

На правах рукописи

**СКЛЯР
Михаил Семенович**

**СТРАТЕГИЧЕСКОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ В РЕОРГАНИЗАЦИИ
СЛУЖБЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

14.00.33 – Общественное здоровье и здравоохранение

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук**

Москва – 2008

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (ЦНИИОИЗ Росздрава) и ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, г. Екатеринбург

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. РАМН Солодкий Владимир Алексеевич

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор
Цыбульская Инна Сергеевна
Доктор медицинских наук, профессор,
Шарапова Ольга Викторовна
Доктор медицинских наук, профессор,
Фролова Ольга Григорьевна

Ведущая организация: Московская медицинская академия им.
И.М.Сеченова

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2008 г. в 10 часов на заседании специализированного совета Д 208.110.01 при ФГУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ ЦНИИ организации и информатизации Росздрава по адресу: Москва, ул. Добролюбова, 11

Автореферат разослан «_____» _____ 2008 г.

Ученый секретарь диссертационного Совета

кандидат медицинских наук

Е.И. Сошников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Неблагоприятная демографическая ситуация, сложившаяся в России в результате социально-экономических преобразований в 90-х годах, естественная убыль населения и негативные тенденции в состоянии общественного здоровья определяют особую социальную и политическую значимость проблемы сохранения человеческого потенциала страны и накладывают особую ответственность на здравоохранение (Б.Т. Величковский, 2001; В.И. Стародубов, 2003; Н.М. Римашевская, 2004; Л.Л. Рыбаковский, 2005).

Приоритетность службы охраны здоровья матери и ребенка среди остальных социальных и экономических программ России стала очевидной в 90-х годах прошлого века, когда было официально констатировано катастрофическое снижение численности населения (на 3,5 млн. человек за период 1992-2000 гг., по данным В.И. Стародубова с соавт., 2003) вследствие снижения рождаемости при наличии сверхвысокого уровня смертности. Провозглашенная новая идеология в оценке здоровья женщины-матери как носительницы генофонда, определяющей здоровье нации в целом и здоровье последующих поколений (О.В. Шарапова, И.С. Цыбульская, 2000), явилась основой для создания концепции приоритетного развития службы охраны материнства и детства, призванной сохранить репродуктивный, трудовой и оборонный потенциал страны на перспективу.

Реформирование службы охраны здоровья матери и ребенка было начато еще в 80-х годах XX века в связи с высоким уровнем репродуктивных потерь в России и ухудшением здоровья беременных женщин и рождающегося потомства. Стратегическим направлением развития службы родовспоможения в России в тот период было создание трехуровневой региональной системы учреждений родовспоможения во главе с перинатальным центром, осуществляющим квалифицированную акушерскую и неонатальную помощь пациентам высокого риска (А.А. Баранов, Ю.И. Барашнев, 1990; В.И. Кулаков с соавт., 1998; О.Г. Фролова с соавт., О.В. Шарапова, 2002). При этом за основу реформирования службы принята концепция перинатального риска, согласно которой уровень стационара для госпитализации и родоразрешения женщин определялся степенью тяжести патологии матери и плода. Однако многочисленные исследования в различных регионах России (О.В. Шарапова, 1998; Г.В. Кагирова, 1998; Л.Д. Коптева, 2001; Э.А. Эдиева, 2003) свидетельствуют о том, что существующая

система оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным в регионах, в силу ряда объективных причин, недостаточно эффективна и нуждается в реформировании. Необходимость совершенствования службы родовспоможения определяется сохраняющимися низкими показателями здоровья рожаящих женщин и рождающегося потомства, а также высоким уровнем репродуктивных потерь с устойчивым ростом в структуре перинатальной смертности доношенных детей (Л.П. Суханова, 2006).

При этом ограниченное финансирование службы родовспоможения, не имеющей возможности широкого использования платных услуг на популяционном уровне (в силу особой социальной значимости службы), диктует необходимость оптимизировать именно организационные технологии, которые обеспечивают наиболее рациональное распределение ресурсов, координацию служб и учреждений родовспоможения и определяют экономическую эффективность и результативность системы охраны материнства и детства (О.Г. Фролова с соавт., 2002).

В современных условиях возросшая социальная неоднородность российского общества и высокая дифференциация населения по уровню доходов и экономическим условиям жизни, большая доля бедного населения в стране диктуют необходимость принятия действенных мер по обеспечению реальных гарантий бесплатной медицинской помощи (В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, 2000). Это касается, прежде всего, сферы родовспоможения, где разработка эффективных мер по выравниванию условий для различных контингентов населения и смягчению неблагоприятного влияния на здоровье матери и потомства усугубляющихся процессов социальной и имущественной дифференциации является необходимым условием успешного демографического развития страны. В то же время одной из важнейших сложностей в управлении системой охраны материнства и детства является неопределенность в вопросах допустимости платных услуг в родовспоможении, учитывая высокую социальную значимость этой сферы; к настоящему моменту эти проблемы также не решены ни на федеральном, ни на региональном уровне, во всяком случае, убедительных публикаций и научных исследований, посвященных вопросам управления в сфере родовспоможения, в настоящее время нет.

Следовательно, с одной стороны, назрела жизненная необходимость оптимизации службы родовспоможения для обеспечения будущего нации и выхода страны из демографического кризиса; с другой стороны, современные воз-

возможности создания на качественно иных принципах более совершенных моделей реорганизации службы с использованием нового метода стратегического планирования позволяют обеспечить эффективное функционирование системы с учетом ее региональных особенностей и возможностей. Одной из наиболее эффективных технологий решения этой задачи является стратегическое планирование, представляющее собой особый вид управленческой деятельности, состоящий в разработке решений, предусматривающих выдвижение целей и стратегий поведения объектов управления, реализация которых обеспечивает их эффективное функционирование в долгосрочной перспективе, быструю адаптацию к меняющимся условиям среды.

Особенностью процесса реформирования российского здравоохранения в современных условиях является децентрализация управления и возрастание роли региональных структур (Н.Н. Ваганов, 1997; О.В. Шарапова, 1998). Надо отметить, что многолетние традиции Свердловской области, характеризовавшиеся пионерскими исследованиями по оптимизации работы родильных домов еще в советский период, в том числе: впервые в стране разработанная система совместного пребывания матери и новорожденного (Р.А. Малышева, 1985), создание регионального перинатального центра как основы модели управляемой медицинской помощи в системе охраны здоровья матери и ребенка (Г.А. Черданцева, 2000), разработка новых форм организации постреанимационной реабилитации новорожденных, перенесших критическое состояние (Е.К. Ширяева с соавт., 1997) и др., - создают предпосылки к тому, чтобы именно в Свердловской области была создана региональная программа совершенствования службы охраны здоровья матери и ребенка на основе современного метода стратегического планирования.

Настоящая работа посвящена проблеме улучшения репродуктивных показателей в регионе путем снижения материнской и детской заболеваемости и смертности, улучшения здоровья женщин и детей путем совершенствования организации и повышения эффективности деятельности службы родовспоможения и педиатрической помощи на новом методологическом уровне на основе принципа стратегического планирования управлением служб.

Необходимость данного научного исследования вызвана качественным изменением условий деятельности учреждений здравоохранения и возрастанием роли управления в сфере родовспоможения в связи с переходом на новые экономические принципы хозяйствования.

Цель исследования: теоретическое обоснование и разработка принципов реорганизации службы охраны материнства и детства в современных социально-экономических условиях на основе метода стратегического планирования.

Задачи:

1. Оценить репродуктивно-демографическую ситуацию и выявить закономерности процесса воспроизводства населения в Свердловской области в сравнении с Российской Федерацией в течение 90-х годов XX века; определить динамику и прогноз состояния здоровья беременных женщин, рожениц, новорожденных и детей, а также репродуктивных потерь (на основании данных официальной государственной статистики).

2. Провести комплексную оценку состояния и эффективности службы охраны здоровья матери и ребенка в Свердловской области, ее ресурсное обеспечение и организацию управления здравоохранением в сфере охраны материнства и детства; оценить качество медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и новорожденным на основании сравнительного анализа статистических показателей в регионе и в стране в целом.

3. На основе метода стратегического планирования разработать научно обоснованную концепцию и организационные принципы реформирования службы охраны здоровья матери и ребенка; создать целевую стратегическую программу «Мать и дитя» и внедрить ее положения в практическое здравоохранение Свердловской области.

4. Оценить медико-социальную и экономическую эффективность внедрения стратегической Программы «Мать и дитя» с точки зрения показателей здоровья женщин и детей, репродуктивных потерь, а также состояния службы охраны материнства и детства.

5. Выявить резервы дальнейшего совершенствования системы оказания медицинской помощи женщинам и детям в Свердловской области и выработать предложения по улучшению репродуктивной ситуации и оптимизации процесса воспроизводства здорового потомства в регионе.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- на основании комплексного медико-статистического анализа репродуктивно-демографических показателей и параметров здоровья беременных, рожениц и новорожденных дана развернутая характеристика процесса воспроизводства населения, структуры заболеваемости и причин смерти изучаемых контингентов в Свердловской области в сравнении с показателями по

Российской Федерации в течение периода социально-экономических преобразований в стране;

- установлены основные факторы, определяющие уровень и структуру заболеваемости и смертности беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных;

- определены прогнозные показатели основных индикаторов здоровья беременных, рожениц и новорожденных, уровня репродуктивных потерь, а также параметров, характеризующих эффективность службы охраны материнства и детства в современных социально-экономических условиях;

- разработана новая методология обоснования приоритетных высокоэффективных направлений снижения акушерской и перинатальной патологии на основе методов многомерного статистического анализа и математического моделирования, что позволило научно обосновать приоритетные направления в области организации родовспоможения в регионе;

- научно обоснована, разработана и внедрена на уровне крупного субъекта Российской Федерации стратегическая целевая программа «Мать и дитя» как механизм оптимизации системы оказания акушерской и перинатальной помощи, позволившая повысить качество медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и новорожденным и эффективность деятельности службы родовспоможения в области;

- разработана методика расчета объемов медицинской помощи и реальной финансовой потребности региональной службы родовспоможения; разработан и внедрен механизм обеспечения гарантированной бесплатной медицинской помощи надлежащего качества женщинам в период беременности, родов, а также новорожденным детям;

- разработаны территориальные отраслевые стандарты диагностики и фармакотерапии беременных, рожениц и новорожденных для стационарного этапа и на их основе определены тарифы, реально компенсирующие потребности службы родовспоможения, с определением фактической стоимости случая госпитализации женщин различных клинических групп;

- разработана и внедрена на региональном уровне модернизированная система мониторинга показателей здоровья беременных женщин, оценки качества оказания медицинской помощи при беременности, в родах и послеродовом периоде;

- разработан алгоритм экспертного контроля качества медицинской помощи в женских консультациях и родильных домах;
- научно обоснована и разработана система межведомственного взаимодействия, как основа системного подхода к оптимизации службы охраны материнства и детства в условиях разграничения властных полномочий по уровням управления здравоохранением;
- на основе системного подхода и методологии стратегического планирования и управления разработана и внедрена на уровне крупного субъекта Российской Федерации новая модель организации медицинской помощи женщинам при беременности, в родах и послеродовом периоде, а также новорожденным; и доказана ее эффективность.

Научно-практическая значимость и внедрение результатов работы:

На федеральном уровне:

- Результаты диссертационного исследования легли в основу Методического письма № 10-5/904. – Министерства здравоохранения РФ, 2004 «Оценка экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений и их структурных подразделений».

На региональном уровне:

- Результаты исследования внедрены в деятельность учреждений здравоохранения Свердловской области – родильные дома, женские консультации и неонатальные отделения детских больниц.

