

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 614.2:008(470.66)

Арапханова М.Я.¹, Сапралиева Д.О.², Костоева Р.А.³

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ИНГУШЕТИЯ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМ

¹Министерство здравоохранения Республики Ингушетия, 386101, г. Назрань; ²Ингушский государственный университет, 386140, г. Назрань; ³ГБУ «Медицинский информационно-аналитический центр» Министерства здравоохранения Республики Ингушетия, 386101, г. Назрань

На основании изучения аналитических и отчетных материалов Министерства здравоохранения Республики Ингушетия и систематизации ресурсных и технологических возможностей региона проведены анализ и оценка функционирования системы здравоохранения, выявлены узкие места в обеспечении населения медицинской помощью и определены актуальные задачи по развитию ведомства. Проведенный анализ и оценка позволили сформулировать конкретные задачи и пути их решения в рамках мер по оптимизации здравоохранения и сформировать нормативно-распорядительную основу для совершенствования управления и развития здравоохранения в Республике Ингушетия.

Ключевые слова: рейтинг Минэкономразвития России по регионам страны; здравоохранение в Республике Ингушетия; модернизация здравоохранения; программы и проекты в отрасли; «дорожная карта» для Республики Ингушетия, нормативно-распорядительная основа развития здравоохранения в регионе.

Для цитирования: Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015; 18(1): 37–43.

ORGANIZATIONAL ASPECTS OF HEALTH DEVELOPMENT IN THE REPUBLIC OF INGUSHETIA IN THE CONDITIONS OF REFORMS

Arapkhanova M.Ya.¹, Sapralieva D.O.², Kostoeva R.A.³

¹Ministry of Health Republic of Ingushetia, 386101, Nazran, Russian Federation; ²Ingushsky State University, 386140, Nazran, Russian Federation; ³Medical Information and Analytical Center Health Ministry of the Republic of Ingushetia, 386101, Nazran, Russian Federation

On the basis of analytical and reporting materials of the Ministry of Health of the Republic of Ingushetia and organizing resource and technological capacity of the region analysis and evaluation of health system performance, identifying bottlenecks in the provision of medical care and urgent tasks identified for the development of the department. Analysis and assessment allowed to formulate specific objectives and ways of their solution in the framework of measures to optimize the health and form a regulatory and administrative framework to improve the management and development of health care in the Republic of Ingushetia.

Key words: rate Ministry of Economic Development to the regions; health care in the Republic of Ingushetia; the modernization of health programs and projects in the industry; «road map» for the Republic of Ingushetia; regulatory and administrative basis for the development of health in the region.

Citation: Mediko-sotsyal'naya ekspertiza i rehabilitatsiya. 2015; 18(1): 37–43. (In Russ.)

Correspondence to: Dzeynap Sapralieva – MD; e-mail: sdo62@inbox.ru.

Received 26.06.14

Здоровье и здравоохранение – важнейшие компоненты социально-экономической системы государства, влияющие на все стороны его деятельности [1, 2]. Охрана общественного здоровья является одной из приоритетных задач социальной политики государства, в особенности в период проведения значимых структурных реформ, структурного осмысления систем здравоохранения, как определены времена перемен Всемирной организацией здравоохранения [27].

В настоящее время здоровье населения определя-

ется как основа национальной безопасности страны. Понятие здоровья как состояния и формы жизнедеятельности человека, которые обеспечивают ему физиологически обусловленную продолжительность жизни, достаточную удовлетворенность состоянием своего организма и приемлемую социальную дееспособность, предполагает ответственность общества, государства и самого человека, формирование, поддержание и коррекцию индивидуального здоровья и здоровья окружающих [4, 5].

Причинами, формирующими недостаточную динамику в показателях здоровья Республики Ингушетия (РИ), являются [6]:

– низкая мотивация населения на соблюдение здорового образа жизни;

– высокая распространенность поведенческих

Для корреспонденции:

Сапралиева Дзейнап Османовна – ст. преподаватель каф. факультетской терапии медицинского факультета; 386140, Республика Ингушетия, г. Назрань, ул. Муталиева, д.37, e-mail: sdo62@inbox.ru.

факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, употребление наркотиков, недостаточная двигательная активность, нерациональное несбалансированное питание и ожирение);

– высокая распространенность биологических факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение);

– несвоевременное обращение за медицинской помощью и минимальная ответственность пациентов за свое здоровье;

– низкая профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения, направленная на своевременное выявление заболеваний, патологических состояний и факторов риска, их обуславливающих.

