

*На правах рукописи*

**САПРАЛИЕВА**

**Дзейнап Османовна**

**Научно-организационный подход  
к развитию индикативного планирования в  
здравоохранении  
на региональном уровне  
(на примере Республики Ингушетия)**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва – 2014

Работа выполнена в ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук,  
профессор

**Кудрина Валентина Григорьевна**

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, **Эккерт Наталья Владимировна** - профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения медико-профилактического факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России;

доктор медицинских наук, профессор, **Чичерин Леонид Петрович** главный научный сотрудник отдела стратегического анализа в здравоохранении ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»

**Ведущая организация:** ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России

Защита диссертации состоится: «13» февраля 2015 года в 10 часов на заседании Диссертационного совета Д.208.110.01 при ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, д. 11 и на сайте: <http://www.mednet.ru/ru/dissertacionnyj-sovet/svedeniya-o-predstoyashhix-zashhitax.html>

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2014 г.

Ученый секретарь  
диссертационного Совета  
доктор медицинских наук, профессор

Т.П. Сабгайда

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

*Актуальность исследования* определяется необходимостью повышения эффективности управления здравоохранением на региональном уровне (Сунгатов Р.Ш., 2008; Кузнецов А.В., 2009; Соболева Е.С., 2009; Стародубов В.И., 2012; Доклад об оценке эффективности..., 2013, 2014). Принятие Федерального закона №323-ФЗ от 29 ноября 2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» потребовало конкретизации мер реформирования для регионов с учетом как общефедеральных установок, так и специфики регионов (Скляр М.С., 2008; Улумбекова Г.Э., 2010; Огрызко Е.В., 2011; Гехт И.А., Артемьева Г.Б., 2014).

Одним из регионов является Республика Ингушетия. Оценка эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по итогам работы за 2013 год, проведенная Министерством регионального развития Российской Федерации в 2014 году, позволила отнести Республику Ингушетия к числу 20 наиболее интенсивно развивающихся регионов страны с рейтинговым 17 местом.

Современные демографические тенденции, обусловленные старением населения и ухудшением состояния его здоровья, связанные с этим изменения потребности в ресурсном и кадровом обеспечении здравоохранения являются основой построения региональной политики развития здравоохранения (Какорина Е.П., 2000; Лисицын Ю.П., 2002; Денисов И.Н., 2010; Алисханов М.А., 2013).

Целевые установки последних лет (ПНП «Здоровье», программы развития здравоохранения, профилактики социально-значимых заболеваний, модернизации, «дорожная карта» и др.), в совокупности охватывают большой набор и диапазон индикаторов для суждения о выполнении программ и проектов, реальном развитии здравоохранения. Вместе с тем, на региональном уровне чрезвычайно важны не только универсальные для всей страны индикаторы, определенные на федеральном уровне, но и целевые показатели, специфичные для конкретных регионов. Системный подход при раскрытии и постановке задач здравоохранения, комплексные решения, учитывающие местную специфику, использование объективных оценок (эксперты) и субъективных мнений (пациенты), программно-целевое и индикативное планирование для

эффективного управления являются основой научно-организационного подхода, направленного на адресность решений по развитию регионального здравоохранения. В доступной научной литературе решения этой задачи нам не встретилось, что и определило целесообразность проведения данной работы.

**Цель исследования** - формирование научно-организационного подхода к развитию индикативного планирования в здравоохранении Республики Ингушетия на основе изучения медико-демографической ситуации и заболеваемости населения, комплексного решения задач в условиях реструктуризации и оптимизации сети.

В соответствии с поставленной целью решены следующие **задачи**:

1. Изучить демографическую ситуацию в Республике Ингушетия.
2. Изучить здоровье населения в целом, взрослых и детей, репродуктивное и новорожденных на основе данных заболеваемости по обращаемости за медицинской помощью, дополненной данными профилактических осмотров у детей.
3. Оценить ресурсную базу и технологические возможности здравоохранения Республики Ингушетия.
4. Изучить возможности индикативного планирования и управления для развития здравоохранения в Республике Ингушетия.
5. Оценить возможности стандартных анкет по независимой оценке пациентами качества медицинских услуг в амбулаторных и стационарных условиях.
6. Использовать индикаторы развития социально-экономической сферы и непосредственно системы здравоохранения Республики Ингушетия в официальных и общественных рейтингах.

**Научная новизна исследования** заключается в том, что впервые:

- построена информационная база для планирования и выполнения программ и проектов на региональном уровне: дана медико-демографическая характеристика, проведен анализ заболеваемости населения, оценено состояние и потенциал ресурсов и технологических возможностей здравоохранения Республики Ингушетия;

- показана возможность с позиций индикативного планирования оценить действующие в здравоохранении региона ПНП «Здоровье», федеральные и республиканские программы;

- предложены научно-организационные механизмы повышения уровня выполнения программ и проектов на региональном уровне за счет контроля по объективным и субъективным показателям;

- на основе исследовательского материала обоснован рейтинг Республики Ингушетия, его социально-экономической сферы и непосредственно системы здравоохранения.

*Практическая значимость работы* заключена в том, что:

- доказана необходимость формирования информационной базы при планировании и выполнении программ и проектов регионального уровня в виде медико-демографической характеристики, анализа заболеваемости населения, оценки состояния и потенциала ресурсов и технологических возможностей региона;

- раскрыты позиции индикативного планирования при оценке действующих в здравоохранении региона ПНП «Здоровье», федеральных и республиканских программ;

- применен в управлении отраслью и работе медицинских организаций контроль по объективным и субъективным показателям качества и доступности медицинских услуг, который направлен на повышение эффективности работы практической сети и перспективен в части роста управляемости системы здравоохранения;

- установлено, что наличие информационной базы является основным условием объективности при составлении официальных и общественных рейтингов.

*Методологическую базу* проведенной работы составляет системный подход к здравоохранению региона, без учета специфики ресурсов и технологических возможностей которого структурные преобразования и оптимизация сети невозможны.

Основным методологическим принципом выбрано требование *целостности оценки*, что включает опору на объективные и субъективные показатели, информацию с оптимальной детализацией, единство количественного и качественного анализа, следование программно-целевому и индикативному планированию и управлению.

***В исследовании применены методы:*** статистический, аналитический, экспертный, социологический, монографический, моделирования медицинской деятельности и прогнозирования на среднесрочную перспективу при разработке 3-х уровневой модели оказания медицинской помощи и схем маршрутизации пациентов, контент- и метаанализ, системный подход к региональному здравоохранению и комплексный подход к реализуемым ПНП «Здоровье», федеральным и республиканским программам.