По результатам исследования были разработаны нормативно-правовые документы по внедрению губернаторской программы «Мать и дитя» в медицинских учреждениях Свердловской области:

- Приказ ТФОМС №67 от 19.04.2000г. «Проведение эксперимента по целевой программе «Мать и дитя»;
- Приказ МЗ и ТФОМС Свердловской области № 300-п/150 от 2.07.2001г. «О расширении эксперимента по реформированию амбулаторно-поликлинической службы женской консультации ЦГКБ № 1 г. Екатеринбурга»;
- Приказ ТФОМС №115 от 9.06.2001г. «О порядке внедрения Губернаторской программы «Мать и дитя» в медицинских учреждениях Свердловской области»;
- 4-х сторонний договор о реализации Губернаторской программы гарантий бесплатной медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным «Мать и дитя» в медицинских учреждениях Свердловской области;

- Приказ МЗ и ТФОМС Свердловской области №386-п/179 от 24.07.2000г. «О реализации Губернаторской программы "Мать и дитя"»;
- Приказ ТФОМС № 124 от 20.06.2000г. «Об организации и особенностях медико-страховой экспертизы в рамках областной Губернаторской программы «Мать и дитя»;
- Приказ МЗ и ТФОМС Свердловской области № 523-п/271 от 30.11.2001г. «О включении в реализацию Губернаторской программы «Мать и дитя» высокотехнологичных и дорогостоящих методов обследования для беременных «групп риска»;
- Приказ МЗ и ТФОМС Свердловской области № 410-п/193 от 30.07.02г. «О включении в Губернаторскую программу медицинских учреждений Свердловской области, оказывающих медицинскую помощь по специальности «патология новорожденных»;
- Приказ МЗ и ТФОМС Свердловской области № 85-п/37 от 17.02.03г. «О внедрении лекарственной помощи для неонатальных отделений»;
- Приказ МЗ и ТФОМС Свердловской области № 527-п/190 от 6.08.03г. «О медицинской помощи, осуществляемой в женских консультациях и гинекологических кабинетах поликлиник, и порядке ее предоставления в рамках программы «Мать и дитя»;
- Приказ ТФОМС № 319 от 25.12.03г. «О дополнительных мерах по обеспечению экспертного контроля за реализацией Губернаторской программы «Мать и дитя»;
- Приказ МЗ и ТФОМС Свердловской области №148-п/51 от 27.02.2004 «Об организации социологического мониторинга в медицинских учреждениях Свердловской области».

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертации доложены на:

- XXI Международном конгрессе «Технологии XXI века в гинекологии», Москва, 2008 г.
- Республиканских научно-практических конференциях ЦНИИОИЗ МЗ РФ «Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения», 2002 г.; «Проблемы территориального здравоохранения», 2004 г., 2005 г., 2006 г.;
- Всероссийском совещании «Развитие сельского здравоохранения», Саратов, 2004 г.;

- VII Российском Форуме «Мать и Дитя», Москва, 2005 г.;
- Всероссийской научно-практической конференции "Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения", Москва, 2006 г.

Материалы диссертации доложены и обсуждены на апробационном Совете ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» 14 апреля 2008 г.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 29 печатных работ, из них 4 монографии, 9 публикаций в журналах, включенных в «Перечень периодических изданий», рекомендуемых ВАК РФ.

Личный вклад автора. Автором самостоятельно разработана программа исследования и составлен план комплексного изучения медико-демографической ситуации и здоровья изучаемых контингентов (беременных, рожениц и детей, включая новорожденных), организации медицинской помощи в регионе, а также экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений родовспоможения и детства и их структурных подразделений; проведен аналитический обзор литературы и нормативных документов по вопросам здоровья населения, а также проблеме финансового обеспечения и стратегического планирования в здравоохранении.

Автором в соавторстве с сотрудниками Министерства здравоохранения Свердловской области и ТФОМС разработана и с 2000 г. внедрена стратегическая целевая Программа «Мать и дитя» и в последующем изучена ее эффективность (медико-социальная и экономическая). В процессе реализации мероприятий Программы автором лично внесены соответствующие коррективы, в частности, касающиеся дополнительного включения в Программу неонатальных отделений детских больниц.

Автор лично участвовал в разработке анкет для пациентов и медицинского персонала – для изучения мнения респондентов об эффективности Программы, с последующим анализом результатов анкетирования (2133 анкеты пациента и 2134 анкеты медицинского работника). Лично автором проанализированы полученные результаты внедрения Программы, разработаны практические предложения для оптимизации службы родовспоможения в регионе. Результаты исследования изложены в печатных изданиях.

Основные положения, выносимые на защиту

- Метод стратегического планирования как перспективный метод в системе управления здравоохранением, позволяющий обеспечить повышение эффективности функционирования службы родовспоможения в долгосрочной перспективе и улучшение показателей здоровья женщин и детей.
- Комплексный анализ демографических тенденций и состояния общественного здоровья является основой для прогнозирования репродуктивного процесса, разработки эффективных методов управления здоровьем населения и повышения качества человеческого потенциала региона.
- Основой преодоления демографического кризиса в регионе является укрепление здоровья женского населения репродуктивного возраста и рождающегося потомства путем повышения качества акушерской помощи и эффективности службы родовспоможения на основе внедрения современных методов управления отраслью.
- Ведущим принципом реформирования здравоохранения в целом и службы охраны материнства и детства в частности является повышение его структурной эффективности, развитие экономических методов управления отраслью и лечебно-профилактическими учреждениями, что обеспечивает наиболее рациональное использование имеющегося потенциала службы и финансовых средств.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной методике и организации исследования, 4-х глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложений. Текст диссертации изложен на 333 страницах машинописного текста, содержит 65 таблиц и 50 рисунков. Библиографический указатель включает 302 источника литературы (220 отечественных и 82 иностранных).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснована актуальность темы, сформулированы цель и задачи, определены научная новизна и научно-практическая значимость, представлены основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Первая глава «Современные тенденции развития системы организации медицинской помощи в сфере материнства и детства (обзор литературы)» состоит из трех подразделов: 1. Охрана материнства и детства как фактор демографического развития региона; 2. Репродуктивные потери как критерий

качества родовспоможения; 3. Стратегическое планирование как основа организации службы здравоохранения в современных условиях.

В обзоре представлены данные литературы о современных тенденциях в состоянии здоровья беременных и осложнениях в процессе родов, о динамике репродуктивных потерь и заболеваемости детского населения. Проанализированы данные авторов об особенностях организации существующей медицинской помощи женщинам и детям в стране, в том числе ее недостатки. Обоснованы необходимость реорганизации службы с учетом современных тенденций развития, прежде всего коммерциализации здравоохранения, тезис о том, что уровень общественного здоровья и репродуктивно-демографическая ситуация в значительной степени определяется здоровьем рождающегося потомства. Это определяет основной вектор усилий, которые должны предпринять региональные органы власти в плане оптимизации службы родовспоможения для улучшения общественного здоровья. Показано, что основой оптимизации медико-демографической ситуации является укрепление здоровья женского населения и рождающегося потомства путем повышения качества акушерской помощи и эффективности службы родовспоможения на основе внедрения современных методов управления отраслью. Изложены современные представления о методе стратегического планирования как перспективном методе в системе управления здравоохранением, позволяющем обеспечить эффективное функционирование здравоохранения в долгосрочной перспективе и улучшение показателей здоровья населения.

Во второй главе «Методика, программа и организация исследования. Характеристика базы исследования» последовательно изложены программа и организация диссертационного исследования по этапам его выполнения, источники информации, объемы исследований, а также раскрыты методология и методы выполнения отдельных этапов и решения конкретных задач работы, в том числе, используемый математический аппарат; представлены сведения о Свердловской области как базовой территории, где выполнено данное исследование.

Статистический мониторинг показателей акушерской и перинатальной патологии, а также индикаторов деятельности лечебно-профилактических учреждений в регионе проводился в сравнении с показателями по России в целом, что позволило выявить особенности здоровья и организации медицинской помощи женщинам и детям в Свердловской области. При этом динамический

анализ изучаемых параметров (материнской, младенческой и перинатальной смертности, заболеваемости беременных женщин, патологии рожениц и родильниц, заболеваемости детей, в том числе новорожденных) проводился в течение двух временных периодов: в 1990-1999 гг. и 2000-2006 гг. (до и после начала реализации целевой стратегической Программы «Мать и дитя»).

С целью обоснования необходимости реорганизации родовспоможения в регионе на основании анализа показателей за предшествующие 1993-1999 гг. проведено прогнозирование параметров здоровья матери и ребенка в Свердловской области на ближайшие пять лет (2000-2004 гг.), что определило вероятность дальнейшего нарастания неблагоприятных тенденций изучаемых параметров здоровья беременных женщин, рожениц и рождающихся детей.

В связи с задачей реформирования службы охраны матери и ребенка в области особое внимание в данной главе уделено методическим основам оценки экономической эффективности деятельности учреждений родовспоможения и детства. Динамика показателей, характеризующих объемы финансирования и экономической эффективности деятельности службы родовспоможения и детства в Свердловской области, изучены также в течение 1991-1999 гг. (дореформенный этап) и 2000-2006 гг. (в процессе реализации Программы).

Анализ финансового обеспечения здравоохранения Свердловской области и служб родовспоможения и детства проводился за периоды 1994-1999 гг. и 2000-2004 гг. по стандартной методике, заключающейся в рассмотрении в динамике таких показателей, как: структура единого фонда финансовых средств, плановые ассигнования по различным источникам финансирования и их исполнение, расходы по бюджету, Фонду ОМС, прочим источникам в расчете на одного жителя, структура внебюджетных источников финансирования, дебиторская и кредиторская задолженность. При сопоставлении данных за указанный период при проведении экономических расчетов использованы коэффициенты инфляции, установленные Госкомстатом России.

В процессе проведения организационного эксперимента в области последовательно использовали методологию экспертной оценки здоровья населения и организации деятельности службы родовспоможения, разработки и реализации концепции реорганизации службы (на основе данных, полученных на первом этапе эксперимента); внедрение и оценка ее эффективности.

Составляющими экспертной оценки являлись показатели ресурсного обеспечения службы охраны материнства и детства (материально-техническая

база; кадровый состав; лабораторно-диагностическая база), а также организация и деятельность лечебно-профилактических учреждений родовспоможения и детства, их взаимодействие, преемственность и этапность обслуживания пациентов, объем и качество медицинских услуг, доля платных услуг, а также экономическая эффективность оказания лечебно-профилактической помощи женщинам и детям.

В соответствии с целью исследования для экспертной оценки наряду с данными статистических форм, определяющих показатели здоровья женщин и детей и деятельность учреждений родовспоможения и детства, были использованы документы, характеризующие работу учреждений территориального здравоохранения: отчеты главных акушера-гинеколога и педиатра области, главных врачей регионального перинатального центра и указанных медицинских учреждений области; федеральные целевые программы «Безопасное материнство» и «Дети России», а также действовавший в области с 1997 г. «Региональный план действий в интересах охраны здоровья детей», планы Министерства здравоохранения Свердловской области по реконструкции коечного фонда службы родовспоможения и детства, законы и постановления Правительства и Министерства здравоохранения области по охране здоровья матери и ребенка, отчетные документы глав районных управлений здравоохранения и отдельных лечебно-профилактических учреждений.

Экспертная оценка организации и результатов деятельности лечебно-профилактических учреждений в сфере охраны материнства и детства проведена в 54 родильных домах, 31 дневном стационаре, 85 женских консультациях, отделении реанимации и интенсивной терапии недоношенных Областной детской клинической больницы №1, 12 неонатальных подразделениях, наблюдательном акушерском отделении ЦГБ №7 г. Екатеринбурга, специализированном по лечению женщин с гнойно-септическими процессами.