Все эти «издержки» являются составляющими менталитета населения республики и создают огромные трудности при проведении реформ в здравоохранении.

Республика Ингушетия (РИ) как самостоятельная республика в составе Российской Федерации образована 4 июня 1992 г. РИ входит в состав Северо-Кавказского федерального округа. РИ расположена на северном склоне Большого Кавказского хребта и на параллельных ему малых хребтах – Терском, Сунженском и Скалистом. Протяженность с севера на юг составляет 120 км, с запада на восток – 50 км. РИ граничит с Республикой Северная Осетия-Алания, Чеченской Республикой, Ставропольским краем и Грузией. Территория Республики 3,6 тыс. км². Территорию пересекают железнодорожная магистраль Ростов-на-Дону–Беслан–Назрань–Грозный и федеральная автомобильная трасса М 29.

После распада Чечено-Ингушской Республики РИ создавалась в неравных стартовых условиях с другими регионами, на базе трех районов, бывших аграрной периферией Чечено-Ингушской АССР, не имеющих своей инфраструктуры. Специфика региона заключалась также в том, что на этапе становления он являлся приграничным с двумя зонами военных конфликтов: Северной Осетией (1992 г.) и Чечней (с 1995). К настоящему времени население республики увеличилось в 2,5 раза в результате притока мигрантов из двух республик: Северной Осетии и Чечни, что обусловило крайне высокую плотность населения – свыше 600 человек/км². Это также максимальный для России показатель, сопоставимый с самыми плотно заселенными странами мира. Вместе с тем плотность расселения неравномерна. Почти 3/4 населения проживает в Сунженской долине, которая составляет всего 10% от площади республики.

Всего в республике насчитывается 4 муниципальных района, 4 городских округа и 37 сельских поселений. По оценке Росстата [7], численность постоянного населения РИ на 01.01.14 составила около 453 тыс. человек. Свыше половины населения проживает в сельской местности и лишь 42,5% – в городах. Мужчин – 44,7% населения, женщин – 55,3%. В общей структуре детское население составляет 34,9%.

Согласно данным Всероссийской переписи населения, проведенной в 2010 г., большинство в РИ составляют ингуши – 93,5%. Второй по численности эт-

Динамика рейтинговых показателей работы органов власти

Республика Ингушетия	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Комплексная оценка	40	71	12
По уровню показателей	31	67	50
По динамике показателей	47	64	3

нической группой являются чеченцы (4,6%) и третьей – русские (0,8%) с наименьшим в Российской Федерации представительством русского населения.

Основным макроэкономическим показателем, характеризующим состояние экономики республики, выступает валовой региональный продукт (ВРП). Его уровень, к сожалению, самый низкий в стране – составляет 15% от среднероссийского. Вместе с тем следует подчеркнуть, что по темпам роста как по общему объему, так и на душу населения ВРП растет существенными темпами (за 4 года 2008–2011 гг. соответственно на 26% до 24 079,5 млн руб. и на 21,3% до 57 тыс. руб.), в 2012 г. до 32 569,4 млн руб. и 74,6 тыс. руб. и в 2013 г. до 41 690,7 млн руб. и 93,1 тыс. руб., что на 28% и на 24,8% больше, чем в 2012 г. Динамика показателей отражает опережающий рост ВРП по сравнению с ростом численности населения.

Положительные сдвиги позволили РИ по итогам 2012 г., согласно опубликованному Минрегионразвития России рейтингу эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации [8, 9], занять 12-е место среди 83 регионов, в том числе 50-е место по динамике и 3-е по уровню показателей (см. таблицу). В 2010 г. по результатам комплексной оценки эффективности работы своих органов исполнительной власти регион занимал 40-е место, в 2011 г. – 71-е.

По итогам работы за 2012 г. РИ, войдя в список 20 самых успешных, по рейтингу Минэкономразвития России, регионов и заняв 12-е место, получила грант в размере 252 млн руб., который был направлен на решение социальных задач.