***Личный вклад автора.*** Автором самостоятельно разработаны программа и план исследования, проведен сбор и обработка материалов с использованием современных статистических методов, осуществлен анализ и обобщение результатов исследования, разработаны практические рекомендации по оптимизации регионального здравоохранения.

### ***ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ***

1. Информационная база для индикативного планирования и выполнения программ и проектов в Республике Ингушетия.

2. Приоритеты и индикаторы развития регионального здравоохранения, целевые показатели, схемы планирования развития по 3-х уровневой модели медицинской помощи и маршрутизации пациентов.

3. Независимая оценка пациентами качества и доступности медицинских услуг, состояние и резервы улучшения стандартизованного исследовательского метода.

4. Результаты развития здравоохранения Республики Ингушетия по рейтинговым оценкам.

***Степень достоверности*** обусловлена качественной и количественной репрезентативностью информационных массивов, воспроизводимостью представленных результатов, статистической обработкой данных, проверкой

совпадений авторских результатов с результатами, представленными в независимых источниках по тематике в тех случаях, когда сравнение является обоснованным, применением для сравнения официальных (рождаемость, смертность - общая, младенческая, материнская) данных государственной и ведомственной (обеспеченность ресурсами в РФ, СКФО и РИ) статистики, высокой степенью актуализации исследовательского материала.

***Внедрение результатов исследования.*** Результаты исследования доложены и использованы для принятия управленческих решений в Правительстве РИ (акт о внедрении), по итогам коллегий и совещаний Министерства здравоохранения Республики Ингушетия (акт о внедрении), в оценке удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг по стандартным анкетам (итоги оценок пациентов рассмотрены коллективом Карабулакской городской больницы, акт о внедрении), применения анкет (акт о внедрении ИРКБ).

***Апробация результатов.*** Результаты доложены на всероссийских научно-практических конференциях в г.Москва и в г.Магас (октябрь 2014 г.) и обсуждены на межкафедральной конференции Российской медицинской академии последипломного образования (сентябрь 2014 г.).

Результаты исследования опубликованы в 6 статьях, 3 из которых в журналах из Перечня ВАК.

***Объем и структура работы.*** Диссертация изложена на 219 страницах машинописного текста, из них 22 страницы приложений. Состоит из введения, пяти глав: обзора литературы, методики исследования и трех исследовательских глав, заключения, в состав которого входят выводы и практические рекомендации. Работа иллюстрирована 54 таблицами и 37 рисунками, содержит 14 приложений. В список литературы включено 192 источника, в том числе 19 иностранных авторов.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

***Во введении*** обоснованы цель и решаемые задачи, научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, отражены методология и методы исследования, положения, выносимые на защиту, а также внедрение результатов исследования и их апробация.

*В первой главе* изучены современные научные подходы в оценке развития системы здравоохранения. Результаты анализа литературы привели к заключению, что для отражения и мониторинга развития здравоохранения на региональном уровне существуют, но не используются в широком диапазоне организационные технологии, индикативное планирование, включая экспертные и независимые оценки, статистические методы, системный и комплексный подходы.

*Во второй главе* представлена характеристика базы исследования и непосредственно методика работы.

Исследование проведено в Республике Ингушетия на базе региональной системы здравоохранения. В работе охвачен период 2009-2013 гг. Обеспечена высокая степень актуализации материала и углубленное изучение исследовательской и статистической информации по состоянию на 2013 г. Динамика также ориентирована на этот год, как последний в статистических обобщениях по ежегодному циклу. Исследование охватывало всю систему здравоохранения региона. При независимой оценке качества работы учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения, исследование было выборочным.

Схема исследования, проведенного в 5 этапов, представлена на рисунке 1.

Развитие системы здравоохранения на региональном уровне является сложным процессом, требующим научно-организационного обоснования и сопровождения. Как правило, эти действия остаются «в тени» и в качестве результатов представляются итоговые характеристики. В нашем исследовании сделан акцент на формировании научно-организационного подхода при индикативном планировании на примере одного из субъектов Российской Федерации - Республике Ингушетия. Для решения задач при достижении этой цели сделаны конкретные научно-организационные шаги.

Первоначально создана информационная база для целенаправленного развития сети, для планирования и выполнения федеральных и республиканских программ и проектов. Для этого использован традиционный для социально-гигиенического и медико-организационного исследования подход изучения состояния здоровья по медико-демографическим параметрам и заболеваемости населения РИ (*глава 3*).