Этапы, методы и объекты исследования, источники информации

Содержание этапа	Методы	Объемы
<p>1.1. Анализ данных литературы отечественных и зарубежных авторов. 1.2. Анализ правовых и нормативных документов по вопросам охраны материнства и детства в РФ и Свердловской области.</p>	<p>Аналитический Наукометрический</p>	<p>302 источника литературы 12 правовых и 11 нормативных документов МЗРФ и МЗСР РФ и МЗ Свердловской обл.</p>
<p>2. Сравнительный анализ показателей демографии и здоровья женщин и детей за 1991-1999 гг. 1- в России 2- в Свердловской обл. Прогнозирование показателей на 2000-2004 гг.</p>	<p>Статистический Эпидемиологический Математическая статистика Прогнозирование</p>	<p>Формы государственной статистической отчетности №№ 12;13;14;32;31 в РФ и Свердловской обл. за 1991-1999 гг.</p>
<p>3.1. Экспертная оценка организации и деятельности учреждений здравоохранения в сфере охраны материнства и детства. 3.2. Анализ экономической эффективности деятельности наиболее крупных медицинских учреждений Свердловской области, оказывавших помощь беременным, роженицам и детям в 1999 г.</p>	<p>Статистический Экспертных оценок Социально-гигиенический</p>	<p>Формы государственной статистической отчетности №№ 12;13;14;32;31;47 в РФ и учреждениях родовспоможения и детства Свердловской обл.; аналитические обзоры и отчеты главных акушеров-гинекологов и педиатров районов и республиканских учреждений родовспоможения и детства</p>
<p>4. Разработка Губернаторской программы «Мать и дитя» и ее реализация в учреждениях родовспоможения Свердловской области.</p>	<p>Организационный эксперимент</p>	<p>Внедрено в учреждениях родовспоможения и детства Свердловской области</p>
<p>5. Анализ результатов внедрения Программы: 1. оценка медико-социальной эффективности (демографических показателей, состояния здоровья женщин и детей в Свердловской области в сопоставлении с РФ в 2000-2006 гг.) 2. оценка экономической эффективности деятельности медицинских учреждений родовспоможения и детства 3. анкетирование пациентов и медицинских работников</p>	<p>Статистический Аналитический Эпидемиологический Социологический Экономико-математический</p>	<p>Формы государственной статистической отчетности №№ 12;13;14;32;31;47;62 в РФ и Свердловской обл. за 2000-2006 гг., формы бухгалтерской и статистической отчетности Министерства Финансов РФ (№1,2,2-3,3-2,4,5,6,14). 2134 анкеты медицинского работника и 2133 анкеты пациента</p>
<p>6. Анализ и изложение результатов исследования в печатных изданиях, разработка практических предложений по оптимизации перинатальной службы; оформление диссертации</p>	<p>Статистический Аналитический Логический анализ</p>	<p>Диссертация, статьи, научно-информационные материалы.</p>

Анализ количественных показателей заболеваемости и смертности изучаемых контингентов (женщин и детей), а также параметров, характеризующих организацию медицинской помощи матери и ребенку, финансовое обеспечение деятельности службы родовспоможения и детства и ее экономическую эффективность, проводился согласно общепринятым методам математической статистики, регрессионного и корреляционного анализа с компьютерной обработкой данных в программах STATISTICA и Excel-2000.

Среди использованных методов исследования особое внимание уделено методике расчета прогноза контролируемых показателей методом экстраполяции существующих трендов данных на основе разного вида регрессионных моделей. На основании анализа 10-летнего тренда данных о репродуктивных потерях (смертности материнской, младенческой, перинатальной), а также показателей заболеваемости женщин и детей за 1990-1999 гг. разрабатывался прогноз контролируемых показателей до 2004 г.

Методологической основой работы явился динамический анализ тенденций здоровья беременных, рожениц и новорожденных, а также характера медицинской помощи женщинам и детям с позиций комплексного системного подхода, позволяющего рассматривать проблему организации перинатальной помощи как единого процесса, развивающегося под влиянием множества условий: биологических, социально-экономических, а также медико-организационных особенностей.

При анализе специфических особенностей Свердловской области как базовой территории, на которой выполнено исследование, выявлено, что область является одной из наиболее населенных и промышленно развитых субъектов Российской Федерации. На площади в 194,8 тыс. кв. км на 01.01.2007 г. здесь проживало 4400 тыс. человек. Число родившихся в 2006 г. детей в Свердловской области (46643 ребенка) составило 3,2% от общего числа родившихся в России при том, что территория области занимает лишь 1,1% всей территории страны. Основная часть населения области (88%) проживает в городах, что выше, чем в целом по России (73,4%). По уровню среднедушевых денежных доходов населения область занимает лишь 15 место из 79 субъектов Федерации.

Помимо сложных природно-климатических условий, для области характерна неблагоприятная экологическая обстановка, обусловленная чрезвычайно высокой концентрацией промышленного производства. Так, согласно данным Уральского центра по мониторингу загрязнения окружающей среды, Свердлов-

ская область занимает в России первое место по выбросам в атмосферу таких вредных веществ I и II классов опасности, как мышьяк, свинец, хром, марганец, кадмий, ртуть, что создает объективные условия для повышенной заболеваемости населения, прежде всего болезней мочевыделительной системы (гломерулярных и тубулоинтерстициальных болезней почек), системных поражений соединительной ткани и др.

Основной особенностью здравоохранения Свердловской области является преимущественно муниципальная модель здравоохранения, в том числе в службе охраны здоровья материнства и детства. Если в целом по России доля коек муниципального подчинения составила в 2005 г. 65,3%, то в Свердловской области этот показатель достиг 82,1% (34664 койки из 42242). В то же время удельный вес коек федерального подчинения составил в области лишь 3,3% (1399 коек) при 5,0% в среднем по России, а коек подчинения субъекту федерации - 14,6% (6179 коек) при 29,6% в среднем по России. Очевидно, что преобладание в Свердловской области коечного фонда муниципального подчинения определяет особенности системы организации медицинской помощи и деятельности органов управления в регионе, в том числе в сфере охраны материнства и детства.

Общая тенденция стационарного здравоохранения в области в динамике характеризовалась опережающим уменьшением числа больничных коек (со 141 в 80-90е годы XX века при показателе 130-137 по России в целом до 109-108 в 2004-2005 гг. при 113-111 в среднем по России), то есть, если прежде показатель в регионе превышал общероссийский, то с 2001 г. он стал ниже, чем в целом по стране.

Отмеченные особенности развития здравоохранения в области не могли не отразиться на сфере родовспоможения и тенденциях показателей здоровья женского и детского населения области.

В третьей главе «Оценка состояния здоровья беременных женщин и детей в Свердловской области в период, предшествовавший разработке стратегической программы «Мать и дитя» проанализированы динамика демографических показателей в области, особенности заболеваемости беременных, рожениц и родильниц, а также детского населения Свердловской области в динамике 1991-1999 гг.

Последнее десятилетие XX века характеризовалось формированием феномена депопуляции в Свердловской области (из-за снижения рождаемости и

увеличения смертности населения) и демографическим старением населения. Отмеченные негативные процессы происходили в области более быстрыми темпами, чем в целом по Российской Федерации. Более того, разработанные на основе анализа показателей за предшествующие годы прогнозы свидетельствовали о том, что без проведения эффективной политики в этой сфере в ближнесрочной перспективе ситуация не улучшится.

Уровень материнской смертности в регионе в течение 1990-1999 гг. оставался очень высоким (при значительных годовых колебаниях показателя), превышая таковой по Российской Федерации в целом (таблица 1).

Таблица 1

Динамика материнской смертности в Свердловской области и Российской Федерации (на 100 000 родившихся живыми) в 1990-1999 гг.

Территория	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Свердловская область	39,9	80,7	38,0	62,5	75,0	75,0	61,9	49,8	44,0	72,9
Россия	47,4	52,4	50,8	51,6	52,3	53,3	48,9	50,2	44,0	44,2

При этом, согласно прогнозу, к 2004 г. можно было ожидать сохранения материнской смертности на чрезвычайно высоком уровне.

Анализ причин материнской смертности показал, что в структуре ее преобладает смерть женщин от аборта и внематочной беременности (56,2% от числа всех умерших в 1999 г. при соответствующем показателе в России 33,1%), причем 43,7% смертей беременных женщин в области обусловлено только абортами. Кроме того, в структуре материнской смертности в Свердловской области в 1999 г. увеличилась доля кровотечений (в 1,4 раза в сравнении с 1990 г.).

В области в течение 90-х годов сохранялась высокая частота абортов, что являлось фактором риска развития гинекологической патологии, нарушения гестационного процесса, а также сохранения на высоком уровне материнской смертности. Число абортов в области на 100 родившихся живыми и мертвыми превышало среднероссийский показатель на 21-30% в разные годы, достигая максимального значения (262,7 на 100 родившихся живыми и мертвыми) в 1993 г. при соответствующем показателе в России 208,4.

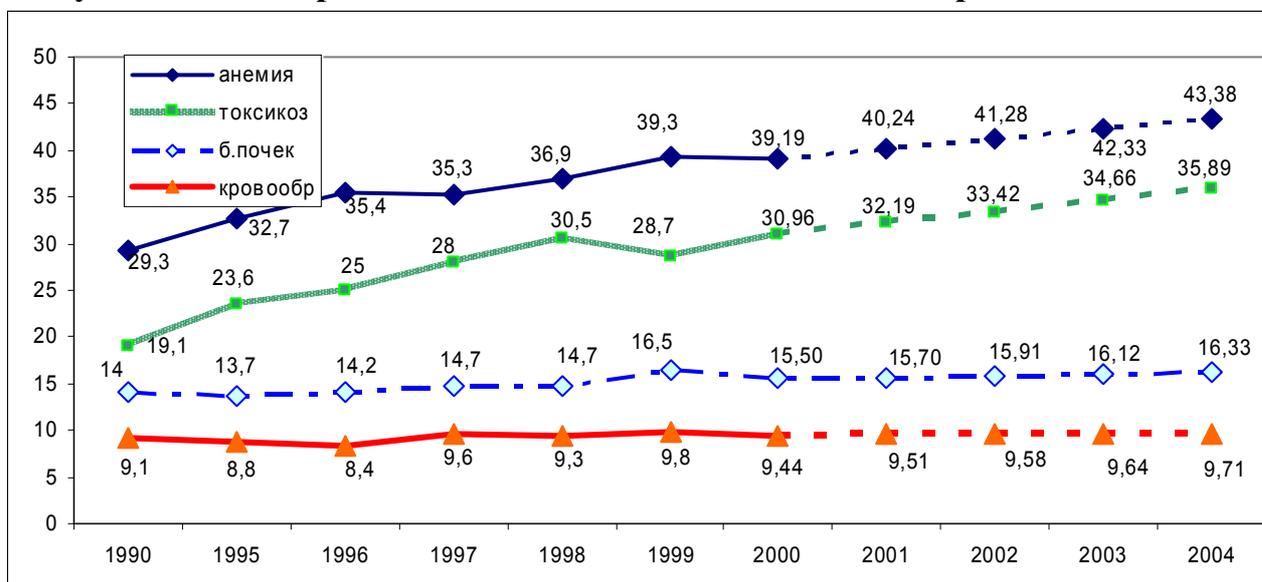
В сравнении с общероссийскими показателями в регионе наблюдались более высокие уровни заболеваемости беременных, невынашивания беременности, а также осложнений в родах.

Состояние здоровья беременных женщин в Свердловской области в 90-х годах, во-первых, было хуже, чем в целом по стране, во-вторых, к 1999 г. существенно ухудшилось за счет роста экстрагенитальной заболеваемости и осложнений беременности: частоты позднего токсикоза (с 19,1 до 28,7 на 100 закончивших беременность, или на 50,3%), анемии (с 29,3 до 39,3 на 100, или на 34,1%).

Согласно разработанным прогнозам на основании 10-летней динамики заболеваемости беременных, в период 2000-2004 гг. можно было ожидать сохранения тенденции дальнейшего роста соматической патологии и осложнений беременности у женщин Свердловской области (рисунок 1).

Рисунок 1

Динамика осложнений беременности (на 100 закончивших беременность) у женщин Свердловской области в 1990-1999 гг. и прогноз до 2004 г.



