анестезиология-реаниматология».</p> <p>2 по каждой детской больнице определен:</p>	<p>1. Количество МО, оказывающих помощь детскому населению, в которых внедрены современные технологии по годам.</p> <p>2. Доля медицинского персонала реанимационных</p>	<p>Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница», главные врачи медицинских</p>	

				<ul style="list-style-type: none"> -перечень внедряемых технологий, -список врачей, обучаемых новым технологиям; - сроки внедрения каждой технологии; -должностных лиц, ответственных за внедрение; -способы обучения (с привлечение внешних организаций, отдельных специалистов и т.д.) 	отделений, обученного по современным технологиям от штатной численности медицинского персонала отделения.	организаций	
4.7	Внедрение программы СКАТ при оказании стационарной медицинской помощи в детских подразделениях медицинских организаций на основе российских клинических рекомендаций	31.12.2025	31.12.2026	<p>Внедрена программа СКАТ в детских больницах:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разработан протокол эмпирической антимикробной терапии, основанный на данных о локальной антибиотикорезистентности, утвержденный приказом руководителя МО - разработан протокол периоперационной антибиотикопрофилактики и антимикробной терапии, утвержденный приказом руководителя МО - выполнена корректировка больничного формуляра антимикробных препаратов с включением всех препаратов для 	количество больниц или их структурных подразделений, оказывающих помощь детскому населению, в которых внедрена программа СКАТ по годам	Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница», главные врачи медицинских организаций	

				периоперационной антибиотикопрофилактики и эмпирической антимикробной терапии - разработана программа контроля инфекций			
4.8	Укомплектование БУЗ РА детского подразделения «Республиканская больница» врачебным и средним медицинским персоналом	31.12.2025	31.12.2030	1. проведен аудит соответствия штатного расписания МО порядку оказания медицинской помощи по профилям 2. сформирована актуальная потребность вне менее 90% от специалистов на уровне штатной потребности МО 3. проведено планирование мероприятий по повышению компетенций врачей и среднего медицинского персонала 4. представлены запланированные дополнительные меры социальной и материальной поддержки медицинских работников	Количество укомплектованных детских больниц врачебным и средним медицинским персоналом при коэффициенте совместительства не более 1,4: 2026 – 6; 2027 – 5; 2028 – 8; 2029 – 10; 2030 – 12	Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница», главные врачи медицинских организаций	
5	<i>Мероприятие ФП: «Оснащены мобильным медицинским оборудованием детские поликлиники (отделения) субъектов РФ для проведения выездных мероприятий, в т.ч. с целью профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения детского населения» 4.4.6. Внедрение системы сортировки (триаж)</i>						

5.1	Увеличение числа передвижных медицинских комплексов, приобретенных субъектами РФ, оснащенных мобильным медицинским оборудованием для проведения выездных мероприятий с целью профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения детского населения, в т.ч. проживающего в сельской местности	31.12.2025	31.12.2028	<p>1. определен перечень медицинских организаций, в которых будут базироваться мобильные комплексы</p> <p>2. определены зоны обслуживания для каждого мобильного комплекса</p> <p>3. имеется возможность формирования врачебных бригад под каждую задачу мобильного комплекса: -профилактические осмотры; -выездная вакцинация; -оценка репродуктивного здоровья и т.д.</p> <p>4. учтена ли необходимость дополнительного лицензирования отдельных видов деятельности</p>	Мобильные комплексы введены в эксплуатацию, комплектованы выездными бригадами Число закупленных комплексов по годам	Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница», главные врачи медицинских организаций	
5.2	Увеличение охвата профилактическими осмотрами детей, способствующее раннему выявлению, лечению и взятию под диспансерные наблюдения детей с обнаруженной патологией	31.12.2025	31.12.2026	Доля детей, запланированных к проведению профилактического медицинского осмотра, должна приближаться к 100%. Доля детей, осмотренных должна соответствовать целевому показателю.	Целевой показатель	Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница», главные врачи медицинских организаций	