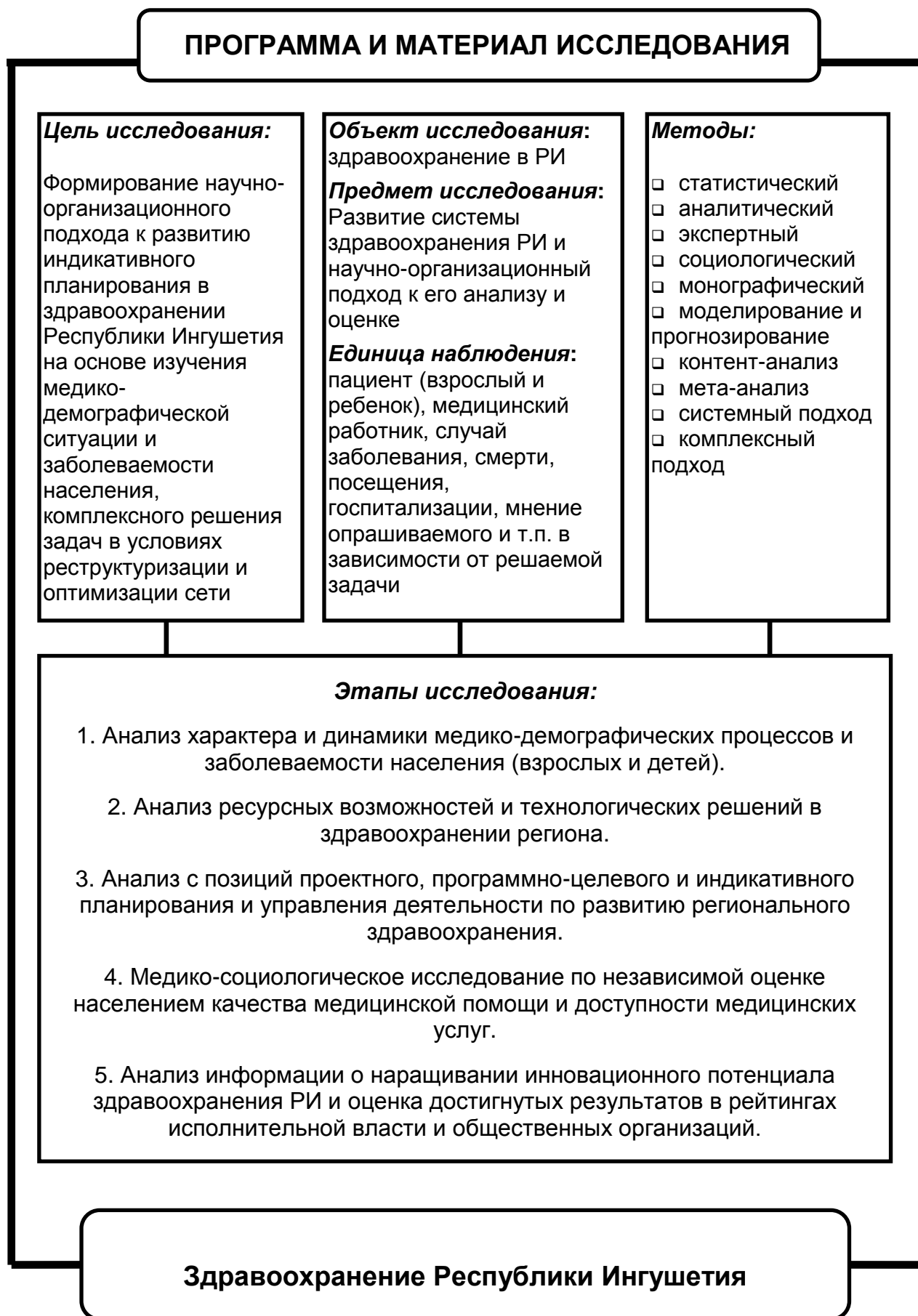


Рисунок 1. Схема исследования

Выбран 5-летний период наблюдения, что позволило в динамике оценить изменения, прошедшие за 2009-2013гг. с углубленной оценкой показателей в 2013г.

Установлено, что в РИ с населением 442225 человек свыше половины (58,5%) проживает в сельской местности, мужчин – 44,9%, детское население – 34,4%, лиц старше трудоспособного возраста – 9%. 93,5% жителей РИ – по национальности ингуши.

Республика в РФ занимает 1 место по ОПЖ в 2013г. – 78,84 лет и имеет самый высокий в стране уровень естественного прироста населения +16,8 (в РФ + 0,2), при рождаемости, увеличившейся с 2009г. к 2013г. с 18,3‰ до 20,3‰ (РФ – 13,3) и смертности, снизившейся за этот же 5-летний период с 3,7‰ до 3,5‰ (РФ – 13,1).

Структура смертности населения по классам МКБ-10 имеет общую с РФ картину, с несколько сниженным уровнем потерь по «управляемым» причинам. Также обращает на себя внимание превышение по группам «других болезней», в частности, внутри класса системы кровообращения в 1,4 раза уровень смертности выше, чем средний по РФ, тогда как по ИБС и цереброваскулярным болезням смертность ниже, чем в РФ, соответственно, в 11,9 и 14,7 раза. На наш взгляд, статистический учет по причинам смерти нуждается в усилении контроля. Тем более, что для РИ остается актуальным вопрос позднего обращения за свидетельством о смерти.

Детская смертность (ДС) в количественном выражении не влияет на картину общей смертности, но качественно определяет состояние здоровья и будущее нации. В 2013г. в РИ показатель ДС имел уровень 11,6 на 1000 родившихся живыми (1,1-1,2 на 10 тыс. детского населения). 74% смертей в ДС – младенческая смертность (МС).

МС – показатель международно сопоставительного значения, являющийся по сути интегральным индексом, отражающим социально-экономическую ситуацию в обществе. В РИ показатель МС чрезвычайно высокий – растущий с 2010г. и в 2013г. достигший уровня 14,8 на 1000 родившихся живыми (РФ – 8,2). Помимо особенностей менталитета женщин Северного Кавказа (наличие подворий, требующих от женщин высоких физических нагрузок, многократные

фактически ежегодные роды, неприятие абортов) отмечается в целом неготовность системы родовспоможения оказывать при необходимости специализированную медицинскую помощь. Основной причиной МС являются состояния в перинатальном периоде – 65%, четверть случаев – смерть новорожденных с ЭНМТ. Это свидетельствует о том, что без создания 3-его этапа многоуровневой системы родовспоможения, ситуация, вызванная проблемами новорожденных, требующих особого ухода, не разрешится. В РИ начато строительство перинатального центра, и к 2018г. завершится внедрение 3-х уровней системы родовспоможения.

Наряду с демографическими параметрами основой планирования мер по развитию системы здравоохранения является заболеваемость населения.

Изучение ее проведено по наиболее часто используемым в анализе общей и впервые зарегистрированной заболеваемости. Динамика первичной заболеваемости населения РИ за 2009-2013гг. характеризуется существенным ростом (с 69652,8 до 95140,7 на 100 тыс. населения). При отсутствии роста коэффициента смертности, а за 2011-2013гг. – его снижения, увеличение числа впервые регистрируемых заболеваний следует считать положительным фактом.

Для обеспечения трудно формируемой для исследовательских целей информационной базы по заболеваемости использовано несколько источников получения информации, дополнивших друг друга – государственной статистики (Росстат и Ингушетиястат) и ведомственной (Минздрав РФ и РИ, аналитические материалы Роспотребнадзора), а также материалов итоговых коллегий Минздравов РФ и РИ за 2013г.

Заболеваемость изучена среди всего населения, взрослых, детей и отдельно по репродуктивному здоровью женщин и новорожденных.

Определена типичная картина с преобладанием среди взрослого населения болезней системы кровообращения (20,8% в структуре в 2013г.), в целом у населения и детей - болезней органов дыхания (соответственно, 27,3% и 38,8%).

Обращает внимание тот факт, что при высоком уровне МС низка активность женщин при обращении за медицинской помощью. Из числа наблюдавшихся в медицинских организациях в 2013г. встали на учет по беременности до 12 недель

77,7% (2012 – 47,1, 2009 – 76,0). Процент нормальных родов в РИ в 2012г. – 35,9% (РФ – 38,2%).