Анализ частоты осложнений в родах и в послеродовом периоде выявил, что у рожениц и родильниц Свердловской области в конце 90-х годов отмечался значительно более высокий, чем по России в целом, уровень аномалий родовой деятельности (141,2 на 1000 родов), а также акушерского травматизма: разрывов матки (0,20 при 0,14 в России), разрывов промежности 3-4 степени (0,56 при 0,41 в России), — что характеризует низкое качество стационарной акушерской помощи. Согласно данным прогноза, можно было ожидать сохранения этой ситуации в течение ближайших 5 лет.

Кроме того, в области складывалась крайне неблагоприятная ситуация с невынашиванием беременности, что могло быть связано как с высоким уровнем экстрагенитальной патологии, так и с неблагоприятной экологической об-

становкой в регионе. Уровень невынашивания беременности (5,7-6,0 на 100 закончивших беременность в течение 1997-1999 гг.) превышал среднероссийский показатель (5,1-5,0%). При этом в динамике наблюдалась тенденция к увеличению числа аборт среди наблюдавшихся в женской консультации.

Число родившихся недоношенными составило 6,9 на 100 родившихся живыми (при 6,1-6,3 в России). Соответственно, число новорожденных с малой массой тела в регионе в течение анализируемого периода было выше, чем в целом по стране, что характеризует неблагоприятные условия внутриутробного развития плода и согласуется с высокой заболеваемостью беременных.

Анализ заболеваемости новорожденных в Свердловской области в течение анализируемого периода выявил устойчивый рост числа родившихся больными и заболевших как среди доношенных, так и недоношенных детей. Сопоставление заболеваемости новорожденных в регионе с таковой по России выявило существенное превышение числа родившихся больными и заболевших доношенных детей в Свердловской области в течение всего анализируемого периода. Среди недоношенных превышение числа больных новорожденных в области отмечено лишь в течение наиболее неблагоприятных 1997-1999 гг. При этом темп роста числа заболевших детей в регионе (81,5% за указанные годы) существенно превышал темп роста показателя по России (62,7%), особенно для доношенных детей (96,4% в области при 70,8% по России), что характеризует неблагополучие популяционного здоровья в Свердловской области в конце 90-х годов. Более того, согласно прогнозу, к 2004 году при сохранении сложившейся динамики можно было ожидать дальнейшего увеличения уровня заболеваемости до 600 на 1000 родившихся в 2004 г. В 1999 г. уровень заболеваемости новорожденных в Свердловской области выше (468,8 на 1000 родившихся), чем по России в целом (382,0), что соответствует высокой заболеваемости беременных женщин и является вполне закономерным.

Младенческая смертность в Свердловской области в течение 1990-1999 гг. имела волнообразную динамику – рост в период 1990-1993 гг. (с 16,1 до 19,2 на 1000 родившихся в области при соответствующих показателях по России 17,4 и 19,9) и постепенное снижение потерь младенцев в области после 1996 г. (с 19,2 до 15,3). В структуре причин младенческой смертности в Свердловской области снизилась доля перинатальных состояний (с 44,6% в 1990 г. до 38,7% в 1999 г. при показателях в России 46,0-42,0%), а также удельный вес болезней органов дыхания и врожденных аномалий аналогично динамике показателей по

России. Обращает на себя внимание превышение удельного веса внешних причин смерти младенцев в Свердловской области в сравнении с Россией, причем в течение 90-х годов темп роста показателя в области (с 4,9% в 1990 г. до 10,7% в 1999 г., или в 2,2 раза) существенно превышал таковой в стране (с 4,1% до 6,6% за те же годы, или в 1,6 раз). Эти данные согласуются с неблагоприятной динамикой демографических показателей в Свердловской области и указывают на ухудшение в течение 90-х годов ситуации с социально-экономическими условиями жизни населения.

Уровень перинатальной смертности в Свердловской области в конце прошедшего столетия характеризовался снижением с 18,0 до 11,8 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в течение 1990-1999 гг. При этом показатель перинатальных потерь в Свердловской области с 1992 г. и в течение последующих лет до 1999 г. был ниже, чем по России в целом.

Анализ перинатальной смертности в Свердловской области по ее составляющим за 1993-1999 гг. свидетельствует о более благоприятной динамике ранней неонатальной смертности, уровень которой снизился на 36,4%, при том, что мертворождаемость уменьшилась лишь на 24,3%. В результате в структуре перинатальной смертности доля мертворождаемости в регионе увеличилась с 53,9% в 1993 г. до 58% в 1999 г. при соответствующих показателях по России 46,0% и 51,4%. Следовательно, учитывая разницу структуры и динамики перинатальных потерь в Свердловской области и в стране в целом, основным резервом их снижения в регионе было уменьшение мертворождаемости, т.е. повышение качества акушерской помощи в условиях родовспомогательных стационаров. В то же время следует подчеркнуть, что уровень мертворождаемости в Свердловской области в течение анализируемого периода оставался существенно ниже показателей по России.

Динамика показателей здоровья детей в регионе была аналогична общим тенденциям в Российской Федерации в целом (рост заболеваемости и снижение смертности), и темпы снижения смертности детей всех возрастных групп в Свердловской области были близкими к регистрируемым в целом по стране.

Таким образом, в 90-х годах состояние здоровья беременных женщин в Свердловской области, во-первых, было хуже, чем в целом по стране, во-вторых, существенно ухудшилось в динамике за 90-е годы. В сравнении с общероссийскими показателями в регионе наблюдались статистически значимые более высокие уровни материнской смертности (прежде всего за счет аборта и

внематочной беременности), заболеваемости беременных женщин, невынашивания и недонашивания беременности, а также осложнений в родах.

В этих условиях принципиальное значение приобретали проблемы оптимизации деятельности службы охраны материнства и детства, ответственной за улучшение репродуктивно-демографических показателей в регионе и укрепление здоровья рождающегося поколения.

Четвертая глава «Комплексная оценка и экспертный анализ региональной службы охраны материнства и детства в период, предшествовавший разработке стратегической программы «Мать и дитя» посвящена анализу исходного состояния службы родовспоможения в области. В главе представлена динамика коечного фонда акушерско-гинекологической и педиатрической службы, обеспеченность ее медицинским персоналом, а также результаты оценки эффективности использования потенциала региональной службы охраны материнства и детства и системы ее финансирования.

В 90-е годы XX столетия в системе оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и детям Свердловской области происходили негативные процессы, обусловленные кризисными явлениями в экономике страны в целом и в системе здравоохранения в частности.

Так, за период с 1993 по 1999 гг. количество акушерско-гинекологических коек сократилось в области с 6955 до 5056, или на 27%. При этом число коек для беременных и рожениц уменьшилось на 33% (при снижении рождаемости в области за эти годы лишь на 5,6% - с 8,5 до 8,0 на 1000 населения), патологии беременных – на 27,3%. Соответственно произошло снижение показателей обеспеченности женского населения койками для беременных и рожениц с 19,8 до 12,7 (или на 35,9%), патологии беременных – с 10,2 до 7,1 на 10000 (или на 30,4%). При этом в структуре акушерского коечного фонда произошло некоторое увеличение доли коек для патологии беременных (с 34,0% до 35,8% при 37,5% по России). В результате к 1999 г. в Свердловской области обеспеченность акушерско-гинекологическими койками была ниже, чем в целом по России.

Процесс сокращения коечного фонда сопровождался закономерным ростом показателей эффективности использования имеющихся мощностей. Показатели среднегодовой занятости увеличились на 11,2% для коек беременных и рожениц (с 198,7 до 220,9 дней) и на 5,4% для коек патологии беременных (с

292,7 до 308,6%), оборота койки (соответственно, на 7,0% и на 8,0%) при одновременном снижении средней длительности лечения.

Обеспеченность женского населения акушерами-гинекологами в области на протяжении 90-х годов была в 1,33-1,38 раза ниже, чем в России, и составляла 3,9-4,0 на 10000 женщин (при 5,4 по России в 1999 г.). Число неонатологов несколько увеличилось, однако на 10000 родившихся показатель обеспеченности неонатологами (39,9) был ниже, чем в целом по стране (41,6). Характерно, что в общей структуре врачебных кадров региона удельный вес врачей-педиатров сократился с 9% в 1990 году до 8,0% в 1999 году, акушеров-гинекологов с 6,6% до 6,2%, что косвенно отражает неблагополучие в сфере службы охраны материнства и детства. Для врачей обеих специальностей характерна высокая доля работающих лиц пенсионного возраста, которая, несмотря на некоторое сокращение в 1999 г., превышала 18%.

Совершенствование системы финансирования здравоохранения в условиях внедрения рыночных механизмов хозяйствования в экономику становится основным фактором реформирования отрасли и важнейшим инструментом улучшения медицинской помощи. В Свердловской области за период 1994-1999 гг. расходы на здравоохранение увеличились в 5,7 раза (с 698 до 3963 млн. руб.). В пересчете на 1 жителя этот рост был почти шестикратным (таблица 2). Вместе с тем уровень подушевого финансирования в области был ниже общероссийского почти на 20%. За период 1994-1999 гг. индекс потребительских цен по данным Госкомстата России вырос в 6,06 раза, поэтому фактически финансирование здравоохранения в Свердловской области осталось на прежнем уровне. В условиях недостаточности финансовых средств, поступающих из бюджетно-страховых источников, происходил активный рост хозяйственно-договорной деятельности медицинских организаций. За 1994-1999 гг. он составил 22,8 раза, тогда как рост финансирования со стороны бюджета и ТФОМС - всего 5,3 раза. В результате произошло сокращение доли бюджетного финансирования (с 63 до 59%) и средств ОМС (с 35 до 33%) при увеличении удельного веса внебюджетных средств с 2% до 8 %.

Объем финансирования службы охраны материнства и детства Свердловской области в 1999 г. в целом (531,2 млн. рублей) составил лишь 13,4% от общего объема затрат на региональную систему здравоохранения (3963,5 млн. рублей) (таблица 3).

Таблица 2

Расходы на здравоохранение в Свердловской области, 1994-1999 гг.

Год	Население, тыс.чел	Средства бюджетов		Средства ФОМС		Внебюджетные средства		Консолидированные средства	
		Исполнение, млн.руб	На 1 жи- теля, руб	Исполнение, млн.руб	На 1 жи- теля, руб	Исполнение, млн.руб	На 1 жи- теля, руб	Исполнение, млн.руб	На 1 жи- теля, руб
1994	4721,9	438,7	93	245,9	52	14,0	3	698,0	148
1995	4702,2	1006,4	214	466,3	99	54,6	12	1527,3	325
1996	4686,0	1346,6	287	634,7	135	97,6	21	2078,9	443
1997	4521,7	1737,2	384	880,7	195	166,2	37	2784,1	616
1998	4490,6	1529,5	341	885,4	197	202,6	45	2617,5	583
1999	4473,4	2349,8	525	1294,9	289	318,8	71	3963,5	885

Таблица 3

Структура единого фонда финансовых средств здравоохранения Свердловской области за 1994-1999 гг.

Источники финансирования здравоохранения Свердловской области	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Бюджет, млн.рублей	438,7	1006,4	1346,6	1737,2	1529,5	2349,8
Удельный вес расходов бюджета в едином фонде финансовых средств, %	63	66	65	62	58	59
Система обязательного медицинского страхования со взносами на неработающее население, млн.рублей	245,9	466,3	634,7	880,7	858,7	1294,9
Удельный вес расходов системы обязательного медицинского страхования в едином фонде финансовых средств здравоохранения, %	35	30	30	32	34	33
Внебюджетные средства, млн.рублей	14,0	54,6	97,6	166,2	202,6	318,8
Удельный вес внебюджетных средств в едином фонде финансовых средств здравоохранения, %	2	4	5	6	8	8
Единый фонд финансовых средств, млн.рублей	698,6	1527,3	2078,9	2784,1	2590,8	3963,5

Учреждения родовспоможения были профинансированы на сумму 137,8 млн. рублей, в том числе из бюджетов разных уровней – 52,8 млн. рублей (38%) и по обязательному медицинскому страхованию – 80,4 млн. рублей (58%). Доходы от внебюджетной деятельности составляли 4,6 млн. рублей, что в структуре финансирования составило 4%.