Высокие позиции РИ к 2013 г. занимала по сводным индексам следующих показателей, включенных в критерии оценки органов исполнительной власти на уровне субъекта Федерации [8]:

«реальные располагаемые денежные доходы населения, в проценте от предыдущего года» – 12-е место, в том числе 1-е место по динамике (реальные располагаемые денежные доходы населения за 3 года выросли на 39,6%, что заметно выше среднероссийского роста (на 11,1%) (примечание: при этом их уровень, как уже отмечено, один из самых низких по стране);

«инвестиции в основной капитал, за исключением бюджетных средств на одного жителя» – 13-е место, в том числе 5-е место по динамике (частные инвестиции за 3 года выросли в 3 раза (по России – в 1,6 раза), при этом их уровень составил лишь 11,2 тыс. руб. на одного жителя – самый низкий по стране уровень);

«ожидаемая продолжительность жизни при рождении (ОПЖ)» – 1-е места, в том числе 1-е места как по уровню, так и по динамике (ОПЖ при рождении за 3 года выросла больше, чем по России, – на 3,7 и 1,5 года соответственно, составив 77,8 года, что значительно выше среднероссийского уровня);

«смертность населения, без смертности от внешних причин» – 1-е место, в том числе 1-е места как по уровню, так и по динамике (показатель за 3 года снизился на 18,8%, составив 329,3 случая на 100 тыс. человек, что в 3,6 раза ниже среднероссийского уровня).

Таким образом, по сводному индексу показателя «ожидаемая продолжительность жизни при рождении» и показателя «смертность населения (без показателя смертности от внешних причин)», которые являются комбинацией (термин из Доклада [8]) динамики и уровня значения показателя за трехлетний период, РИ заняла 1-е место, возглавив список из 20 лучших регионов-лидеров.

Несмотря на высокие фактически «административные» оценки, мнения населения о деятельности органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации позволили региону выйти лишь 53-е место (значение по данному показателю за 3 года снизилось на 11,7 подпункта, составив 32,4%, что ниже среднероссийского уровня (36,4%). При этом следует отметить, что регион имеет одно из худших значений по стране по удовлетворенности населения медицинской помощью – 26,4% (81-е место).

В связи с этим представляется актуальным для РИ организовать мониторинг общественного мнения о качестве оказываемой медицинской помощи на единой методической основе, которая определена приказом Минздрава России от 31 октября 2013 г. № 810а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» [10].

Явно не способствуют положительному настрою граждан республики имеющиеся место социальные проблемы: слаборазвитая экономическая сфера; самые высокие в России показатели бедности, по данным Росстата; самая высокая в стране безработица – 47,7%, особенно среди молодежи, из-за быстрого роста численности трудоспособного населения при минимальном предложении рабочих мест; отсутствие крупных городов и слабая развитость всех видов социальной инфраструктуры; низкий охват обучением детей и молодежи; социальная нестабильность. По уровню дотационности (более 80% доходов бюджета все последние годы, а на этапе становления – более 90%) РИ уступает только Чечне и Усть-Ордынскому Бурятскому АО. В экономике республики занято лишь 17% населения трудоспособного возраста (по РФ 74%). По данным Всероссийской переписи населения 2010 г., уровень безработицы составил в РИ 49,7% (по РФ 7,5%).

Важным индикатором настроения в обществе являются система здравоохранения и возможности получения качественной и безопасной медицинской помощи [11]. В развитие здравоохранения республики существенный вклад внесла последовательная

реализация приоритетных направлений региональной политики в сфере здравоохранения. Реализация федеральных и республиканских целевых программ, национального проекта «Здоровье», программы модернизации здравоохранения позволили обеспечить положительную тенденцию развития здравоохранения республики.

Анализ обеспеченности здравоохранения РИ по основным параметрам выявляет значительное отставание республики от установленных нормативов и аналогичных показателей, сложившихся в субъектах СКФО и РФ. Несмотря на проведенные мероприятия в рамках региональных и федеральных программ, в РИ недостаточно эффективно реализованы мероприятия по построению модели трехуровневой системы оказания медицинской помощи, в связи с тем что в республике существует острый дефицит рабочих площадей для размещения лечебных учреждений как стационарного, так и амбулаторного профиля и для взрослого, и для детского населения.

По обеспеченности стационарными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями здравоохранения республика является аутсайдером не только в СКФО, но и в целом по РФ, о чем свидетельствуют данные ведомственной и региональной статистики. Отмечается колоссальный дефицит коечного фонда. Всего по состоянию на 2013 г. в РИ функционирует 2089 коек – 46,1 на 10 тыс. населения, что в 1,6 раза ниже, чем в среднем по СКФО, и соответствует 83-му месту в РФ. Особого внимания заслуживает состояние акушерско-гинекологической помощи. Ее состояние наряду с социально-экономическими диспропорциями в республике обуславливают высокий уровень младенческой смертности, который в 2013 г. составил 11,7 на 1000 живорожденных (РФ – 8,2) и к 2020 г., по прогнозным оценкам еще больше, почти в 2 раза, превысит среднероссийский – 12,4 против 6,4 [12]. Обеспеченность койками на 10 тыс. женщин фертильного возраста – 16,7 (по РФ – 21,1), в том числе для беременных и рожениц – 12,0 и патологии беременности – 4,7 (в РФ соответственно 11,0 и 10,1). Уровень обеспеченности койками патологии беременности в РИ в 1,7 раза меньше, чем по РФ (РФ – 47,8%). Показатель обеспеченности койками на 10 тыс. детского населения – 36,0, что в 2 раза ниже среднероссийского показателя (по РФ – 66,7).