При анализе заболеваемости детского населения установлено, что ее уровень составил в 2013г. 151522,2 на 100 тыс. детского населения с темпом роста 5,2% к 2012г. Данные заболеваемости детей дополнены комплексными медицинскими осмотрами с охватом 47,1% детей, 62,3% из которых прошли полную диспансеризацию. 21,2% детей с дополнительными выявленными хроническими заболеваниями взяты на диспансерный учет по 3-ьей группе здоровья. Уровень «накопленной заболеваемости» в 21,2% отличается, но несущественно от данных, полученных в исследовании, независимом от нашего: Т.М.Максимова (2008) обозначила «накопленную», выявленную при медицинских осмотрах заболеваемость у детей в 20%. Таким образом, 20-21% мы представляем как подтвержденный уровень увеличения (по результатам диспансеризации) числа детей, нуждающихся в медицинском наблюдении по данным учета заболеваемости, включая «накопленную» ее часть.

Углубленно среди детей изучено здоровье на 1-ом году жизни. Результатом наличия проблем – у матери и плода, а позже акушерских (свидетельство тому – 39,1% проблем со здоровьем у новорожденных связано с внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах) стал высокий уровень неонатальных заболеваний (на первой неделе жизни). По данным И.С.Цыбульской (2013) в среднем по РФ в 2005г. показатель заболеваемости в неонатальном периоде составил 544,5 на 1000 родившихся живыми. В РИ в 2013г. – 406,8.

Многokратно больше проблем выявляется в перинатальном периоде. Ранняя неонатальная смертность в 2013г. регистрировалась чаще в 61,8 раза и перинатальная смертность в 36,4 раза.

По каждой исследованной группе: население в целом / взрослые, включая репродуктивное здоровье женщин / дети / проведен анализ заболеваемости за 2011-2013гг. и углубленно за 2013г., с учетом снижения или роста по причинам, влияющим факторам, с акцентом на организационные, включая издержки статистического учета.

Так как к предмету исследования отнесено развитие здравоохранения РИ, исходное состояние сети и ее технологических возможностей включено в информационную основу проведенной работы (*глава 4*).

Анализ обеспеченности здравоохранения РИ по основным параметрам выявил значительное отставание региона от установленных нормативов и уровней, имеющих место в РФ и СКФО. Отмечается дефицит коечного фонда (2013г. обеспеченность 46,1 на 10 тыс. населения, что в 1,6 раза ниже, чем в среднем по СКФО и соответствует 83 месту в РФ). Койки работают интенсивно, превышая нормативы и план койко-дней. Для оптимизации работы начато внедрение стандартов лечения. Запланировано внедрение 14 стандартов в 11 медицинских организациях, внедрено 13 в 10 ЛПУ. Трудности связаны с отсутствием подготовленных специалистов и лицензий на осуществление специализированных видов медицинской помощи. Увеличилось число проведенных медицинских вмешательств. Здравоохранение РИ находится на стадии, когда уровень медицинской помощи улучшается при обновлении МТБ (к примеру, проведение эндоскопических операций в хирургических отделениях).

Оказание медицинской помощи во внебольничных условиях характеризует показатель амбулаторно-поликлинических посещений на 1 жителя в год (2013 – 6,5), что выше, чем в предшествующие годы. По объему посещений в смену – 134,9 РИ занимает последнее место в СКФО.

Доступность медицинской помощи для жителей отдаленных и горных районов обеспечивают передвижные мобильные комплексы. СЗТ востребованы слабо и в 2013г. всего работало 7 дневных стационаров в больницах и 78 в АПУ.

СМП наращивает объемы работы и с 01 января 2014г. переходит на работу за счет средств ОМС по принципу нормативно-подушевого финансирования.

В системе здравоохранения трудится 1634 врача и 3467 СМР. Соотношение 1:2,12 отражает кадровую пропорцию для выполнения профессиональных задач в ЛПУ республики. Показатель обеспеченности врачами в 2013г. – 36,9 на 10 тыс. населения, что на 2,5% выше 2012г. Обеспеченность СМР – 78,4, что ниже на 2%. В нормативе для выполнения к 2018г. «в целях оптимизации медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения», обеспеченность врачами предусмотрена в 31,5 на 10 тыс. населения. Сокращение

врачебного персонала хоть и за 5 лет, но на 14,6% требует переподготовки кадров для замещения новых участков работы, в первую очередь, укрепления ПМСП и развития 3-его этапа многоуровневой системы оказания медицинской помощи. Увеличение планируемого в «дорожной карте» соотношения врач/СМР = 1:2,8 к 2018г. диктует необходимость закрепления среднего медицинского персонала на квалифицированных участках медицинской деятельности.

Углубленный анализ работы службы родовспоможения и детства показал, что в сложных условиях низкой плотности населения в отдаленных районах, размещения объектов родовспоможения в условиях дефицита и рабочих площадей, отсутствия акушерских стационаров 3-его уровня, развернуто 380 коек акушерско-гинекологического профиля, из которых 230 коек для родовспоможения. Обеспеченность койками – 17,6 (РФ – 20,8). Темпы роста показателя родившихся больными (2013/2012 – 122,8%) и заболевших (2013/2012 – 123,4%) требуют пристального внимания к здоровью беременных женщин, рожениц и новорожденных.

В этих целях на уровне районных ЛПУ (ЦРБ) и на республиканском уровне (ЦОМД) организуются перинатальные консилиумы. Много делается для формирования диагностической базы, в 2013г. введена Детская консультативно-диагностическая поликлиника.

Педиатрическая сеть в основном сформирована на базе общей сети. Специализированный педиатрический коечный фонд размещен в ИРКБ. Обеспеченность специализированными койками педиатрического профиля по республике в 4,7 раза меньше, чем в РФ. На 2013 г. РИ является единственным субъектом РФ, где нет детской больницы. Обеспеченность педиатрическими кадрами на 10000 детского населения (0-17 лет) составила: участковыми 9,6, педиатрами 7,7.

В целом, анализ состояния сети, ее ресурсов и технологических возможностей свидетельствует о том, что сеть недостаточно ресурсообеспечена, достигается рост уровня медицинской помощи исключительно за счет оснащенности, и пока минимально – технологичности и инновационности. Позитивно то, что векторы развития системы здравоохранения можно обосновать

и сформулировать. При этом они строятся на общефедеральных установках, учете состояния региональной сети и специфических потребностей РИ.

По результатам анализа общей сети здравоохранения, службы родовспоможения и педиатрической службы, сделано заключение, что первоначально перед органами управления ставилась задача создать и укрепить систему оказания медицинской помощи населению в целом, и лишь на этой основе переходить к многоуровневой модели оказания медицинской помощи и схемам маршрутизации пациентов, научно обоснованным *в главе 5*.