Анализ структуры финансирования региональной службы выявил, что в финансировании родильных домов (отделений) доминировали средства ТФОМС (58%), тогда как в целом по здравоохранению они не превышали 33%. Существенно ниже в финансировании родильных домов был удельный вес внебюджетных доходов, что вполне естественно, учитывая особый социальный статус учреждений родовспоможения. В то же время, фактический объем финансирования родильных домов и акушерских отделений составлял лишь 51,8% от их потребности, при том, что удовлетворение потребностей детских больниц в финансовых средствах в 1999 г. составило 61,4%. Таким образом, в 90-х годах финансовое положение службы было явно неудовлетворительным, причем в большей степени дефицит средств отмечался в сфере родовспоможения. Это вполне закономерно способствовало активному развитию системы платных услуг при беременности и родах. Так, доля внебюджетных доходов наиболее крупных учреждений области достигла в роддоме городской клинической больницы №14 г. Екатеринбурга 18,5%, а в областной детской клинической больнице – 20%.

Показатель относительной экономической эффективности (\mathcal{E}_o) женских консультаций составлял в среднем 0,82, то есть расходы были намного выше доходов. Среди женских консультаций выделены работающие с высокой экономической эффективностью (\mathcal{E}_o равен или более 1,0), таковых оказалось 5; со средней (\mathcal{E}_o от 0,9 до 1,0) – 5; с низкой (\mathcal{E}_o менее 0,9) – 14 женских консультаций. При сопоставлении экономической эффективности с мощностью женских консультаций связи не выявлено.

Общий показатель экономической эффективности (\mathcal{E}_o) по всем акушерским стационарам области в 1999 г. составил 0,87. Среди них с высокой экономической эффективностью (\mathcal{E}_o равен или более 1,0) работали 5 родильных домов (отделений); со средней ($\mathcal{E}_o=0,9-0,99$) – 11; с низкой (\mathcal{E}_o менее 0,9) – 14. Медицинские учреждения, работающие с высокой эффективностью, отличались более рациональным использованием имеющихся финансовых средств и большей долей прямых расходов в их структуре, более высоким удельным весом расходов на оплату труда и приобретение медикаментов в стоимости об-

служивания одного пациента.

Таким образом, проведенный анализ и экспертиза происходивших в 90-е годы трансформаций в системе медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и детям в Свердловской области показал, что в условиях резкого дефицита финансовых средств в системе здравоохранения региона финансирование учреждений родовспоможения было наиболее дефицитным, и переход на экономические методы управления происходил крайне медленно в силу особого социального статуса и традиций. Подавляющее большинство родильных домов и женских консультаций работали экономически неэффективно. В результате к 1999 г. региональное здравоохранение было неспособно обеспечить улучшение здоровья беременных, рожениц и детей и улучшения репродуктивной обстановки в Свердловской области, несмотря на предпринимаемые меры по оптимизации организационной структуры службы охраны материнства и детства, повышению эффективности использования имеющегося потенциала (в рамках федеральных целевых программ «Безопасное материнство» и «Дети России», а также функционировавшего в области с 1997 г. «Регионального плана действий в интересах охраны здоровья детей»).

Для совершенствования системы родовспоможения были необходимы масштабные финансово обеспеченные преобразования, направленные на наиболее приоритетные элементы системы; разработка и реализация крупной целевой программы, основанной на принципах стратегического планирования. Наряду с увеличением поступающих в отрасль финансовых средств важно было разработать механизм их эффективного использования на основе экономических методов управления (В.И. Стародубов, 2002; А.И. Вялков, 2005).

В пятой главе «Концептуальные положения и организационные принципы стратегической программы «Мать и дитя» в Свердловской области» представлены основные направления совершенствования организации службы родовспоможения в Свердловской области, этапы и сроки реализации Программы, а также нормативно-правовые документы по внедрению губернаторской программы «Мать и дитя».

Исходным постулатом при определении приоритетного направления развития отрасли было то, что основой оптимизации медико-демографической ситуации является укрепление здоровья женского населения и рождающегося потомства путем повышения качества медицинской помощи и эффективности службы родовспоможения на основе внедрения современных методов управления отраслью. В качестве основной миссии региональной службы родовспомо-

жения и детства было принято улучшение репродуктивной ситуации в регионе и сохранение человеческого потенциала Свердловской области.

В 1999 г. и первой половине 2000 г. в Свердловской области разработана и принята Правительством стратегическая программа «Мать и дитя» (далее Программа), целью которой явилось обеспечение гарантированной, доступной, бесплатной медицинской помощи надлежащего качества женщинам в период беременности, родов и новорожденным на основе государственной поддержки службы родовспоможения. Основными разработчиками Программы явились Министерство здравоохранения Свердловской области, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, Уральская государственная медицинская академия, а также Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества.

Основными принципами разработанной стратегической Программы были системность, межведомственный характер и этапность выполнения. Межведомственный характер Программы обусловлен тем, что решение задачи стабилизации и последующего коренного улучшения основных показателей здоровья беременных женщин и новорожденных зависит от скоординированной деятельности органов власти регионального и муниципального уровней, а также различных ведомств: здравоохранения, социальной защиты, образования, средств массовой информации и других. Долгосрочность Программы обусловлена сложностью поставленных задач и значительной финансовой емкостью многих из её разделов. Придание программе «Мать и дитя» статуса Губернаторской позволило обеспечить стабильное и возрастающее по объему в течение 5-ти лет дополнительное финансирование региональной службы родовспоможения, а также эффективный контроль рационального и целевого расходования средств.

Реализации Программы проводилась в следующих направлениях: обеспечение доступности и качества врачебной и медикаментозной помощи беременным женщинам, роженицам, новорожденным, что потребовало обеспечения приоритетного финансирования службы родовспоможения и обеспечения ее необходимыми материально-техническими ресурсами; совершенствование системы управления основными ресурсами службы родовспоможения на основании расчета объемов медицинской помощи, реальной финансовой потребности региональной службы родовспоможения с соответствующим финансовым обеспечением отрасли; разработка алгоритма экспертного контроля в женских

консультациях и родильных домах (отделениях); разработка и внедрение единой системы мониторинга беременных женщин Свердловской области.

Одним из главных элементов Программы был расчет стоимости единиц медицинской помощи. При расчете средней стоимости посещения женских консультаций за основу были приняты стандарты, установленные Минздравом РФ для ведения беременной на амбулаторном этапе для 4-го уровня медицинской помощи (городской уровень), регламентирующие частоту посещений, число осмотров специалистами, перечень и объем лабораторных и диагностических исследований. Тарифы посещений беременными женской консультации разрабатывались с применением коэффициентов дифференциации к расчетной средней стоимости посещения с учетом характера обращений, классифицированных по трем видам: 1. профилактическое посещение (первичное и повторные) для нормально протекающей беременности; 2. диспансерное посещение (первичное и повторные) для осложненной беременности; 3. прочие (выдача справок и т.д.). Для перехода от средней стоимости одного посещения 4-го уровня медицинской помощи к таковой для 3-го и 5-го уровня использовались экспертные оценки соотношения величины затрат по материальным и трудовым ресурсам соответствующих учреждений.

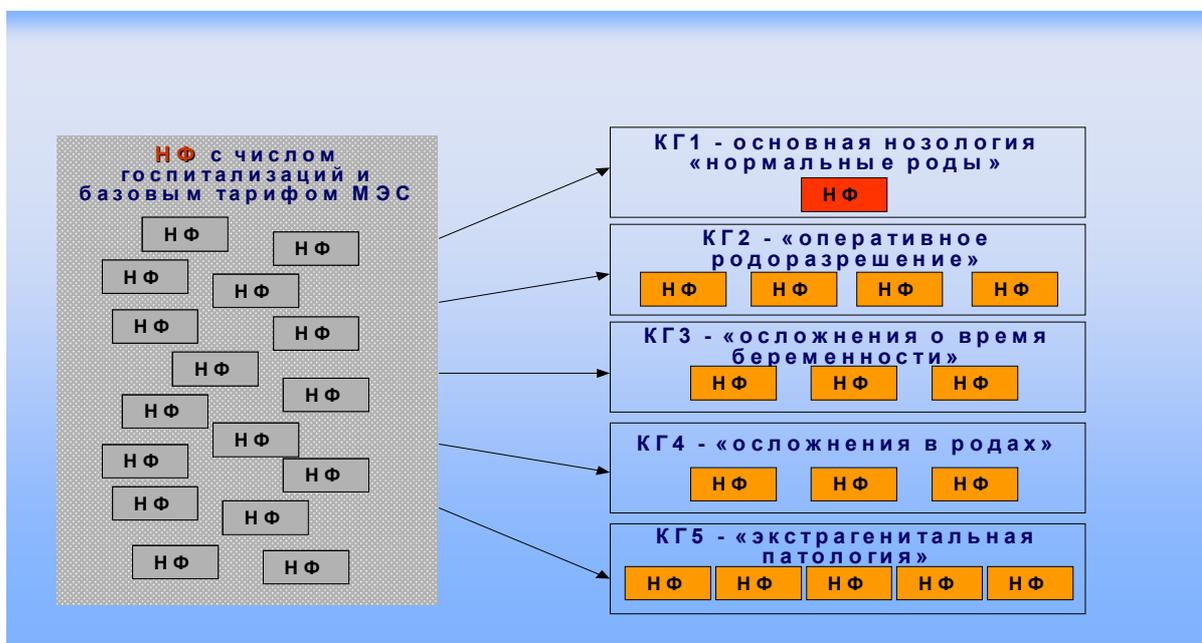
Для оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи впервые в Свердловской области разработаны единые территориальные отраслевые стандарты диагностики и фармакотерапии для беременных, рожениц и новорожденных с определением тарифов, реально компенсирующих необходимые финансовые потребности службы родовспоможения. Наличие отраслевых стандартов и имеющаяся база данных реестров стационаров о пролеченных больных за прошлые периоды позволила рассчитать тарифы МЭС с помощью повышающих коэффициентов к уже существующим базовым тарифам. Первоначально были разработаны тарифы МЭС для нозологий, входящих в разделы «Акушерство» и «Роддом»; в дальнейшем, при расширении рамок программы, потребовалась разработка тарифов МЭС и для раздела «Неонатология», охватывающего второй этап оказания помощи недоношенным и больным новорожденным в детских больницах.

Способ расчета тарифов для каждого из названных разделов заключается в расчете тарифа МЭС по одной нозологии, выбранной в каждом разделе в качестве основной, и определении коэффициентов повышения базовых тарифов МЭС для остальных нозологий в рамках раздела. Подробнее схема расчета приведена на рисунке 2. Перечень всех МЭСов по специальности «Акушерст-

во» распределен на 5 клинических групп (КГ), представленных на рисунке. За основу дальнейших расчетов принят расчет тарифа МЭС 4-го уровня медицинской помощи «нормальные роды».