Коек патологии новорожденных и недоношенных детей в РИ – 32, что составляет 53% от потребности. Обеспеченность койками патологии новорожденных и недоношенных детей составляет 36,1 на 10 тыс. детей 1-го года жизни (по РФ – 67,3), в 2 раза ниже, чем в среднем по России. Острый дефицит коек данного профиля при высокой рождаемости, а также заболеваемости новорожденных, существенно превышает показатели заболеваемости новорожденных по РФ по ряду нозологических форм, не позволяет оказывать медицинскую помощь всем нуждающимся в долечивании и выхаживании в отделениях II этапа выхаживания. Отсутствие детской больницы со специализированными койками и со своей параклинической службой также не позволяет на должном уровне оказывать высококвалифицированную, специализированную помощь детям и приводит к ежегодному

возрастанию потока больных детей на иногороднее лечение.

В рамках Программы модернизации здравоохранения РИ было запланировано внедрение 14 стандартов медицинской помощи в 11 ЛПУ [13]. К 2014 г. внедрено 13 стандартов медицинской помощи (92,9%) в 10 ЛПУ (90,9%). Пока не во всех ЛПУ региона есть лицензии на осуществление специализированной медицинской помощи по всем внедряемым стандартам. Постановлением Правительства РИ от 25 июня 2012 г. № 163 установлено, что стандарт считается выполненным при соблюдении длительности госпитализации не менее 80% от установленной средней длительности в соответствии со стандартами и выполнении не менее 70% медицинских услуг, установленных в соответствии со стандартами, с частотой предоставления 1, без учета кратности их предоставления при должном исходе заболевания. Данные объемы еще не обеспечиваются.

Оказание медицинской помощи во внебольничных условиях имеет свою специфику и существенные резервы роста. Показатель амбулаторно-поликлинических посещений на одного жителя в год по РИ составил за 2013 г. 6,5, что недостаточно, но выше, чем в предшествующий 2012 г. (соответственно 6,1). В 2013 г. население обратилось за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические организации почти в 3 млн случаях, что на 9,9% больше по сравнению с 2012 г. Объем посещений в смену 134,9, что в 1,2 раза ниже показателя и соответствует последнему месту по СКФО. В этой ситуации снижается и число посещений на дому – на 1,3% по сравнению с предшествующим годом, составив 226 890 случаев.

В сложившейся ситуации недостаточных объемов по основным видам медицинской помощи – стационарной и амбулаторно-поликлинической – особого внимания заслуживает определение ключевых точек контроля здоровья и обеспечение по ним диспансеризации. С июня 2013 г., согласно разработанному в регионе графику, проводится диспансеризация с еженедельным мониторингом – 71 724 человек (100%). Распределение по группам здоровья: I группа – 31 290 человек, II группа – 20 259 человек, III группа – 14 979 человек. С 1 января 2014 г. диспансеризацию прошли 10 380 человек. Из них: I группа – 3071; II группа – 3790, III группа – 3519 человек; участники ВОВ – 139 человек. В рамках диспансеризации детей и сирот, а также детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, осмотрено и пролечено 1225 детей. Проведена диспансеризация 2035 (100% из числа подлежащих) детей-сирот и детей, оставшихся без родителей. Ежемесячно проводятся мониторинги реализации мероприятий по диспансерному наблюдению детей первого года жизни, неонатальный скрининг, проводится универсальный аудиологический скрининг новорожденных. В 2013 г. охват новорожденных аудиологическим и неонатальным скринингом составил 96%, в I квартале 2014 года – 97,6%. Профилактическими медосмотрами охвачено 65% несовершеннолетних. В конце июля на баланс Республиканской поликлиники поступил передвижной мобильный комплекс, использование которого нацелено на сокращение сроков и обеспечение организованного проведения диспансе-

ризации в отдаленных районах. Перспективы работы передвижных комплексов для диспансеризации на итоговой коллегии в 2014 г. особо выделила министр здравоохранения России В.И. Скворцова, определив их общее число по Российской Федерации – 204 [14].