5.3	Увеличение охвата детей в возрасте 15–17 лет профилактическими медицинскими осмотрами с целью сохранения их репродуктивного здоровья	31.12.2025	31.12.2026	Доля детей, запланированных к проведению профилактического медицинского осмотра, должна приближаться к 100%. Доля детей, осмотренных, должна соответствовать целевому показателю.	Целевой показатель	Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница», главные врачи медицинских организаций	
5.4	Повышение фактического состояния привитости детского населения, в т.ч. проживающего в сельской местности, против инфекционных заболеваний	31.12.2025	31.12.2026	Доля детей, запланированных к проведению профилактической вакцинации, должна приближаться к 100%. Доля привитых детей, должна соответствовать целевому показателю.	Целевой показатель	Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница», Мунатова В.Ю. ГВС по инфекционным заболеваниям МЗ РА, главные врачи медицинских организаций	
б	<i>Мероприятие ФП: «Оказана медицинская помощь с использованием ВРТ для лечения бесплодия»</i>						
6.1	Планирование оказания медицинской помощи с применением ВРТ в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ	31.12.2025	31.12.2026	Доля женщин, запланированных к оказанию медицинской помощи с применением ВРТ в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам РФ должна приближаться к 100%.	Целевой показатель	Климов Ю.А., заместитель министра, Кухленко А.В., гл. врач БУЗ РА «Перинатальный центр», главные врачи медицинских организаций	

6.2	Повышение доступности и эффективности ВРТ	31.12.2025	31.12.2026	К концу отчетного года обеспечено повышение доступности и эффективности оказания медицинской помощи с применением ВРТ сокращено среднее время ожидания процедуры до 3 месяцев, обеспечено 100%-ное информирование пациентов о порядке получения услуги и их правах в рамках программы государственных гарантий.	сокращено среднее время ожидания процедуры до 3 месяцев, обеспечено 100%-ное информирование пациентов	Климов Ю.А., заместитель министра, Кухленко А.В., гл. врач БУЗ РА «Перинатальный центр», главные врачи медицинских организаций	
7	<i>Мероприятие ФП: «Внедрение и сертификация системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в акушерских стационарах, детских больницах, женских консультациях и детских поликлиниках»</i>						
7.1	Создание регионального Центра компетенций	31.12.2025	31.12.2027	В Республике Алтай создан и введен в эксплуатацию Региональный центр компетенций (РЦК), обеспечивающий методологическую, аналитическую и организационную поддержку внедрения цифровых решений в сфере здравоохранения, включая стандартизацию процессов, обучение специалистов, сопровождение интеграции МИС с федеральными и региональными ИС	Количество созданных РЦК в регионе: 1	Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница», Кухленко А.В., гл. врач БУЗ РА «Перинатальный центр», главные врачи медицинских организаций	

7.2	Внедрение СМК в акушерских стационарах	31.12.2025	31.12.2027	В БУЗ РА «Перинатальный центр», к концу отчетного года завершено внедрение СМК	Количество акушерских стационаров, внедривших СМК: 1 - 2027	Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница»	
7.3.	Внедрение СМК в женских консультациях	31.12.2025	31.12.2029	В 5 МО, на базе которых функционируют женские консультации к концу отчетного года завершено внедрение СМК	Количество женских консультаций, внедривших СМК: 2- 2028; 3 - 2029	Климов Ю.А., заместитель министра, Кухленко А.В., гл. врач БУЗ РА «Перинатальный центр», главные врачи медицинских организаций	
7.4.	Внедрение СМК в детских больницах	31.12.2025	31.12.2027	В педиатрическом отделении БУЗ РА «Республиканская больница» к концу отчетного года завершено внедрение СМК	Количество детских больниц, внедривших СМК: 1 - 2027	Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница»	
7.5.	Внедрение СМК в детских поликлиниках	31.12.2025	31.12.2027	В детском амбулаторно-поликлиническом БУЗ РА «Республиканская больница» к концу отчетного года завершено внедрение СМК	Количество детских поликлиник, внедривших СМК: 1 - 2027	Климов Ю.А., заместитель министра, Хазов А.В., гл. врач БУЗ РА «Республиканская больница»	
8	<i>Мероприятие ФП: «Развитие цифрового контура здравоохранения в сфере родовспоможения и детства»</i>						
8.1	Формирование СЭМД-бета «Направление на неонатальный скрининг» в МИС акушерского стационара и его передача в	31.12.2025	31.12.2026	К концу отчетного периода БУЗ РА «Перинатальный центр» обеспечен технической и программной	Более 95% СЭМД-бета корректно переданны в Регистр РНС	Кандараков Н.А., заместитель министра, Краснов Я.В., и.о. директора КУЗ РА	