Рисунок 2

Классификация нозологических форм (НФ) раздела «Акушерство» на клинические группы (КГ)



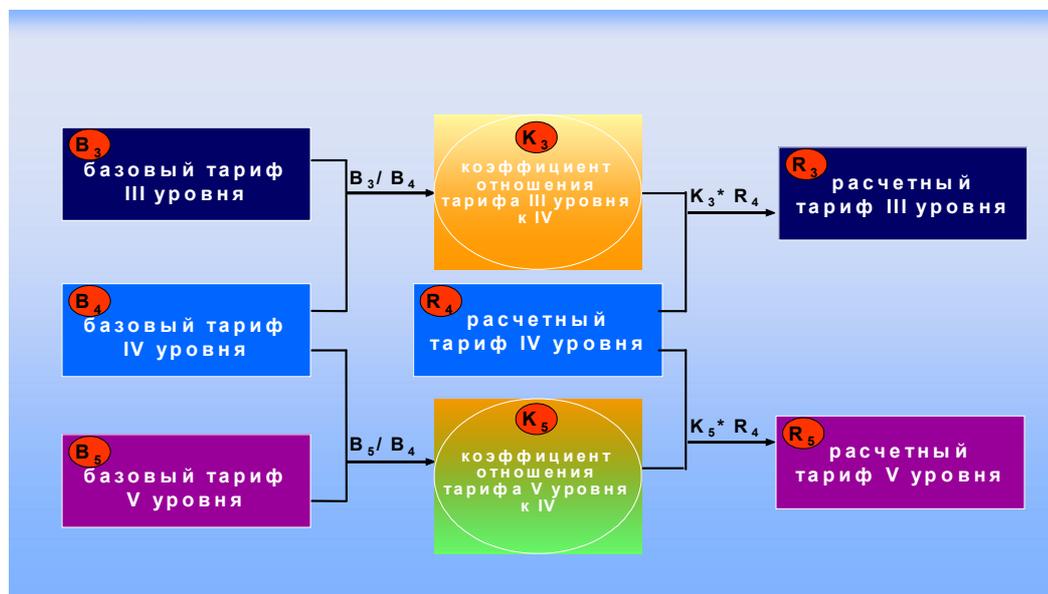
Базовые тарифы МЭСов для определения стоимости неонатальной помощи определены по четырем КГ: I – здоровые новорожденные, II – новорожденные группы «высокого риска», III – новорожденные, требующие интенсивной терапии и/или интенсивного наблюдения, IV – новорожденные с нарушением витальных функций. За единицу стоимости принят расчет тарифа МЭС «здоровый новорожденный» по 4-му уровню медицинской помощи.

Расчетный тариф МЭС по основной нозологии определен как величина расходов одной госпитализации для основной нозологии, рассчитанной исходя из реальной потребности по пяти статьям расходов (оплата труда, начисления на оплату труда, медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь и обмундирование), финансируемых за счет средств обязательного медицинского страхования. Затраты на указанные статьи рассчитаны в соответствии с «Временными территориальными отраслевыми стандартами диагностики и фармакотерапии», определяющими перечень необходимого количества лекарственных средств и расходных материалов, необходимого объема анализов, исследований для беременной, роженицы и новорожденного в условиях стационара (рисунок 3). Средняя расчетная стоимость одной госпитали-

зации определена как произведение расчетного тарифа МЭС по основной нозологии и коэффициента соотношения затрат на один случай госпитализации для соответствующей клинической группы.

Рисунок 3

Определение тарифов МЭС основной нозологии для III и V уровней по расчетному тарифу МЭС IV уровня



На основании проведенных расчетов и имеющихся статистических данных о числе госпитализаций по каждой нозологии КГ определен единый коэффициент увеличения базовых тарифов МЭС для всех нозологических форм КГ, для чего в группе выбран базовый тариф МЭС по нозологии с наибольшим числом госпитализаций. За единый коэффициент увеличения базовых тарифов МЭС принято отношение средней расчетной стоимости одной госпитализации для КГ к базовому тарифу МЭС по нозологии из этой КГ с наибольшим числом госпитализаций.

Практика применения тарифов для расчетов за медицинскую помощь, оказываемых в рамках программы «Мать и дитя», подтвердила корректность методики расчетов и достаточность увеличенных тарифов для возмещения затрат службы родовспоможения по статьям расходов, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий. Это позволило обеспечить беременных, рожениц и новорожденных доступной, бесплатной, качественной медицинской помощью с использованием современных технологий и методов лечения.

Целевой характер использования средств стратегической Программы жестко контролировался. Для контроля реализации программы в 2000 г. ежеме-

сячно проводились очная экспертиза и анонимное социологическое исследование среди пациенток. Последнее давало возможность оценить удовлетворенность женщин условиями содержания и лечения, а также выяснить, имеют ли место платные услуги и за что пациентам пришлось платить (за медицинскую помощь, лабораторные исследования, перевязочный материал, консультацию врача или выдачу справок; какую сумму; требовалось ли оформление полиса ДМС). С 2001 года экспертиза и социологические исследования проводятся систематически (ежеквартально).

Для контроля реализации Программы создано 2 системы мониторинга. Первая по показателям здоровья соответствующих групп населения (беременные, роженицы, родильницы, новорожденные, дети), и вторая – по финансовому обеспечению. Первая из них реализована в рамках существующей системы государственной медицинской статистики по Свердловской области, вторая — специально разработана применительно к задачам стратегической Программы.

В 2005 г. в реализации Программы участвовало 97 медицинских учреждений, в том числе: 54 родильных дома, 31 дневной стационар, 85 женских консультаций, отделения реанимации и интенсивной терапии недоношенных Областной детской клинической больницы №1, наблюдательное акушерское отделение ЦГБ №7 г. Екатеринбурга, располагающее технологиями лечения женщин с гнойно-септическими процессами, 12 неонатальных подразделений, Областной центр планирования семьи и репродукции.

В ходе реализации Программы дополнительно к консолидированному бюджету израсходовано: в 2000 г. – 142,3 млн. рублей, в 2001 г. – 195,7 млн. рублей, в 2002 г. – 251,8 млн. рублей, и в 2004 г. – 512 млн. рублей.

В таблице 4 приведены данные об изменении объемов оказываемой медицинской помощи учреждениями службы родовспоможения Свердловской области и расходам на оплату по видам помощи. Объемы медицинской помощи, оказываемой в женских консультациях, возросли в 2,5 раза, а размер выплат в 8,2 раза, соответственно. Реализация Программы позволила увеличить стоимость одного случая госпитализации по разделу «Акушерство» в 10,6 раза, а по разделу «Роддом» - в 11,6 раза (таблица 5).

Таблица 4

Динамика изменения объемов медицинской помощи (по видам) и расходов на её оплату за 2000-2004 гг.

Год	Амбулаторно-поликлиническая помощь				Стационаро-замещающая помощь		Стационарная помощь						Общие выплаты (тыс.руб.)
	Женская консультация		Высокотехнолог. и дорогостоящие методы обследов.				Акушерство		Роддом		Неонатология		
	кол-во посещ.	Сумма выпл. по реестрам тыс.руб.	кол-во об-след.	Сумма выпл. по реестрам тыс.руб.	Кол-во про-леч.	Сумма выпл. по осн. заболе-в. тыс.руб.	Кол-во госпит.	Сумма выпл. по осн. заболе-в. тыс.руб.	Кол-во гос-пит.	Сумма выпл. по осн. заболе-в. тыс.руб.	Кол-во гос-пит.	Сумма выпл. по осн. заболе-в. тыс.руб.	
2000	192860	2673,2	-	-	2397	1421,5	31674	40283,9	2875	1324,9	-	-	59132,2
2001	393450	5889,3	-	-	8039	5773,1	69290	104962,2	37408	19404,0	-	-	197605,0
2002	440256	11985,2	25298	3954,1	11169	11707,1	744442	160923,4	40922	28859,1	663	4105,7	328573,8
2003	486861	21885,8	33827	7169,6	12900	20 325,5	76425	252352,2	42576	42848,9	2831	24071,5	434577,2

Таблица 5

Изменение стоимости одного случая госпитализации до действия программы «Мать и дитя» в период реализации программы

Период	Акушерство				Роддом			
	Стоимость 1 случая госпитализации, руб.				Стоимость 1 случая госпитализации, руб.			
	Всего	в том числе по уровням			Всего	в том числе по уровням		
		III	IV	V		III	IV	V
1999г.	312	191	353	458	87	52	80	149
2001г.	1515	1042	1630	2127	519	362	457	835
2002г.	2162	1414	2272	3184	705	509	634	1305
рост 2002г. к 1999г.	6,9	7,4	6,4	7,0	8,1	9,8	7,9	8,8
2003г.	3302	2136	3484	5127	1006	722	887	1809
рост 2003г. к 1999г.	10,6	11,2	9,9	11,2	11,6	13,9	11,1	12,1

На основании разработанных территориальных отраслевых медико-экономических стандартов, обоснования объемов и финансовой потребности подразделений службы родовспоможения создана оптимальная региональная служба родовспоможения. В течение первых пяти лет действия Программы создана основная часть сети перинатальных центров, каждый из которых обслуживает не только женщин по месту дислокации, но и беременных высокого риска из других близко расположенных муниципальных образований. Создана единая информационная база данных всех беременных женщин Свердловской области для мониторинга и отбора больных с тяжелой патологией.

В шестой главе «Медико-социальная и экономическая эффективность стратегической программы «Мать и дитя» в Свердловской области» представлены соответствующие результаты внедрения Программы.

Анализ показателей здоровья женщин и новорожденных за пяти- и семилетний период действия Программы (в течение 2000-2004-2006 гг.) проведен в сопоставлении с результатами прогнозов на 2000-2004 гг.

При анализе уровня материнской смертности (МС) в Свердловской области выявлено, что реально зафиксированный в 2000-2007 гг. уровень существенно ниже прогнозируемого. Уже в 2004 г. уровень материнской смертности в области снизился в сравнении с 1999 годом в 2,5 раза, впервые за многие годы приблизившись к общероссийскому впервые за многие годы приблизившись к общероссийскому (до 29,3 на 100000 родившихся живыми – при прогнозном уровне 66,6). В последующие годы показатель МС в области сохранялся на уровне ниже прогнозируемого (30,5-36,1-21,5 на 100000 живорожденных) (рисунки 4).

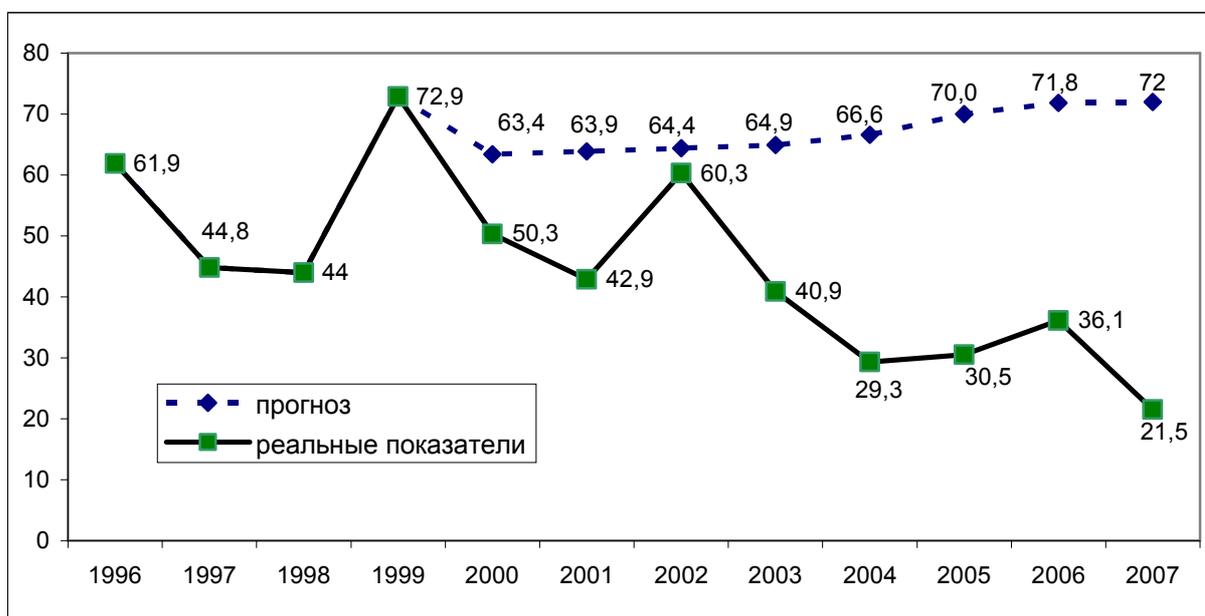
В структуре материнской смертности за пять лет доля абортотворения в 2,5 раза снизилась; за два последних года от абортов в области погибло суммарно 7 из 31 умершей женщины, или 22,6% по среднегодовому показателю (при 43,7% в 1999 г.). Среди причин «акушерской смерти» в сроке гестации 28 недель и более в 2004 г. в регионе преобладали кровотечения (15,4% от числа всех умерших при 18,2% по России), а также экстрагенитальная патология (14,3%) и сепсис (7,1%) при соответствующих показателях по России 11,1 и 7,1%.