Не компенсирует дефицита оказываемой помощи работа по стационарзамещающим технологиям. Для оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров установлен норматив в 0,070 пациентодня, что в 9 раз ниже федерального норматива – 0,63, в том числе в рамках территориальной программы ОМС – 0,070 пациентодня, что в 7,4 раза ниже федерального (0,52) [15]. Примечательно, что развертывание коек в больничных учреждениях повлекло за собой снижение их числа в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Система оказания скорой медицинской помощи (СМП) представлена в ГКУЗ «Республиканская станция скорой медицинской помощи», а также подразделениями СМП в составе центральных районных больниц. К сожалению, оставляют желать лучшего темпы выполнения графика по реализации мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения в части укрепления материально-технической базы, мероприятий по оснащению санитарного транспорта медицинских организаций бортовой аппаратурой спутниковой навигации ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS на базе многофункциональных приемных устройств и оборудования дежурно-диспетчерских служб станций (отделений) СМП.

Все виды медицинской помощи оказываются в условиях дефицита медицинских кадров: в расчете на 10 тыс. населения в 2013 г. обеспеченность врачами составила 36,9, средним медперсоналом (СМП) – 76,5. Соотношение врач/СМП – 1:2 отражает кадровую пропорцию для выполнения профессиональных задач в ЛПУ региона, которая характерна и для Российской Федерации в целом – 1:2,2 [12]. Профессиональная переподготовка кадров в РИ позволила укрепить первичное звено и достичь числа участковых терапевтов – 121, участковых педиатров – 117, при этом все еще не решая проблему врачей общей практики, которых в РИ практически нет (всего 3). Сложившаяся ситуация со всей очевидностью свидетельствует о том, что на текущий момент в здравоохранении региона первоочередными являются задачи, связанные с планированием кадровых и взаимосвязанно с ними материальных и финансовых ресурсов, их рациональным и эффективным использованием с учетом узких мест и негативных тенденций в региональном здравоохранении.

Необходимо разработать стратегическую модель реструктуризации организации оказания медицинской помощи в РИ по трехуровневой системе. Основной целью реализации стратегической модели является повышение эффективности работы системы здравоохранения, направленное на удовлетворение потребности населения в доступной и качественной медицинской помощи при оптимальном использовании отраслевых ресурсов:

– приоритетное развитие первичного звена здравоохранения (офисы врачей общей практики, центры здоровья), усиление профилактической направленно-

сти их деятельности и координирующей роли в системе медицинской помощи;

- повышение эффективности использования врачебных бригад СМП в качестве бригад интенсивной терапии и при необходимости узкоспециализированных бригад;

- оптимизация объемов стационарной помощи за счет сокращения необоснованных госпитализаций, интенсификации лечебно-диагностического процесса, дифференциации коечного фонда по степени интенсивности оказания стационарной помощи, развития стационарзамещающих технологий (дневные стационары, стационары одного дня, стационары на дому);

- повышение доступности и качества медицинской помощи путем реализации мероприятий, направленных на совершенствование организационной системы оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи, в том числе сельскому населению;

- совершенствование оказания медицинской помощи при социально значимых заболеваниях, в том числе больным с болезнями системы кровообращения, туберкулезом, онкологическими, эндокринными и некоторыми другими заболеваниями;

- формирование системы паллиативной медицинской помощи, в том числе и детям, с учетом отсутствия данного профиля медицинской помощи в республике;

- внедрение в практику инновационных методов лечения, развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение медицинских организаций на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;

- развитие медицинской реабилитации в стационарных и амбулаторных условиях, в условиях санаторно-курортных учреждений;

- рост эффективности использования ресурсов здравоохранения во всех звеньях системы здравоохранения, при экономии средств повышения ресурсоемкости каждого случая лечения и улучшения качества медицинской помощи.

Заключение

Структурные преобразования системы здравоохранения РИ должны осуществляться на основе формирования трехуровневой модели оказания медицинской помощи, где не менее 40–45% от общего объема будет оказываться в «шаговой доступности» от места жительства – в сельских амбулаториях, на ФАПах, в поликлиниках, районных стационарах. На сегодня недостаточно эффективно реализованы мероприятия по построению этой модели, в связи с тем что в РИ существует острый дефицит рабочих площадей для размещения лечебных учреждений стационарного и амбулаторного профиля и коечного фонда как для взрослого, так и для детского населения.

