

СТАТИСТИКА В ОЦЕНКЕ ОСНОВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ

Кучмаева Оксана Викторовна,
доктор экономических наук, профессор,
E-mail: kuchmaeva@yandex.ru
РЭУ им. Г.В.Плеханова,
Москва

В работе рассмотрены возможности использования различных источников данных и методик для оценки состояния здоровья детей-сирот и детей, лишенных попечения родителей. Сложность оценки связана и с многообразием объектов и субъектов оценки. Целесообразно использовать комплекс данных: статистическую отчетность, данные выборочных исследований и ведомственного учета, качественные исследования, экспертные опросы. Методические подходы Детского фонда ЮНИСЕФ, Всемирной организации здравоохранения позволяют сформировать систему показателей для анализа состояния здоровья. Большую роль в возможности анализа состояния здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, в России играют проводимые с 2013 г. диспансеризации различных категорий детей. Анализ показателей детской заболеваемости, инвалидности и смертности позволяет говорить о проблемах со здоровьем у детей-сирот, находящихся в интернатных учреждениях. Результаты работы могут быть использованы в ходе мониторинга результативности политики в интересах детей.

Ключевые слова: дети-сироты; дети, лишенные попечения родителей; состояние здоровья детей; оценка здоровья

Значимым аспектом в анализе положения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, выступает объективная оценка состояния их здоровья. Данная аналитическая задача сопряжена с рядом трудностей, обусловленных проблемами в сборе достоверной информации и получении объективных оценок, требует применения совокупности количественных и качественных методов анализа.

Среди источников данных, которые могут быть использованы, можно назвать официальную статистическую отчетность, данные выборочных исследований и ведомственного учета, качественные исследования, экспертные опросы.

С точки зрения подходов к оценке проектов программ, перечисленные источники данных вписываются в совокупность методик оценки, опирающихся на эмпирические исследования; показатели (индикаторы) и мнения экспертов.

Мозаичность картине оценки добавляет и многообразие объектов и субъектов оценки: существует значительная специфика в получении данных, характеризующих состояние здоровья детей, воспитывающихся в замещающих семьях и общественных институтах. С другой стороны, различные субъекты оценки (сами дети, медики, приемные родители, воспитатели, эксперты) характеризуют разные аспекты проблемы.

Необходимость использования различных источников информации, в том числе и статистической, обусловлена отсутствием четкого статистического мониторинга, фрагментарностью данных, позволяющих достаточно полно охарактеризовать состояние детей- сирот и детей, лишенных попечения родителей. В статистической отчетности медицинских учреждений дети, лишенные попечения родителей, не выделяются в отдельную группу. Формы, посвященные детям-сиротам, воспитывающимся в общественных институтах (интернатных учреждениях) содержат отдельные сведения о численности детей-инвалидов (например, формы РИК 103, Д-13).

В целом, характеризуя состояние здоровья детей, с учетом мировой практики, можно использовать данные о заболеваемости, инвалидности и детской смертности.

Международные организации (Детский фонд ЮНИСЕФ, Всемирная организация здравоохранения) формируя систему показателей, позволяющих оценить здоровье детей, подчеркивают необходимость рассмотрения здоровья не только как исключительно медицинской категории, но и как социального феномена, неотъемлемого элемента благополучия детей. Так, структура показателей ВОЗ для оценки состояния здоровья содержит следующие разделы: забота о детях, иммунизация, смертность, питание [9].

При оценке параметров здоровья в ходе оценки результативности социальных проектов и программ рассматриваются, прежде всего, такие его важнейшие составляющие, как физическое здоровье, психическое здоровье и здоровый образ жизни. В частности, физическое здоровье характеризуется с точки зрения следующих параметров: доступ к оздоровительным услугам надлежащего качества; просветительская работа и повышение уровня знаний о поддержании здоровья; увеличение числа людей, которые ведут активный образ жизни; распространение партнёрской практики совместного принятия решений; увеличение числа людей, излечившихся от тяжёлых физических заболеваний.