Анализ распространенности абортов в области за время действия Программы выявил, что число их сократилось в 1,8 раз - с 212,3 на 100 родившихся в 1999 г. до 119,7 в 2006 г., хотя уровень абортов в области продолжает превышать соответствующий показатель по России. При этом положительным мо-

ментом является снижение удельного веса аборт у первобеременных женщин области (до 9,4% при 11,5% по России).

Рисунок 4

Сопоставление прогнозных и реальных показателей материнской смертности в Свердловской области (на 100 000 родившихся живыми детьми) в 1996-2007 гг.



Одним из важнейших достижений Программы следует считать уменьшение в регионе частоты анемии беременных, являющейся, как известно, социально зависимой и наиболее управляемой патологией беременности. В 2004 г. уровень анемии беременных в области снизился до 39,2%, что на 7,0% ниже общероссийского уровня (41,8%). В последующем частота анемии в области продолжала снижаться (38,7 - 38,1 на 100 беременных при уровне по России 41,5 - 41,6%), и к 2006 г. разница составила 8,4%. Уменьшение анемии беременных в регионе можно объяснить успешной реализацией мер социальной поддержки беременных.

Сохранение более высокой частоты экстрагенитальной патологии у беременных Свердловской области в сравнении с показателями по России может быть обусловлено неблагоприятным действием экологических факторов (особенно в отношении болезней мочевыделительной системы, наиболее подверженной внешним воздействиям), поскольку область является промышленным регионом. При этом рассчитывать на выраженный положительный эффект не приходилось, поскольку очевидно, что сформировавшаяся в течение предшествующих лет жизни женщины соматическая и эндокринная патологии не могли

исчезнуть даже при существенном повышении качества медицинской помощи и улучшении условий жизни беременных в последние пять лет. Речь идет о непредотвратимой патологии: болезнях системы кровообращения, мочеполовой системы, частота которых в регионе не только не снижалась, но, как и по России в целом, продолжала нарастать. Однако темпы роста ее были ниже, чем в среднем по России.

Уменьшение в области частоты преждевременных родов (с 4,5 на 100 закончивших беременность в 1999 г. до 3,8% в 2006г), а также аборт (с 6,0 до 4,7% от числа наблюдавшихся в женской консультации) сопровождалось ростом числа закончивших беременность родами в срок (с 89,5% до 91,5%).

Анализ частоты осложнений в родах в течение исследуемого периода в Свердловской области свидетельствует о повышении качества медицинской помощи и роженицам, и родильницам. Доля нормальных родов в регионе увеличилась в 2,6 раза (с 12% до 31,3%) при увеличении общего числа родов на 13% за пять лет. Достигнутое в регионе снижение частоты кровотечений, наиболее тяжелого осложнения в родах и послеродовом периоде, с 37,1-29,6 на 1000 родов в конце 90-х годов до 21,8-25,4 в 2000-х годах (т.е. ниже общероссийского уровня) произошло в основном за счет уменьшения частоты наиболее управляемых кровотечений в послеродовом периоде – с 25,4-18,4 на 1000 родов в конце 90-х годов до 12,1 в 2006 г. - на 23,9% ниже показателя по России (15,9 на 1000 родов). Частота аномалий родовой деятельности уменьшилась в регионе с 141,2 в 1999 г. до 118,8 на 1000 родов в 2006 г., или на 15,9% (при снижении показателя в России на 10,1%) – до уровня ниже общероссийского.

Неблагоприятной остается ситуация в Свердловской области с септическими осложнениями у рожениц и родильниц, частота которых по области в 90-х годах имела выраженную тенденцию к увеличению и превышала общероссийский показатель в 1999 г. в 3 раза (6,15 на 1000 родов при 2,02 в России). В годы действия Программы уровень этой патологии остается крайне нестабильным с колебаниями показателя в 6,4 раза (от 2,17 на 1000 родов в 2003 г. до 13,9 в 2006 г.). Возможно, речь идет об особенностях диагностических критериев данной патологии, поскольку в структуре материнской смертности в регионе доля сепсиса относительно невелика. Столь же нестабильна ситуация с разрывами матки, частота которых также менялась в области от 0,07 до 0,20 на 1000 родов в течение анализируемого периода.

Рост частоты операции кесарева сечения в области за последние пять лет (с 146,4 на 1000 родов в 2002 г. до 191,2 в 2006 г., или на 30,6%, т.е. более вы-

сокими темпами, чем в России (на 18,1% за те же годы) положительно характеризует уровень профессиональной подготовки врачей-акушеров, и именно ростом числа кесарева сечения может быть обусловлена позитивная динамика материнской и перинатальной смертности в области.

Снижение перинатальной смертности (ПС) в области за 2000-2006 гг. до уровня в 7,6‰, т.е. ниже, чем в целом по России, достигнуто в большей степени за счет ранней неонатальной смертности (с 4,9 до 2,7‰), или на 44,9%, при уменьшении мертворождаемости лишь на 29% (с 6,9 до 4,9‰). При этом снижение ПС в области происходило равномерно как у недоношенных (с 92,7‰ в 1999 г. до 63,6‰ в 2006 г., или на 31,4%), так и у доношенных (с 6,0‰ за те же годы до 4,19‰, или на 30,2%). В то время как в России снижение перинатальных потерь среди доношенных произошло лишь на 15,4% (с 5,59‰ в 1999 г. до 4,73‰ в 2004 г.) при превышающем темпе снижения показателя ПС у недоношенных (с 115,1 до 80,4‰, или на 30,1%). Данный факт следует рассматривать как несомненное достижение в рамках региональной Программы, свидетельствующее о повышении качества оказания помощи в акушерских стационарах разного уровня, а не только в областных.

Снижение ранней неонатальной смертности в области обусловило уменьшение смертности детей первого года жизни; соответственно, в структуре причин младенческой смертности перинатальные причины уменьшились до 3,49 на 1000 родившихся в 2006г. при 4,73 по России.

Важным результатом реализации Программы является улучшение здоровья новорожденных, и, прежде всего, уменьшение доли маловесных детей (менее 2500 г) с 7,7% от числа родившихся живыми в 1999 г. до 6,8% в 2006 г., или на 11,2% за семь лет. Это согласуется с уменьшением частоты анемии беременных и характеризует улучшение условий внутриутробного развития плода. Заболеваемость новорожденных за 5 лет сократилась на 13%, вопреки прогнозу, согласно которому ожидался рост показателя на 28%.

Таким образом, реализация стратегической программы «Мать и дитя» привела к достижению принципиально важных медико-социальных результатов в сфере укрепления здоровья беременных женщин, снижения осложнений в родах и заболеваемости новорожденных.

В процессе выполнения Программы достигнуто увеличение объемов медицинской помощи: числа посещений беременных в женских консультациях, числа пролеченных в дневных стационарах (на 33,4%), количества госпитализаций в отделения патологии беременных (на 10,4%). Анализ эффективности

работы женских консультаций показал её рост в 2000-2004 гг. Число посещений на 1 врача акушера-гинеколога увеличилось с 4894 до 5201 в течение года. При этом увеличился удельный вес посещений с профилактической целью с 27,2% в 1999г. до 32% в 2004 г., что было одной из задач Программы. Улучшение профилактической работы женских консультаций характеризуется ростом удельного веса беременных, осмотренных терапевтом с 96,1 в 1999 г. до 97,3% в 2004 г., а также увеличением числа женщин, охваченных ультразвуковым скринингом с 91,8 до 96,2-97,0% в те же годы, что выше, чем показатель по России (96,5%).

В процессе выполнения Программы в области удалось ликвидировать имевшееся отставание от общероссийского уровня обеспеченности акушерскими койками. Обеспеченность койками для беременных и рожениц, составлявшая в 1999 г. 87,6% от таковой в России, в 2006 г. составила 12,2 на 10000 населения, превысив на 9,9% показатель по России (11,1). Превышение показателя обеспеченности койками для патологии беременных в области составило 7,4% (10,1 при 9,4 на 10000 по России). Увеличение числа коек патологии беременных в области (до 45,2% от числа акушерских коек в 2006г.) связано с высоким уровнем заболеваемости беременных.

Реструктуризация акушерско-гинекологического коечного фонда, помимо количественного результата (увеличения объемов медицинской помощи), в значительной степени способствовала повышению качества помощи за счет внедрения современных перинатальных технологий: индивидуальных родовых, совместного пребывания матери и ребенка, раннего прикладывания ребенка к груди и грудного вскармливания. Именно эти меры в конечном итоге обусловили уменьшение репродуктивных потерь и отмеченные позитивные изменения показателей здоровья женщин и новорожденных.

Среднегодовая занятость коек для беременных и рожениц возросла с 220,9 в 1999 г. до 266,0 дня в 2006 г. (на 20,4%), превысив показатель в России на 10,4%; длительность госпитализации в области уменьшилась с 8,6 дня до 8,2 (на 4,7%), что на 7,9% ниже общероссийского уровня (7,6 дней).

Таким образом, период 2000-2006 гг. характеризовался интенсивными процессами оптимизации использования акушерско-гинекологических коек, что отвечает целям стратегической Программы «Мать и дитя» и позволяет положительно оценить эффективность программно-целевого планирования в системе управления региональным родовспоможением.

При оценке эффективности Программы необходимо подчеркнуть, что од-

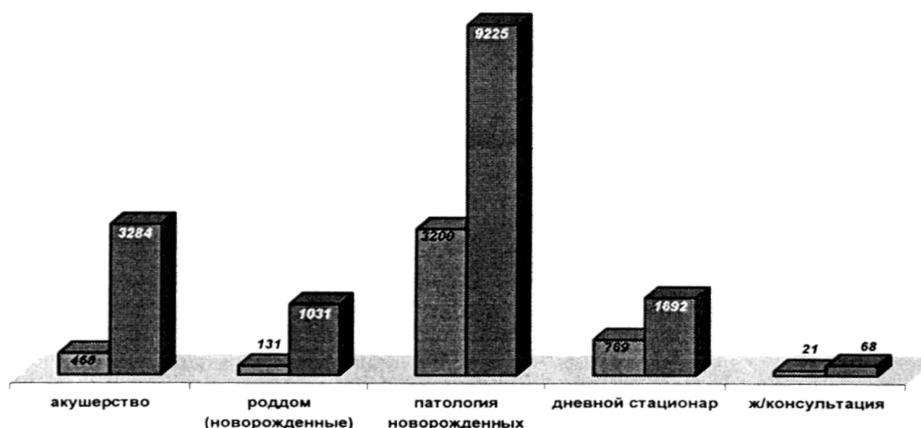
ним из важных условий, позволивших повысить качество медицинской помощи и улучшить показатели деятельности службы родовспоможения в области, явилось увеличение объема финансирования акушерско-гинекологической службы, что в свою очередь явилось одним из результатов внедрения Программы.

Объем финансирования учреждений акушерско-гинекологического профиля, благодаря дополнительным средствам в рамках программы «Мать и дитя», за 2000-2004 гг. увеличился в 4,7 раза - с 137,8 до 653,0 млн. рублей; с учетом инфляции этот рост составил 2,81 раза. В результате фактическое обеспечение родильных домов и акушерских отделений составило 85,8% от потребности (при 51,8% в 1999 г.).

Существенно выросла средняя стоимость одного посещения женской консультации и случая госпитализации беременной и роженицы (рисунок 5).

Рисунок 5

Стоимость единицы медицинской помощи в 2000г. и 2003г. (в рублях).



Анализ экономической эффективности Программы выявил, что эффективность экономической деятельности родильных домов и женских консультаций существенно возросла: уже к 2004 г. относительную эффективность (Эо) более 1,0 имели 58,3% учреждений родовспоможения, причем наибольшая положительная динамика отмечена в стационарной службе родовспоможения, где 66,6% достигли уровня «безубыточности». Показатель относительной эффективности родильных домов (отделений) в целом увеличился с 0,87 в 1999 г. до 1,04 в 2004 г.