Для приведения в соответствие рекомендуемой модели трехуровневой системы оказания медицинской помощи в РИ, необходимо в ближайшем будущем запланировать строительство ФАПов, сельских врачебных амбулаторий, специализированных межмуниципальных центров, которые будут оснащены современным лечебно-диагностическим оборудованием, где

будут сконцентрированы высококвалифицированные кадровые ресурсы, необходимо строительство и введение в строй региональных медицинских центров, где будет оказываться плановая специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 14 января 2008 г. № 10 «О федеральной целевой программе «Юг России (2008–2013 годы)»» РИ определена участником данной государственной программы [16]. Логическим продолжением программы стала федеральная целевая программа (ФЦП) «Юг России (2014 – 2020 годы)»», утвержденная постановлением Правительства РФ от 26 декабря 2013 г. № 1297 [17].

Межсекторальные взаимодействия в решении приоритетных социально-экономических задач РИ определены постановлением Правительства РФ от 24 декабря 2009 г. № 1987 «Об утверждении федеральной целевой программы «Социально-экономическое развитие Республики Ингушетия на 2010–2016 годы»» [10].

И наконец, утвержден комплекс республиканских программ для реализации непосредственно в отрасли здравоохранения. Принятые в республике целевые программы, в основном являются дополнением к федеральным целевым программам. ФЦП «Социально-значимые заболевания в РФ» решениями Правительства РИ переформатированы в ряд республиканских программ, обеспечивших основу модернизации в здравоохранении региона [19–26]:

- постановление Правительства Республики Ингушетия от 28 апреля 2009 г. № 137 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Артериальная гипертония» (2009–2012 годы)»;

- постановление Правительства Республики Ингушетия от 28 апреля 2009 г. № 138 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Сахарный диабет» (2009–2011 годы)»;

- постановление Правительства Республики Ингушетия от 7 июля 2010 г. № 218 «Об утверждении Республиканской целевой программы «О мерах по развитию донорства крови и ее компонентов на 2010–2012 годы»»;

- постановление Правительства Республики Ингушетия от 21 марта 2012 г. № 69 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Онкология» на 2012 год»;

- постановление Правительства Республики Ингушетия от 21 марта 2012 г. № 70 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Вакцинопрофилактика» на 2012 год»;

- постановление Правительства Республики Ингушетия от 21 марта 2012 г. № 71 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями, вызываемыми вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)» на 2012 год»;

- постановление Правительства Республики Ингушетия от 21 марта 2012 г. № 72 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Туберкулез» на 2012 год»;

- постановление Правительства Республики Ин-

гущетия от 21 марта 2012 г. № 73 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Инфекции, передаваемые половым путем» на 2012 год».

Реализация указанных республиканских целевых программ на территории региона направлена на достижение положительных результатов – улучшение выявляемости заболеваний на ранних стадиях развития, снижение заболеваемости населения и младенческой смертности.

Со всей очевидностью стало необходимым расширение приоритетов в здравоохранении, ориентированных не только на лечение больных и реабилитацию инвалидов, но и на формирование здорового образа жизни, направленного на профилактику болезней.

В управлении региональным здравоохранением сделан акцент на интенсивные модели развития и на современные экономические методы, обеспечивающие структурную и функциональную эффективность [18]. Все это потребовало системного пересмотра подходов к организации медицинской помощи населению Республики Ингушетия, определению стратегии развития отрасли на долгосрочную перспективу с полноценным ресурсным обеспечением, в связи с чем были разработаны Дорожная карта и Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Ингушетия до 2020 года» [6, 27]. Целью Дорожной карты «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Республике Ингушетия» является повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности ЛПУ и их работников. Здравоохранению республики в обозримой перспективе предстоит целенаправленная последовательная работа, чтобы в качестве результирующего оценочного показателя достичь наивысшего в стране показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении на уровне 79,6 года [12].