Психическое здоровье рассматривается с позиций распространенности партнёрской практики совместного принятия решений; увеличения числа людей, которые следят за состоянием психического здоровья и ведут полноценный и самостоятельный образ жизни, излечившихся от психических заболеваний, с гармоничным состоянием психического здоровья (характеристики представлены в матрице социальных результатов, составленной на основе ресурсов платформы wikiVOIS platform и Стандарты инвестиционной деятельности и отчётности IRIS) [3].

При оценке здорового образа жизни уделяется внимание доступу к услугам и ресурсам, способствующим повышению уровня осведомлённости

о материнском здоровье и формированию основ здорового образа жизни в раннем возрасте; просвещенческой работе и повышению уровня знаний о поддержании здоровья; укреплению культуры рационального (здорового) питания; увеличению числа людей, которые ведут активный образ жизни; снижению уровня токсикомании и наркомании (в том числе табакокурения).

При анализе параметров социального неблагополучия детей выделяются следующие характеристики, затрагивающие состояние их здоровья: численность детей и подростков, состоящих на учете в наркологических диспансерах; заболеваемость детей и подростков социально-опасными заболеваниями (используются данные текущего статистического учета заболеваемости с разбивкой по полу и возрастным группам); смертность детей и подростков от внешних причин (данные статистики смертности по причинам с разбивкой по полу и возрастным группам).

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2013 г. № 116 «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей» приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 г. № 216н был утвержден Порядок диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью. Благодаря этому в настоящее время имеется возможность оценить состояние здоровья детей, проживающих в замещающих семьях и выявить дифференциацию характеристик состояния здоровья детей, проживающих в кровных семьях, замещающих семьях и интернатных учреждениях.

Анализ данных Федерального фонда обязательного медицинского страхования о численности детей, прошедших диспансеризацию в 2013 году (табл. 1), и численности детей-сирот и детей, лишенных попечения родителей, позволяет судить, что данные о состоянии здоровья и имеющихся ограничениях здоровья получены на основе обследования 52% детей данной категории [2]. Пока эта цифра весьма далека от 100% (хочется верить, что в дальнейшем охват диспансеризацией детей будет более полным), однако и она позволяет сделать достаточно обоснованные выводы.

Таблица 1

Распределение детей по группам здоровья по данным профилактических осмотров, 2013 г., %

Группы здоровья	Все дети	воспитанники интернатных учреждений для детей-сирот и детей, лишенных попечения родителей	дети-сироты и дети, лишенных попечения родителей, в замещающих семьях
I группа	25,8	5,3	20,9
II группа	59,2	35,7	53,0
III группа	13,5	35,7	23,2
IV группа	1,0	12,7	1,7
V группа	0,5	10,6	1,2

Как видно, для детей, проживающих в интернатных учреждениях, характерны значительные проблемы со здоровьем. Во многом именно эти проблемы и ограничивают для них шансы жить и воспитываться в семье. Дети, проживающие в настоящее время в замещающих семьях, тем не менее, обладают худшим здоровьем на фоне других детей, проживающих с рождения в семейной обстановке, в своей кровной семье.

Анализ данных профилактических осмотров показал, что удельный вес воспитанников, отстающих в физическом развитии, увеличился, и в 2013 году составил 41,4% (в 2012 году – 40,7%) от общего числа всех воспитанников. Вместе с тем удельный вес воспитанников, отстающих в психическом развитии, практически не изменился и в 2013 году составил 67,6% (в 2012 году – 67,7%) от общего числа всех воспитанников.

В структуре заболеваемости, как и в предыдущие годы, ведущие места занимают заболевания органов дыхания (2013 год – 32,2%, 2012 год – 32,4%, 2011 год – 32,99%), болезни нервной системы (2013 год – 14,3%, 2012 год – 14,0%, 2011 год – 12,8%), врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (2013 год – 10,3%, 2012 год – 10,5%, 2011 год – 10,2%).

Данные статистической отчетности позволяют судить, что удельный вес детей-инвалидов среди воспитанников домов ребенка в 2013 году составил 25,7% от общего числа детей, воспитывающихся в домах ребенка (в 2012 году – 24,6%). В учреждениях соцзащиты для инвалидов находилось 27,6% всех воспитанников - детей-сирот, проживающих в интернатных учреждениях. Хотя, видимо, это далеко не полная картина детской инвалидности среди воспитанников: данные отчетности не позволяют определить численность детей с инвалидностью, проживающих не в специализированных учреждениях для детей-инвалидов, а в других типах учреждений.