Для развития системы здравоохранения первоначально, с опорными точками контроля (2011-2013-2018 гг.) стали разрабатываться и фиксироваться на картограммах перспективные схемы развития первичного звена (фельдшерские пункты, неотложная медицинская помощь, дневные стационары). Следующим шагом стало повышение эффективности оказания медицинской помощи по приоритетам, выделенным в ПНП «Здоровье» при его частичном «переформатировании» (сосудистая патология и последствия ДТП), а также приоритетам «Программы модернизации в РИ на 2011-2013гг.» (онкологический профиль, туберкулез). В работе представлены составленные с участием экспертов трехуровневая модель оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями и схемы маршрутизации по состоянию на 2011 и 2013 гг. и прогнозу на 2018 г. Личное участие автора в разработке трехуровневых моделей оказания медицинской помощи по приоритетным направлениям отражено в акте внедрения результатов исследования от Минздрава РИ (25.09.2014г.). Общей проблемной ситуацией для полноценного внедрения схем является дефицит и отсутствие Центров 3-его уровня, без которых 3-х уровневая система не может считаться завершенной, а схемы маршрутизации не начнут действовать в полном объеме.

Особо сделан акцент на развитии службы родовспоможения. С введением системы выхаживания новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ, особую актуальность приобрело развитие неонатологии, включая и службу неонатальной хирургии. Временно функции 3-его этапа выхаживания выполняет, с существенным превышением в работе нормативов нагрузки, ЦОМД. Но без введения перинатального центра, программ подготовки, переподготовки и повышения

квалификации кадров акушер-гинекологов, неонатологов, реаниматологов и других специалистов, ситуация по выхаживанию маловесных детей, снижению ранней неонатальной, перинатальной и младенческой смертности не разрешится. Потенциал решения этой проблемы заложен в специализированной и высокотехнологичной сфере, основная часть которой находится вне РИ. Ежегодно в среднем в федеральные клиники направляется более 2000 пациентов.

На рисунке 2 представлена 3-х уровневая модель родовспоможения в РИ, разработанная с учетом включения в систему перинатального центра. На рисунках 3 и 4 отражены схемы маршрутизации пациентов на 2013 г. и 2018 г. (прогноз).

В таблице 1 отражены целевые показатели младенческой смертности, которые по «дорожной карте» предстоит достичь системе здравоохранения РИ. Без внедрения современной модели родовспоможения это не осуществимо.

**Таблица 1**

**Изменение уровня индикатора «Младенческая смертность»  
по «дорожной карте» за 2013-2018гг.**

Субъект	Единица измерения	2013	2014	2015	2016	2017	2018
РИ	случаи на 1000 родившихся живыми	14,7 (14,79)	13,6	13,4	13,2	13,0	12,8
РФ		8,2	8,1	8,0	7,8	7,5	7,5

Следует отметить существенную роль в начатом инновационном развитии здравоохранения РИ индикативного планирования и управления, при котором не только выделяются приоритеты, но и обозначаются индикаторы для контроля.

По результатам выполнения «Программы модернизации в РИ на 2011-2013 гг.» практически по всем индикаторам в РИ снизились показатели. Исключение составила младенческая смертность, уровень которой, существенно выше показателя в РФ (2011г. – в 1,8 раз, 2012г. – в 1,5 раза, 2013г. – в 1,8 раз).

В индикативном планировании уделяется внимание выделению и поддержке регуляторов развития здравоохранения. В Программе модернизации ими определена материально-техническая база, информационные технологии и стандарты оказания медицинской помощи, внедрение которых сопряжено с финансовой поддержкой врачей-специалистов в АПУ. Результаты проверок, проведенных для контроля выполнения Программы в 2014 г. показали, что в



основном, объемы финансирования и сами работы выполнены, но есть недочеты, в том числе на уровне управления медицинскими организациями.

Следующим этапом индикативного управления стала реализация мероприятий по «дорожной карте», в которой регуляторы стали самостоятельными индикаторами развития здравоохранения, в первую очередь, по кадровой составляющей.

Полученные нами результаты в ходе научного анализа проблем развития системы здравоохранения РИ учтены при принятии управленческих решений на уровне Правительства республики и в системе здравоохранения, о чем получены акты о внедрении результатов и личном участии автора.