ЛИТЕРАТУРА

1. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ). *Собрание законодательства РФ*. 2009. № 4. ст. 445.
2. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» *Федеральный закон РФ от 21.11.13 г. № 323-ФЗ*. М.; 2013.
3. <http://euro.who.int/en/health>. Информация от 28 марта 2014 г. (дата обращения 2 апреля 2014 г.).
4. *Концепция развития здравоохранения до 2020 года*. URL: <http://www.minzdravsoc.ru> (дата обращения 28.10.2013).
5. Улумбекова Г.Э. *Здравоохранение России. Что делать: научное обоснование стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
6. *Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Ингушетия до 2020 года»*. <http://sudrf.kodeks.ru/document/460125363>.
7. *База данных Росстата*. URL: [Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики](http://www.gks.ru). <http://www.gks.ru> (дата обращения 28.10.2013).
8. *Доклад Минэкономразвития России «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по итогам 2012 года»*. –URL: <http://minregion.ru/uploads/attachment/c9ae11ac-3433-...> (дата обращения 12 февраля 2014 г.).
9. *Указ Президента России от 21.08.2012 г. № 1199 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации»*. М.; 2012.
10. *Приказ Минздрава России от 31.10.2013 г. № 810 а «Об организации работы по формированию независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения»*. М.; 2013.
11. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. *Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи*. М.: «Медицина», 2002.
12. *Постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 294 «Об утверждении государственной программы «Развитие здравоохранения»»*. М.; 2014.
13. *Постановление Правительства Республики Ингушетия от 31.03.2011 № 111 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Модернизация здравоохранения Республики Ингушетия на 2011–2012 годы»*. Магас; 2011.
14. *Итоговая коллегия МЗ РФ 24 апреля 2014 г. Выступление Скворцовой В.И.* Электронный ресурс <http://www.ns-consulting.ru/node/96>. (дата обращения 13.05.2014).
15. О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2013 год: *Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 782. Собрание законодательства РФ*. 2012. № 41 ст. 5239.
16. *Постановление Правительства Российской Федерации от 14.01.2008 № 10 «О федеральной целевой программе «Юг России (2008–2013 годы)»*. М.; 2008.
17. *Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.12.2013 г. № 1297 «О федеральной целевой программе «Юг России (2014–2020 годы)»*. М.; 2013.
18. *Постановление Правительства РФ от 24.12.2009 № 1987 «Об утверждении федеральной целевой программы «Социально-экономическое развитие Республики Ингушетия на 2010–2016 гг.»* М.; 2009.
19. *Постановление Правительства Республики Ингушетия от 28.04.2009 № 137 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Артериальная гипертензия (2009–2012 годы)»*. Магас; 2009.
20. *Постановление Правительства Республики Ингушетия от 28.04.2009 № 138 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Сахарный диабет (2009–2011 годы)»*. Магас; 2009.
21. *Постановление Правительства Республики Ингушетия от 07.07.2010 № 218 «Об утверждении Республиканской целевой программы «О мерах по развитию донорства крови и ее компонентов на 2010–2012 годы»*. Магас; 2010.
22. *Постановление Правительства Республики Ингушетия от 21.03.2012 № 69 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Онкология» на 2012 год»*. Магас; 2012.
23. *Постановление Правительства Республики Ингушетия от 21.03.2012 № 70 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Вакцинопрофилактика» на 2012 год»*. Магас; 2012.
24. *Постановление Правительства Республики Ингушетия от 21.03.2012 № 71 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями, вызываемыми вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекцией)» на 2012 год»*. Магас; 2012.
25. *Постановление Правительства Республики Ингушетия от 21.03.2012 № 72 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Туберкулез» на 2012 год»*. Магас; 2012.
26. *Постановление Правительства Республики Ингушетия от 21.03.2012 № 73 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Инфекции, передаваемые половым путем» на 2012 год»*. Магас; 2012.

27. *Распоряжение Правительства Республики Ингушетия от 26.02.2013 г. № 128-р «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Республике Ингушетия».* Магас; 2013.