	Регистр РНС			совместимостью для автоматизированного формирования и передачи СЭМД-бета «Направление на неонатальный скрининг» из МИС Регистр РНС		«МИАЦ», главные врачи медицинских организаций	
8.2	Использование не менее 1 системы с искусственным интеллектом при оказании медицинской помощи пациентам по профилям «Акушерство и гинекология», «Неонатология» и «Педиатрия» в субъекте РФ к 2030 году.	31.12.2025	31.12.2030	К 2030 году в субъекте Российской Федерации будет обеспечено внедрение и использование не менее одной системы с искусственным интеллектом (ИИ) в практике оказания медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Неонатология» и «Педиатрия».	Количество медицинских организаций, внедривших и использующих систему с искусственным интеллектом (ИИ) в практике оказания медицинской помощи по профилям «Акушерство и гинекология», «Неонатология» и «Педиатрия»	Кандараков Н.А., заместитель министра, Краснов Я.В., и.о. директора КУЗ РА «МИАЦ», Кухленко А.В., гл. врач БУЗ РА «Перинатальный центр»	
8.3.	Создание / развитие регионального мониторинга беременных и новорожденных в ГИС СЗ, использование его в работе АДКЦ и реанимационноконсультативного блока отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных «якорной» МО по профилю «Неонатология», главных внештатных специалистов по акушерству и гинекологии и неонатологии	31.12.2025	31.12.2026	Создана и успешно внедрена система регионального мониторинга беременных и новорожденных в рамках ГИС СЗ, обеспечившая сквозное отслеживание состояния здоровья женщин и детей в АДКЦ и НДКЦ.	Доля беременных, охваченных мониторингом к концу отчетного года составляет 95 % от общего числа зарегистрированных беременностей в регионе	Кандараков Н.А., заместитель министра, Краснов Я.В., и.о. директора КУЗ РА «МИАЦ», главные врачи медицинских организаций, Кухленко А.В., гл.врач БУЗ РА «Перинатальный центр», Хазов А.В., гл.врач БУЗ РА	

	субъекта РФ					«Республиканская больница», Кобзева О.И., ГВС акушер гинеколог, Самунова Е.И. ГВС неонатолог, Перфильев А.С., директор БУЗ РА «Центр медицины катастроф»	
8.4.	Создание центров телемедицины в составе АДКЦ и НДКЦ, функционирующих в круглосуточном режиме	31.12.2025	31.12.2026	Созданы и успешно осуществляют свою функцию центры телемедицины в составе АДКЦ и НДКЦ, функционирующих в круглосуточном режиме	Доля беременных и новорождённых, получивших телемедицинскую консультацию (ТМК) в рамках регионального мониторинга к концу отчётного года, составляет 95 % от числа выявленных случаев, требующих экспертного сопровождения по профилям «акушерство и гинекология» и «неонатология» (МО – АДКЦ и МО - НДКЦ)	Кандараков Н.А., заместитель министра, Краснов Я.В., и.о. директора КУЗ РА «МИАЦ», главные врачи медицинских организаций, Кухленко А.В., гл.врач БУЗ РА «Перинатальный центр», Хазов А.В., гл.врач БУЗ РА «Республиканская больница», Кобзева О.И., ГВС акушер гинеколог, Самунова Е.И. ГВС неонатолог, Перфильев А.С., директор БУЗ РА «Центр медицины катастроф»	