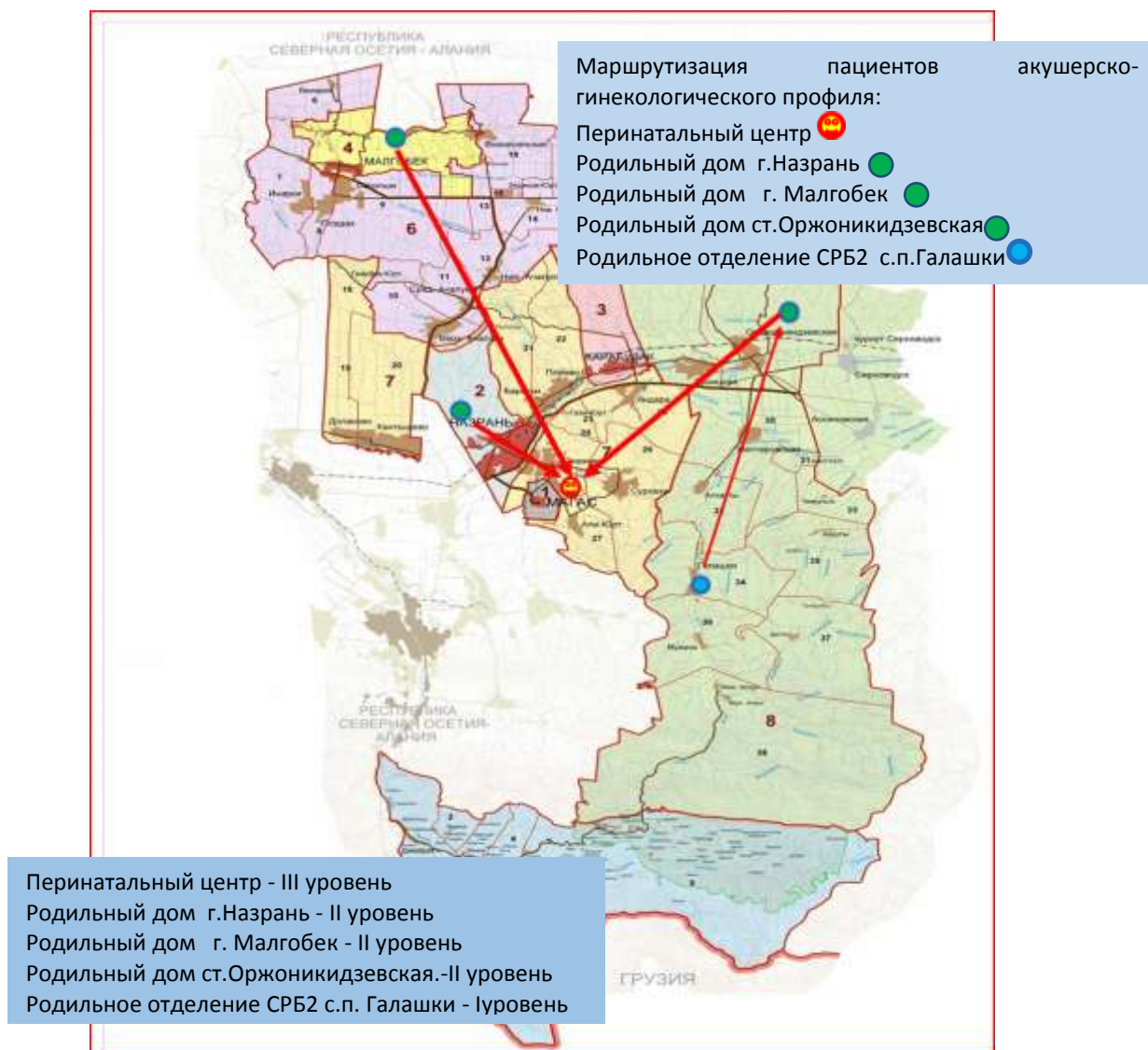
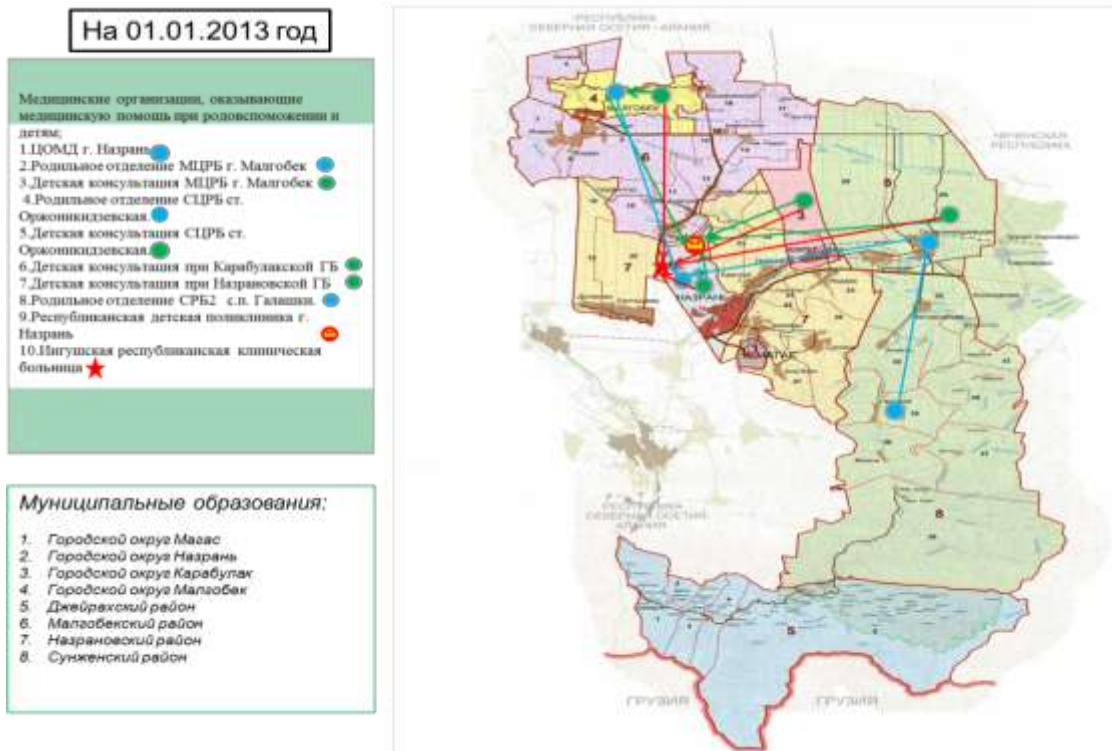
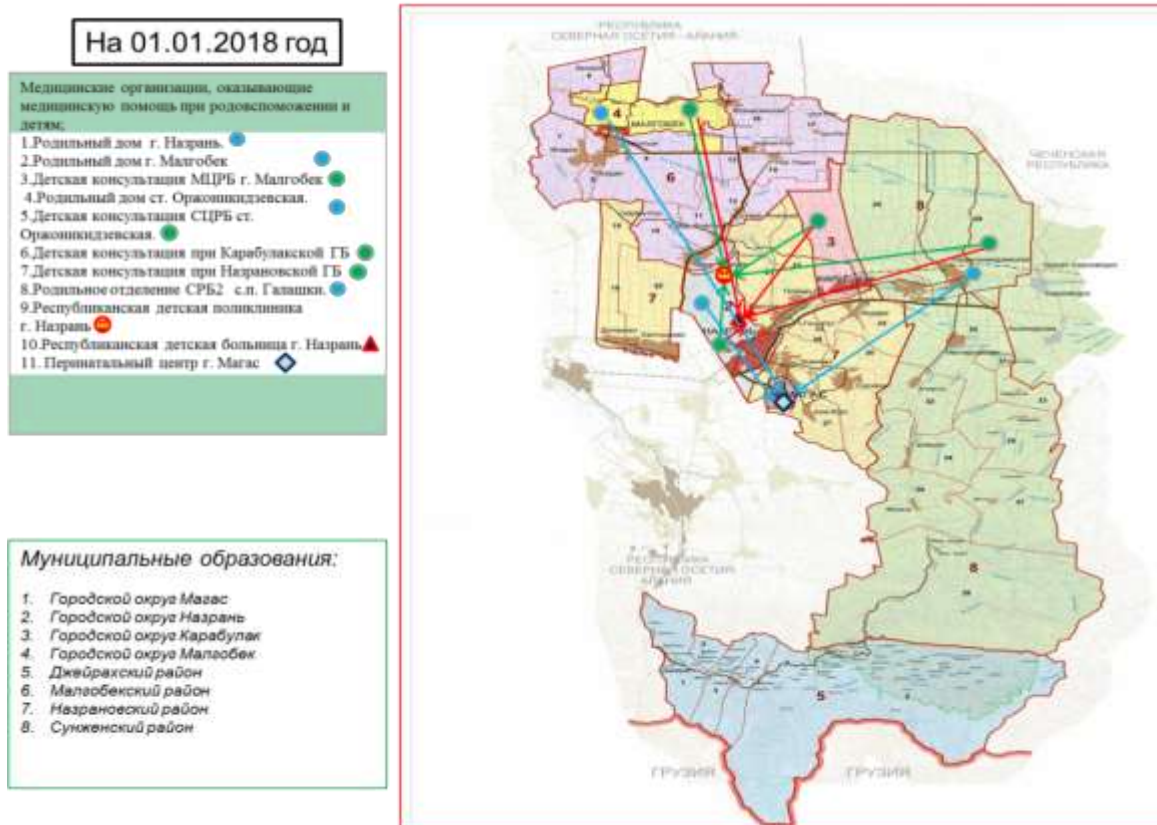


Рисунок 2. Трехуровневая модель родовспоможения в РИ



**Рисунок 3. Схема маршрутизации в системе родовспоможения и для детей (картограмма на 2013г)**



**Рисунок 4. Схема маршрутизации в системе родовспоможения и для детей (картограмма перспективная на 2018г.)**

Совершенствованием процесса развития здравоохранения РИ стало использование в оценке результатов не только официальных, статистических объективных материалов, но и мнений населения, пациентов, ранее называвшихся субъективными, ныне независимыми оценками.