Данные отчетности позволяют рассчитать коэффициенты смертности для детей, лишенных попечения родителей. Оценка может быть произведена по данным о возрастной структуре воспитанников интернатных учреждений и численности умерших в течение года

В последние годы отмечается снижение смертности детей в домах ребенка. В 2013 году коэффициент смертности детей в домах ребенка составил 15,9 ‰ (в 2012 году – 16,4 ‰, в 2011 году – 17,1 ‰). Доля умерших детей первого года жизни от общего числа умерших составила 51,5% (в 2012 году – 52,5%, в 2011 году – 51,0%). В целом коэффициент смертности для детей, состоящих на учете в банке данных детей-сирот и детей, лишенных попечения родителей, составил 11,7‰ в 2013 г. (14,2‰ в 2012 г.). Однако аналогичные данные в контексте детей, проживающих в замещающих семьях, не разрабатываются. Несмотря на определенные позитивные тенденции в сфере семейного жизнеустройства детей, остается много сложностей. Численность детей-инвалидов, переданных на безвозмездную форму опеки, не имеет однозначной тенденции, а численность усыновленных детей-инвалидов сокращается. Все это позволяет говорить, что актуальность оценки состояния здоровья детей-сирот в общественных институтах сохранится и в будущем.

Таблица 2

Семейное устройство детей-инвалидов (чел.)

	2011 год	2012 год	2013 год
Численность детей-инвалидов, переданных на безвозмездную форму опеки	624	558	686
Численность детей-инвалидов, переданных на возмездную форму опеки	412	384	715
Численность усыновленных детей-инвалидов	214	200	132
в том числе иностранными гражданами	176	171	68

Данные выборочных обследований могут значительно дополнить картину детского здоровья, получаемую по данным статистической отчетности. Недостатком данных статистики здравоохранения в контексте оценки здоровья детей-сирот и детей, лишенных попечения родителей, помимо незначительного объема данных, разрабатываемых в разрезе данной социально-демографической группы, выступает и тот факт, что статистика здравоохранения оперирует фактами наличия заболеваний по «обращаемости», в случае обращения человека в учреждение здравоохранения за медицинской помощью. Иные факты, характеризующие проблемы со здоровьем или качеством медицинской помощи, остаются вне внимания статистики. Данная проблема полноты данных актуализирует обращение к выборочным опросам различных целевых групп. В этом случае важно опираться на достоверные, репрезентативные данные. В частности, в последние годы Росстат расширяет круг проводимых выборочных обследований, в том числе в сфере охраны здоровья, самосохранительного поведения, факторов, влияющих на состояние здоровья населения [5].

Интерес к оценке состояния здоровья выступает мировым трендом, что связано с пониманием значимости здоровья человека, формирования человеческого капитала как условия благополучия не только конкретного человека, но и общества в целом. Кроме того, доля лиц с ограниченными возможностями здоровья в популяции увеличивается, что связано в том числе и с успехами диагностики и медицины высоких технологий. В среднем в мире около 2,5% детей имеют существенные нарушения здоровья и еще около 8% имеют трудности с «поведением или (и) обучением» [8].

Общепризнано, что сами дети могут внести важный вклад в принятие решений, затрагивающих их собственное развитие, право ребенка быть услышанным и серьезно воспринятым является одним из четырех главных принципов Конвенции о правах ребенка, одобренной Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989 и ратифицированной Постановлением ВС СССР от 13.06.1990 № 1559-І. Данное право должно применяться при толковании и применении всех остальных прав, в том числе и права на выживание и развитие,

на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья [6]. Однако, как показывает опыт проведения оценки с участием детей, ее результаты весьма чувствительны к процедурам, соблюдению принципа анонимности, корректности формулировок в инструментарии исследования, наличию проблем в семьях или учреждениях; требуют обеспечения доверия детей к интервьюерам. С одной стороны, дети не готовы делиться своей личной информацией с посторонними для них людьми. С другой - возникает желание «не подставлять» близких, друзей, когда возникают те или иные проблемы, сложности.