REFERENCES

1. The Constitution of the Russian Federation. Adopted at the Referendum on 12 December 1993 (with Amendments Made by the Laws of the Russian Federation on Amendments to the Constitution of the Russian Federation dated 30.12.2008 № 6-FKZ, from 30.12.2008 № 7-FKZ). *Sobranie zakonodatel'stva RF.* 2009; 4: st. 445. (in Russian)
2. *About The Fundamentals of Health Protection of Citizens in the Russian Federation. Federal Law of Russian Federation from 21.11.13, N 323-FZ.* Moscow; 2013. (in Russian)
3. <http://euro.who.int/en/health>. Information on March 28, 2014. (date of access 02.04. 2014).
4. *The Concept of Healthcare Development until 2020.* URL: Official website of the Ministry of Health of the Russian Federation. <http://www.minzdravsoc.ru> (date of access 28.10.2013).
5. Ulumbekova G. E. Health Care in Russia. What to Do: Scientific Rationale for the Strategy of Development of Health of the Russian Federation until 2020. Moscow: «GEOTAR-Media», 2010.
6. *The State Program «Development of Health of the Republic of Ingushetia until 2020».* <http://sudrf.kodeks.ru/document/460125363> (in Russian)
7. *Database of Rosstat.* URL: Official Website of the Federal Service of State Statistics. <http://www.gks.ru> (date of access 28.10.2013).
8. *The Report of the Ministry of Economic Development of Russia «On the Assessment of Efficiency of Activity of Executive Authorities of Subjects of the Russian Federation at the End of 2012.* URL: <http://minregion.ru/uploads/attachment/c9ae11ac-3433-...> (date of access 12.02. 2014). (in Russian)
9. *The decree of the President of Russia dated 21.08.2012, N 1199 «Estimation of Efficiency of Activity of Executive Authorities of Subjects of the Russian Federation».* Moscow; 2012. (in Russian)
10. *Order of the Ministry of Russia dated 31.10.2013, N 810 a «On Organization of Work on the Formation of an Independent System of Evaluation of the Quality of Public (Municipal) Institutions Providing Services in the Field of Health».* Moscow; 2013. (in Russian)
11. Shchepin O. P., Starodubov V.I., Lindenbraten A. L., Galanova G. I. *Methodological Framework and Mechanisms to Ensure the Quality of Medical Care. [Metodologicheskie osnovy i mekhanizmy obespecheniya kachestva meditsinskoy pomoshchi].* Moscow: «Meditsina»; 2002. (in Russian)
12. *Resolution of the Government of the Russian Federation from 15.04.2014, N 294 «On Approval of the State Program «Development of Health Care».* Moscow; 2014. (in Russian)
13. *Resolution of the Government of the Republic of Ingushetia from 31.03.2011 № 111 «On Approval of the Republican Target Program «Modernization of health of the Republic of Ingushetia in 2011–2012 years».* Magas; 2011.
14. *The Final Board of the RF Ministry of Health on April 24, 2014. Speech Skvortsova V.I. Century.* And. Electronic resource <http://www.ns-consulting.ru/node/96>. (date of access 13.05.2014). (in Russian)
15. About the program of state guarantees to citizens of the Russian Federation of free medical care in 2013: the government of the Russian Federation dated October 04, 2012 N 782. *Sobranie zakonodatel'stva RF.* 2012; 41: st. 5239. (in Russian)
16. *Resolution of the Government of the Russian Federation dated 14.01.2008 N 10 «On the Federal Target Program «South of Russia (2008–2013)».* Moscow; 2008. (in Russian)
17. *The government of the Russian Federation dated 26.12.2013, N 1297 «On the Federal Target Program «South of Russia (2014–2020)».* Moscow; 2013. (in Russian)
18. *Regulation of the RF Government Dated 24.12.2009 N 1987 «On Approval of the Federal Target Program «Social and Economic Development of the Republic of Ingushetia for 2010–2016 years».* Moscow; 2009. (in Russian)
19. *Resolution of the Government of the Republic of Ingushetia from 28.04.2009 N 137 «On approval of the Republican Target Program «Hypertension (2009–2012)».* Magas; 2009. (in Russian)
20. *Resolution of the Government of the Republic of Ingushetia from 28.04.2009 N 138 «On approval of the Republican Target Program «Diabetes (2009–2011)».* Magas; 2009. (in Russian)
21. *Resolution of the Government of the Republic of Ingushetia from 07.07.2010 N 218 «On Approval of The Republican Target Program «About Measures on Development of Donor Blood and its Components for 2010–2012».* Magas; 2010. (in Russian)
22. *Resolution of the Government of the Republic of Ingushetia from 21.03.2012 N 69 «On Approval of the Republican Target Program «Oncology» in 2012».* Magas; 2012. (in Russian)
23. *Resolution of the Government of the Republic of Ingushetia from 21.03.2012 N 70 «On Approval of the Republican Target Program «Prevention» in 2012».* Magas; 2012. (in Russian)
24. *Resolution of the Government of the Republic of Ingushetia from 21.03.2012 N 71 «On Approval of the Republican Target Program «Prevention and Control of Diseases Caused by Human Immunodeficiency Virus (HIV)» 2012».* Magas; 2012. (in Russian)
25. *Resolution of the Government of the Republic of Ingushetia from 21.03.2012 N 72 «On Approval of the Republican Target Programme «Tuberculosis» for 2012».* Magas; 2012; (in Russian)
26. *Resolution of the Government of the Republic of Ingushetia from 21.03.2012 N 73 «On Approval of the Republican Target Program «Sexually Transmitted Infections» in 2012».* Magas; 2012. (in Russian)
27. *The Order of the Government of the Republic of Ingushetia from 26.02.2013, N 128-R «Changes in the Social Sectors, Aimed at Improving the Efficiency of Health Care in the Republic of Ingushetia».* Magas, 2013. (in Russian)

Поступила 26.06.14