Проведенное медико-социологическое исследование не столько было направлено на интерпретацию полученных результатов, сколько на проверку работоспособности предложенных Минздравом РФ стандартных анкет для оценки работы в амбулаторно-поликлинических условиях и в стационаре (Приказ Минздрава РФ от 31.10.2013г. №810а). Установлено, что анкеты являются чувствительным инструментом оценки количественно и качественно измеряемых параметров удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью, имеют оценочные критерии, сопряженные по характеру ответов с измеряемыми параметрами.

В целом, на основе проведенного анализа анкет по изучению удовлетворенности пациентов оказанной амбулаторной и стационарной помощью, мы смогли получить общую благоприятную картину организации лечебно-диагностического процесса в конкретной больнице.

Что касается самих анкет, по нашему мнению, они пока не позволяют выводить полученную информацию на уровень суждений, тем более официальных, учитываемых при принятии управленческих решений.

Подчеркнем, что для развития РИ, ее социально-экономической сферы и системы здравоохранения чрезвычайно важны рейтинговые оценки. Республика заняла 60 место из 83 субъектов РФ (2012 г. – 53) в рейтинге Минэкономразвития, представленном в «Докладе об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по итогам 2013 года с учетом динамики показателей за 3-х летний период» //Правительство РФ. [Электронный ресурс]. – М., 2014. – С. 65. – Режим доступа URL: <http://www.minregion.ru/uploads>. По объективным параметрам Республика Ингушетия по состоянию и динамике ОПЖ и коэффициента смертности заняла первые места и в целом включена в 20-ку лидеров, заняв в целом 17 ранговое место (2012 г. – 12). Для молодой республики, строящей свою социально-экономическую сферу и систему здравоохранения, это признание, причем внешнее, достигнутых результатов.

В общественном рейтинге Фонда развития гражданского общества (ФОРГО) рейтинг «социального самочувствия» вывел РИ на 53 место.

Для отражения состояния и развития индикативного планирования в здравоохранении РИ проведено самостоятельное исследование и в нем применен научно-организационный подход:

- для получения адекватной исследовательской информации изучена нормативно-правовая и организационно-управленческая документация, научные и статистические данные, применен сопоставительный анализ, обеспечены единство анализа и синтеза, опора на достаточную, но не избыточную, актуализированную информацию в разделах собственных исследований, обеспечена проверяемость и достоверность полученных результатов, при статистической обработке материала использованы количественные и качественные оценки, включая шкалы, баллы (веса), рейтинги, интегральные индексы;

- для оценки принимаемых решений, эффективности управления, включая планирование и прогнозирование исследованы программно-целевое и индикативное планирование с обозначенными приоритетами и обратной связью в системе здравоохранения, индикаторами его развития, регуляторами, целевыми показателями и опорными точками, объективными и независимыми оценками;

- для выбора организационных технологий развития здравоохранения в РИ изучены противоречия и закономерности в отрасли; формы оптимизации работы – 3-х уровневая модель организации медицинской помощи, схемы маршрутизации пациентов по профилям патологии, в службе родовспоможения и охраны здоровья женщин и детей, при внедрении передвижных форм работы и СЗТ, стандартов диагностики и лечения.

**В заключении** дано краткое описание проведенного исследования, сформулированы выводы, отражающие решаемые задачи, и даны практические рекомендации.

### **Выводы:**

1. Медико-демографическая ситуация в Республике Ингушетия по состоянию на 2013г. в целом отличается показателями на 1000 населения высокой рождаемостью – 20,3 (РФ – 13,3), низкой смертностью – 3,5 (РФ – 13,1), самой высокой в РФ ОПЖ –78,84 лет (РФ – 70,77). Вместе с тем, по младенческой

смертности, являющейся интегральным индексом социально-экономического благополучия в обществе, в РИ постоянно регистрируются высокие уровни - 14,8 на 1000 родившихся живыми в 2013г. (РФ – 8,2). Помимо субъективного, но доминирующего в РИ фактора национальных устоев, менталитета и отношения к женскому здоровью, выявлена неготовность системы здравоохранения сберечь репродуктивный потенциал. Высокие уровни ранней неонатальной смертности и перинатальных потерь объективно не снижаются ввиду отсутствия возможностей у службы ОЗМиД оказывать специализированную, тем более высокотехнологичную, медицинскую помощь.

2. Уровни впервые зарегистрированной заболеваемости имеют тенденцию к росту за 2009-2013гг. (с 69652,8 до 95140,7 на 100 тыс. населения), что отражает высокий уровень (среднее по РФ - 80030,3) и при снижающемся коэффициенте смертности положительно характеризует активность системы здравоохранения.

Заболеваемость взрослого и детского населения имеет традиционную структуру. Заболеваемость детей выросла на 21,2% по результатам медицинских осмотров. У новорожденных проблемы со здоровьем связаны с проблемами, накопившимися во время беременности женщины - в 39,1% случаев с внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах. Среди недоношенных младенцев в 2013г. ранняя неонатальная смертность в 61,8 раза и перинатальная в 36,4 раза регистрировалась чаще. При анализе заболеваемости населения/взрослых/детей выявлены погрешности статистического учета.

3. Сопоставительный анализ ресурсной обеспеченности сети за 2013г. показал ее существенное отставание по мощности коечного фонда – 46,1 на 10 тыс. населения (в 1,6 раза ниже, чем в среднем по СКФО и соответствует 83 месту в РФ) и превышение норматива нагрузки. По числу посещений в АПУ РИ заняла последнее место в СКФО (6,5 на 1 жителя в год). Обеспеченность врачами – 36,9 на 10 тыс. населения (РФ – 41,0).