Так, для изучения ситуации и выявления имеющихся проблем в образовательных учреждениях с круглосуточным пребыванием детей Республиканским центром социально-психологической помощи семье, детям, молодежи разработана анкета. Анкетирование проводится в режиме мониторинга. В ходе этого анкетирования на вопрос: «Доволен ли ты отношением к себе учителей в школе-интернате?», – положительный ответ дали 95% опрошенных [1, с.10]. Такое единодушие в оценках вызывает определенные сомнения, в том числе в соблюдении принципа независимости оценок в ходе анкетирования детей.

Мнение детей должно быть учтено, однако, в совокупности с другими источниками. Так, данные Комплексного наблюдения условий жизни населения [4], проведенного Росстатом в 2011 г. (табл. 3) позволяют оценить физическую активность и состояние здоровья детей на основе оценок родителей ребенка (для детей в возрасте до 15 лет) и самих детей (в возрасте 15-17 лет). Данное обследование носит периодический характер, оценку здоровья можно будет получать в режиме мониторинга. К сожалению, в рамках этого и других выборочных обследований, проводимых Росстатом, носящих репрезентативный характер и позволяющих охарактеризовать ситуацию не только для России в целом, но и для ее отдельных регионов, не выделяется группа детей-сирот и детей, лишенных попечения родителей.

Таблица 3

**Физическая активность и состояние здоровья детей в возрасте до 18 лет
(по данным комплексного наблюдения условий
жизни населения 2011 г., в %)**

	Всего	в том числе проживают			в том числе в возрасте, лет				
		в городах	из них с численностью населения 1 млн. и более	в сельской местности	до 3-х	3 - 6	7 - 11	12 - 14	15-17
Дети в возрасте до 18 лет, способные вести активный образ жизни – всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100
из них	53,5	55,1	64,1	49,5	-	27,3	54,9	64,5	77,6

	Всего	в том числе проживают			в том числе в возрасте, лет				
		в городах	из них с численностью населения 1 млн. и более	в сельской местности	до 3-х	3 - 6	7 - 11	12 - 14	15-17
занимающиеся спортом или активными видами отдыха									
Дети в возрасте до 18 лет – всего	100	100	100	100	100	100	100	100	100
из них по оценке состояния здоровья									
хорошее	67,6	67,4	69,8	68,0	72,4	66,1	65,4	62,0	73,2
удовлетворительное	30,1	30,1	28,7	30,1	25,9	31,8	31,9	34,8	25,0
плохое	1,8	1,9	1,2	1,7	1,4	1,8	1,9	2,7	1,5
очень плохое	0,3	0,4	0,3	0,0	0,0	0,2	0,4	0,5	0,1

Интересные результаты дают и локальные выборочные исследования. В 2011 г. в г.Москве было проведено исследование доступности образования для детей с ограниченными возможностями здоровья [7]. В ходе опроса родителей детей с ограниченными возможностями здоровья выявилась, в частности, картина с диагностикой у детей серьезных нарушений здоровья (табл. 4).

Таблица 4

Распределение детей с ОВЗ по возрасту выявления у них проблем в состоянии здоровья, %

Возрастная группа, лет	Доля, %
0	31,8
1–2	30,9
3–5	29,7
6–7	4,9
8–10	1,9
11 и старше	0,8
Итого	100,0
Средний возраст, лет	2,4

У большинства детей проблемы со здоровьем были выявлены достаточно рано: у трети это происходило в возрасте до 1 года, в большинстве случаев – при рождении; еще у трети – в возрасте от 1 года до 2 лет. В целом у 92,4% детей диагностика серьезных проблем со здоровьем осуществлялась в возрасте до 5 лет.

Исследование позволило так же выявить распространенность тех или иных ограничений здоровья у детей. В зависимости от характера проблем со здоровьем дети распределились следующим образом (табл. 5).