4. В акушерско-гинекологической службе обеспеченность койками – 17,6 на 10 тыс. женщин фертильного возраста (РФ – 20,8). Темпы роста показателя родившихся больными (2013/2012 - 122,8%) и заболевших (2013/2012 - 123,4%) среди новорожденных характеризуют недостаточное внимание к здоровью беременных женщин, рожениц и новорожденных.

5. Достижимые эффекты от развития сети связаны практически полностью с ресурсным, но пока не технологическим совершенствованием и не оптимизацией сети. Отсутствует 3-х уровневая система оказания медицинской помощи, схемы маршрутизации пациентов по профилям патологии, в службе родовспоможения и у детей.

6. Система здравоохранения в РИ ориентирована на внедрение общеотраслевых новаций на республиканском уровне и учете республиканской специфики при составлении перспективных 3-х уровневых моделей оказания медицинской помощи по приоритетным потерям здоровья, родовспоможению и помощи детям с детальным картографированием до 2018г., составлением территориальных схем маршрутизации, имеющих в службе ОЗМиД индивидуальный подход.

7. На внедрение 3-х уровневой системы оказания медицинской помощи в РИ направлено индикативное планирование, определившее индикаторы и их «целевые показатели», финансирование по регуляторам приоритетов поддержки (МТБ, ИТ, стандарты, кадры), опорные точки оценки.

8. Стандартные анкеты, в базовом варианте разработанные Минздравом РФ, показали при их экспериментальном внедрении в амбулаторных и стационарных условиях свою работоспособность и широкую перспективу применения, но на настоящее время нецелесообразность использования обобщающей по ним информации как источника независимых оценок качества оказания медицинских услуг и для принятия управленческих решений.

9. Социально-экономическая сфера в РИ и ее система здравоохранения справедливо занимают ведущие места в официальных и общественных рейтингах, поскольку улучшается состояние здоровья населения, повышается ресурсообеспеченность сети и начато ее развитие по оптимизационному сценарию. Вместе с тем, высокий уровень младенческой смертности в регионе, напряженная работа коечного фонда и наличие проблем в кадровом обеспечении, отсутствие 3-х уровневой системы оказания медицинской помощи, определяют направления развития, фиксируемые при анализе, оценке и прогнозе ситуации.

Выявленные резервы роста и развития системы здравоохранения в РИ позволяют дать следующие *практические рекомендации*:

**для федерального уровня системы здравоохранения:**

- предусмотреть в статистическом учете единообразную меру отражения коэффициентов смертности на 100 тыс. соответствующего населения, что повышает точность показателей и их достоверность при сравнении с данными по причинам смертей и заболеваний;

- шире использовать информацию регионов в рейтингах и схемах оценок для отражения результатов их деятельности;

**для регионального уровня:**

- обеспечить контроль за статистическим учетом первичной заболеваемости населения в целях достижения достоверности результатов;

- обеспечить единообразие информации по индикаторам развития и цифрам, отражающим их показатели;

- контролировать по опорным точкам внедрение 3-х уровневой системы оказания медицинской помощи, стандартов диагностики и лечения, схем маршрутизации пациентов по профилям патологии, в службе родовспоможения и помощи детям;

- сделать акцент на 3-ьем уровне специализированной медицинской помощи, при реформах в здравоохранении, включая высокотехнологичную;

- при внедрении 3-ьей ступени 3-ьего уровня в системе родовспоможения тщательно мониторить показатели преждевременных родов, здоровье новорожденных с ЭНМТ и ОНМТ, недоношенных, а также уровни ранней неонатальной, перинатальной и младенческой смертности;

**для руководителей медицинских организаций:**

- уделять внимание информированию медицинского персонала о правилах экспертизы качества медицинской помощи и работы экспертных комиссий,

- при переподготовке и повышении квалификации кадров учитывать перспективы кадровой политики в регионе.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Сапралиева, Д.О. Естественное движение населения Республики Ингушетия, рождаемость и младенческая смертность /Д.О. Сапралиева //Рефлексия. – Назрань, 2011. - №3, май-июнь. – С. 17-21. 0,57 п.л. (авт. 0,57 п.л.).
2. Сапралиева, Д.О. Анализ медико-демографической ситуации Республики Ингушетия за 2005-2010гг. /Д.О. Сапралиева //Рефлексия. – Назрань, 2013. - №3-6, май-декабрь. – С. 42-45. 0,44 п.л. (авт. 0,44 п.л.).
3. Сапралиева, Д.О. Анализ состояния здравоохранения Республики Ингушетия и перспективы его развития / Д.О. Сапралиева // Рефлексия. – Назрань, 2013. - №3-6, май-декабрь. – С. 45-56. 1,45 п.л. (авт. 1,45 п.л.).
4. Арапханова, М.Я. Медико-организационные проблемы охраны материнства и детства в Республике Ингушетия /М.Я. Арапханова, Д.О. Сапралиева, О.А. Яндиев //Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – Т. 58. - №5. – С. 8-12. 0,61 п.л. (авт. 0,49 п.л.).
5. Кудрина, В.Г. Современный уровень инновационного развития последиplomного медицинского образования и его перспективы /В.Г. Кудрина, Т.В. Андреева, Д.О. Сапралиева //Общественное здоровье и здравоохранение. – 2014. - №3. – С. 50-54. 0,58 п.л. (авт. 0,17 п.л.).
6. Арапханова, М.Я. Организационные аспекты развития здравоохранения Республики Ингушетия в условиях реформ /М.Я. Арапханова, Д.О. Сапралиева, Р.А. Костоева //Журнал «Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии». – 2014. – №2. – С. 15-23. 0,38 п.л. (авт. 0,27 п.л.).

## СОКРАЩЕНИЯ И УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

АПУ	амбулаторно-поликлиническое учреждение
ДС	детская смертность
ДТП	дорожно-транспортное происшествие
ИБС	ишемическая болезнь сердца
ИРКБ	Ингушская республиканская клиническая больница
ИТ	информационные технологии
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
МС	младенческая смертность
МТБ	материально-техническая база
ОЗМиД	охрана здоровья матери и детей
ОНМТ	очень низкая масса тела
ОПЖ	ожидаемая продолжительность жизни при рождении
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПНП	приоритетный национальный проект
РИ	Республика Ингушетия
РФ	Российская Федерация
СЗТ	стационарозамещающие технологии
СКФО	Северо-Кавказский федеральный округ
СМР	средний медицинский работник
ФЦП	федеральная целевая программа
ЦОМД	Центр охраны здоровья матерей и детей
ЭНМТ	экстремально низкая масса тела