Таблица 5

Распределение детей с ОВЗ по основным группам нарушения здоровья, % к численности детей

Вид нарушения здоровья	Всего
Нарушения речи	39,6
Задержка психического развития	36,3
Нарушения умственного развития	29,8
Нарушения опорно-двигательного аппарата	28,6
Хроническое заболевание, влияющее на общее самочувствие, возможность переносить учебные нагрузки	26,7
Нарушения зрения	20,4
Расстройства эмоционально-волевой сферы и поведения	21,8
Нарушения слуха	14,1

Необходимо использовать возможности специально организованных социологических исследований (количественных и качественных), позволяющих получать характеристики ситуации со здоровьем детей от широкого круга субъектов (медиков, родителей, детей, педагогов, воспитателей. При этом в ходе проведения опросов и интервью детей, родителей, специалистов крайне важно обеспечить независимость оценок. Важную роль в получении достоверных данных для оценки имеющихся проблем может сыграть учет и анализ структуры рассмотренных обращений, жалоб и заявлений детей, родителей, воспитателей в аппараты уполномоченных по правам ребенка разного уровня.

Анализ опыта деятельности по оказанию медико-социальных услуг замещающим семьям [10] позволяет судить, что одно из самых востребованных направлений деятельности на этапе сопровождения семей заключается в выявлении психологических, а также социально-педагогических проблем и потребностей ребенка-инвалида и членов его семьи и осуществлении специальных коррекционных и поддерживающих программ психологической и педагогической направленности.

Опыт использования сопровождения, т.н. «домашних визитов» семей с детьми при реализации различных программ и проектов и их оценке широко распространен и за рубежом [11]. Данные подобного рода мониторингов так же могут быть использованы для оценки ситуации с состоянием здоровья детей.

В регионах России в качестве мониторинга медико-социальных проблем и состояния здоровья детей в замещающих семьях используются возможности социального сопровождения семей участковыми социальными работниками, психолого-медико-педагогического сопровождения замещающих семей. В интернтных учреждениях осуществляется медицинское сопровождение

обучающихся (диагностика (первичная, заключительная), мониторинг состояния физического и психического здоровья обучающихся).

Важно, чтобы формирование набора индикаторов и показателей для оценки здоровья детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей осуществлялось с учетом:

- возможности и доступности сбора необходимой информации;
- отражения в перечне индикаторов и показателей всех аспектов анализируемой проблемы;
- необходимости обеспечения комплексной и объективной оценки, что требует использования методов количественной и качественной оценки ситуации; при этом должен быть обеспечен баланс качественных и количественных показателей;
- минимизации набора индикаторов и показателей в целях обеспечения реализуемости мониторинга состояния здоровья.

В завершение хотелось бы отметить, что если мы не располагаем нужными данными, то лучше вообще воздержаться от количественных оценок. Использование неподходящих данных приведет лишь к искажению проблем. Универсальных подходов к оценке социальной эффективности не существует, в каждом конкретном случае от аналитика требуются здравый смысл, учет специфики ситуации и опыт.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

1. АЛЕКСЕЕВА Т.Н., КУЧМАЕВА О.В., ПЕТРЯКОВА О.Л. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАВ ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В ТРУДНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ: СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПО ПРАВАМ РЕБЕНКА В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. М.: ИНСТИТУТ СЕМЬИ И ВОСПИТАНИЯ РАО, 2011.

2. ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ДОКЛАД О ПОЛОЖЕНИИ ДЕТЕЙ И СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ, В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. 2013. МИНИСТЕРСТВО ТРУДА И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ. [ЭЛЕКТРОННЫЙ РЕСУРС]: URL: [HTTP://WWW.ROSMINTRUD.RU/DOCS/MINTRUD/PROTECTION/155](http://www.rosmintrud.ru/docs/mintrud/protection/155) (ДАТА ОБРАЩЕНИЯ 8.02.16)

3. ДАННЫЕ САЙТА EVOLUTION&PHILANTHROPY (UK) ФИЛИАЛ В РФ. [ЭЛЕКТРОННЫЙ РЕСУРС]: URL: [HTTP://EP.ORG.RU](http://ep.org.ru) (ДАТА ОБРАЩЕНИЯ 8.02.16)

4. ДАННЫЕ КОМПЛЕКСНОГО НАБЛЮДЕНИЯ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ, 2011 Г. [ЭЛЕКТРОННЫЙ РЕСУРС]: URL: [HTTP://WWW.GKS.RU/FREE_DOC/NEW_SITE/KOUZ/SURVEY0/INDEX.HTML](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/kouz/survey0/index.html)(ДАТА ОБРАЩЕНИЯ 8.02.16)

5. ДАННЫЕ ВЫБОРОЧНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ 2013». [ЭЛЕКТРОННЫЙ РЕСУРС]: URL: [HTTP://WWW.GKS.RU/FREE_DOC/NEW_SITE/ZDOR/SDP2013.BFS.PUBLISHER/INDEX.HTML](http://www.gks.ru/free_doc/new_site/zdor/sdp2013.bfs.publisher/index.html) (ДАТА ОБРАЩЕНИЯ 8.02.16)

6. КОНВЕНЦИЯ О ПРАВАХ РЕБЕНКА. ПРИНЯТА РЕЗОЛЮЦИЕЙ 44/25 ГЕНЕРАЛЬНОЙ АССАМБЛЕИ ОТ 20 НОЯБРЯ 1989 ГОДА. [ЭЛЕКТРОННЫЙ РЕСУРС]: URL: [HTTP://WWW.UN.ORG/RU/DOCUMENTS/DECL_CONV/CONVENTIONS/CHILDCON.SHTML](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/childcon.shtml) (ДАТА ОБРАЩЕНИЯ 8.02.16)

7. КУЧМАЕВА О.В., ПЕТРЯКОВА О.Л., ДЕМЕНТЬЕВА И.Ф. И ДР. ПРОБЛЕМА ДОСТУПНОСТИ СРЕДНЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ЛИЦ С

ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В Г. МОСКВЕ. ФГНУ ИСВ РАО, 2012. – 208С.

8. ПООЩРЕНИЕ ПРАВ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ: ДАЙДЖЕСТ «ИННОЧЕТИ». – М.: ЮНИСЕФ, 2008.

9. САЙТ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. [ЭЛЕКТРОННЫЙ РЕСУРС]: URL: [HTTP://APPS.WHO.INT/GNO/DATA/NODE.MAIN.CHILDHEALTH?LANG=EN](http://apps.who.int/gno/data/node.main.childhealth?lang=en)(ДАТА ОБРАЩЕНИЯ 8.02.16)

10. «СОПРОВОЖДЕНИЕ СИРОТ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ». МАТЕРИАЛЫ МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ (5-6 ДЕКАБРЯ 2013 Г., Г. КАЛУГА) / СОСТ. И.А. БОБЫЛЕВА. – М.: БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ «РАСПРАВЬ КРЫЛЬЯ!», 2014. – 312 С.

11. GETTING TO OUTCOMES FOR HOME VISITING. HOW TO PLAN, IMPLEMENT, AND EVALUATE A PROGRAM IN YOUR COMMUNITY TO SUPPORT PARENTS AND THEIR YOUNG CHILDREN, TERYN MATTOX, SARAH B. HUNTER, M. REBECCA KILBURN, AND SHELLEY H. WISEMAN. RAND CORPORATION, 2013

STATISTICS IN THE ASSESSMENT OF KEY PARAMETERS OF HEALTH OF CHILDREN-ORPHANS AND CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE

Kuchmaeva O. V.,

Doctor of Economic Sciences, Full Professor,

E-mail: kuchmaeva@yandex.ru

Plekhanov RUE

Moscow

In the article the possibilities of using different data sources and methodologies for assessing the health status of orphans and children deprived of parental care. The complexity of the evaluation and associated with a variety of objects and subjects of evaluation. It is advisable to use a set of data: statistical reporting, data sampling surveys and departmental accounting, qualitative research, expert interviews. Methodological approaches Children's Fund UNICEF, the world health organization allow you to create a system of indicators for the analysis of health status. Important role in the analysis of health status of children left without parental care in Russia is played by with 2013 the clinical examination of various categories of children. Analysis of indicators of child morbidity, disability and mortality suggests the health problems of children-orphans, living in institutions.

Keywords: orphans, children deprived of parental care; child health; evaluation of health