При анализе динамики кадрового потенциала службы родовспоможения надо отметить, что в процессе реализации Программы не удалось добиться

улучшения ситуации с врачебным персоналом. Более того, численность акушеров-гинекологов в области начала постепенно сокращаться, и к 2004 году уменьшилась на 8,3% в сравнении с 1999 г. (при уменьшении числа педиатров за этот период на 8,0%). Однако, поскольку одновременно происходило уменьшение численности женщин в регионе, интенсивный показатель обеспеченности населения акушерами-гинекологами практически остался на том же уровне - 3,8-4,0 на 10 000 женщин, что впрочем ниже уровня в России (5,1).

Показатель укомплектованности увеличился в динамике с 94% до 97% - за счет роста совмещения должностей. Уровень совместительства среди акушеров-гинекологов повысился с 1,55 в 1999 г. до 1,69 в 2004 г. Показатель текучести кадров акушеров-гинекологов в период 2000-2004 гг. составил в среднем 11,8%, что превысило показатель в 1999 г. (9,1%), а также уровень, регистрируемый среди врачей всех специальностей (10,9).

Столь неблагоприятная ситуация с врачами акушерами-гинекологами в процессе выполнения Программы может быть обусловлена недостаточным уровнем заработной платы врачей акушеров-гинекологов при почти полном отсутствии системы «платных» услуг в сфере родовспоможения, при недостаточной социальной обеспеченности медицинского персонала, а также неоптимальных условиях деятельности врачей акушеров-гинекологов и неонатологов родильных домов, неудовлетворяющее их материально-техническое и технологическое обеспечение трудового процесса, а также недостаточный уровень заработной платы.

Причиной неудовлетворительной динамики кадрового потенциала региональной службы охраны материнства и детства в период реализации Программы является то, что проблемы подготовки, распределения и закрепления кадров здравоохранения по своему масштабу выходят за пределы уровня полномочий региональных органов власти. В отсутствие эффективной государственной кадровой политики в сфере здравоохранения усилий только региона оказывается явно недостаточно для преодоления неблагоприятных тенденций, сложившихся в последнее десятилетие в системе обеспечения медицинским персоналом службы родовспоможения.

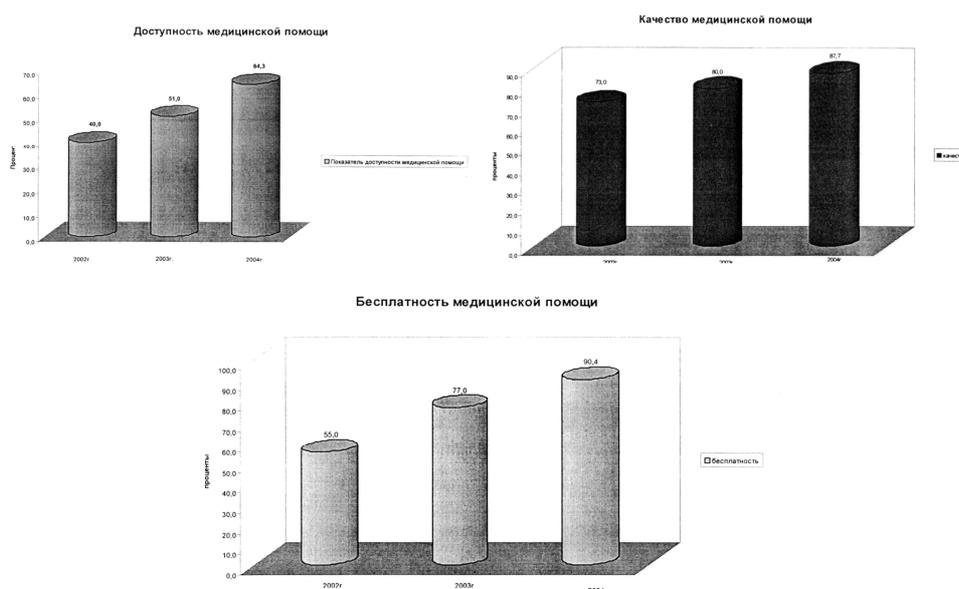
Одним из позитивных моментов, выявленным в ходе исследования, является повышение квалификации работающих в Свердловской области специалистов в сфере охраны материнства и детства; следовательно, те вопросы кадро-

вой проблемы, которые находятся в пределах компетенции регионального органа управления здравоохранением, удалось решить.

Проведенное социологическое исследование (с целью учета и контроля выполнения объемов, качества медицинских услуг и обеспечения гарантированной бесплатной медицинской помощи в женских консультациях и родильных домах) базировалось на изучении мнения пациентов о качестве и условиях предоставления медицинской помощи в медицинских учреждениях Свердловской области. Согласно результатам анкетирования 2133 беременных и рожениц в Свердловской области отмечена положительная динамика мнения женщин относительно доступности и качества медицинской помощи (рисунок 6).

Рисунок 6

Динамика показателя доступности, качества медицинской помощи и уровня бесплатных медицинских услуг беременным и роженицам (%) в 2002-2004г.



Важным результатом Программы явилось регулирование рынка платных услуг и реальное обеспечение бесплатной медицинской помощи женщинам при беременности и родах. Результаты анкетирования и опросов женщин свидетельствовали, что в родильных домах уровень бесплатной медицинской помощи увеличился с 55,0 в 2002 г. до 90,4% в 2004 г. (рисунок 6) и практически исчезли незаконные платные услуги. Кроме того, согласно результатам анкетирования, в 2004 г. знание своих прав в области охраны здоровья показали 75% опрошенных женщин, по сравнению с 30% в 2002 г.

Таким образом, основными результатами реализации Программы являются улучшение состояния здоровья беременных, рожениц и новорожденных и

индикаторов показателей работы акушерско-гинекологической службы: увеличение объемов и повышение качества акушерской и перинатальной помощи, оптимизация коечного фонда, обеспечившая внедрение современных перинатальных технологий; регулирование рынка платных медицинских услуг в родовспоможении и обеспечение бесплатной медицинской помощи беременным и роженицам.

В то же время, при анализе здоровья изучаемых контингентов и состояния службы охраны материнства и детства выявлены резервы дальнейшего повышения эффективности проводимых мероприятий и определены направления поиска для оптимизации демографической ситуации в регионе.

В "**Заключении**" обобщены данные, приведенные по главам, представляющие обоснование необходимости совершенствования системы медицинской помощи женщинам и детям, изложение разработанной и внедренной в Свердловской области стратегической программы реформирования родовспоможения на основе метода стратегического планирования, а также анализ полученных медико-социальных и экономических результатов внедрения Программы в Свердловской области.

Ключевым результатом внедрения стратегической Программы явилось улучшение общих демографических показателей в регионе: рост рождаемости с 2001 г., причем темпы его превысили таковые по России в целом; в результате в течение последних пяти лет коэффициент рождаемости в Свердловской области впервые за многолетний период превысил общероссийский показатель. Благодаря этому, несмотря на сохраняющийся вплоть до 2003 г. рост уровня общей смертности в регионе, показатели естественной убыли населения в Свердловской области с 2002 г. имеют устойчивую тенденцию к снижению (таблица 6).

Таблица 6

Динамика демографических процессов в Свердловской области и России, 1994-2004 гг.

Годы	Рождаемость (на 1000 населения)		Смертность (на 1000 населения)		Естественный прирост (убыль)	
	Сверд.обл.	РФ	Сверд.обл.	РФ	Сверд.обл.	РФ
1994	9,0	9,6	16,7	15,7	-6,7	-7,7
1995	8,5	9,3	15,6	15,0	-5,7	-7,1
1996	8,3	8,4	14,7	14,2	-5,3	-6,4
1997	8,1	8,6	14,0	13,8	-5,2	-5,9
1998	8,5	8,8	13,9	13,6	-4,8	-5,4
1999	8,0	8,3	15,3	14,7	-6,4	-7,3
2000	8,2	8,7	16,4	15,4	-6,7	-8,2

2001	8,9	9,1	16,0	15,6	-6,5	-7,1
2002	9,8	9,8	16,9	16,3	-6,5	-7,1
2003	10,3	10,2	17,0	16,4	-6,2	-6,7
2004	10,7	10,4	16,5	16,0	-5,8	-5,9
2005	10,4	10,2	16,6	16,1	-6,2	-5,9
2006	10,7	10,4	15,3	15,2	-4,6	-4,8

ВЫВОДЫ

1. Последнее десятилетие XX века характеризовалось резким ухудшением медико-демографической ситуации в Свердловской области. Главными негативными моментами стали феномен депопуляции, сокращение ожидаемой продолжительности жизни с 68,9 в 1990 г. до 65,8 в 1999 г., изменение возрастной структуры населения в сторону значительного снижения доли детей. Эти процессы были более выражены и проходили более быстрыми темпами в Свердловской области, чем в целом по Российской Федерации, в результате чего показатель рождаемости в регионе снизился к 1999 г. до 8,0 на 1000 населения (при 8,3 в России), а естественная убыль населения достигла уровня -7,3 на 1000 (при -6,4 в России). Разработанные на основе анализа показателей за предшествующие годы прогнозы свидетельствовали, что без проведения эффективной политики в этой сфере ближайшие годы могли стать периодом дальнейшего ухудшения демографической ситуации в регионе.

2. Анализ показателей здоровья женщин выявил, что в 90-е годы состояние здоровья беременных женщин в Свердловской области, во-первых, было хуже, чем в целом по стране, во-вторых, в динамике за 90-е годы существенно ухудшилось. В сравнении с общероссийскими показателями в регионе наблюдались статистически значимые более высокие уровни заболеваемости беременных женщин, невынашивания, осложнений в родах, а также материнской смертности. В течение 90-х годов в области сохранялась высокая частота абортов, выше общероссийского уровня, что являлось фактором риска нарушения гестационного процесса, а также высокой материнской смертности. В 1999 г. главной проблемой материнской смертности в Свердловской области являлась смерть женщин от аборта и внематочной беременности, явившихся причиной гибели более половины всех умерших (56,2% при соответствующем показателе в России 33,1%); причем 43,7% смертности было обусловлено только абортами. Разработанные прогнозы свидетельствовали о возможности сохранения в ближнесрочной перспективе столь же высоких показателей репродуктивной патологии или их ухудшении.

3. При изучении состояния здоровья детей Свердловской области выявлена сложившаяся в 90-х годах тенденция роста заболеваемости новорожден-

ных, детей первого года жизни и 0-14 лет при одновременном снижении младенческой, перинатальной и детской смертности. Динамика показателей в регионе была аналогична общим тенденциям в Российской Федерации в целом (рост заболеваемости и снижение смертности), и темпы снижения смертности детей всех возрастных групп в Свердловской области были близкими к таковым, регистрируемым в целом по стране. Разработанные на основании полученных фактических данных прогнозы заболеваемости детей свидетельствовали о возможном дальнейшем увеличении показателей во всех анализируемых возрастных группах при сохраняющейся положительной динамике в отношении младенческой, перинатальной и детской смертности 0-14 лет в ближнесрочной перспективе.

4. При оценке состояния и эффективности службы охраны здоровья матери и ребенка в Свердловской области выявлено низкое качество медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным - при недостаточном ресурсном обеспечении службы родовспоможения, обусловленном кризисными явлениями в экономике страны в целом и в системе здравоохранения в частности. Предпринятые региональными органами управления меры по оптимизации организационной структуры службы охраны материнства и детства, повышению эффективности использования имеющегося в ней потенциала в условиях резкого дефицита финансовых средств оказались явно недостаточными, поскольку не носили системного характера, были направлены лишь на отдельные, не всегда приоритетные элементы системы, а кроме того финансовая их составляющая была незначительной. По большинству принципиальных позиций в родовспоможении и детстве к концу XX века в области не удалось изменить сложившихся тенденций.

5. На основе метода стратегического планирования разработана научно обоснованная концепция и организационные принципы реформирования региональной службы охраны здоровья матери и ребенка; создана целевая стратегическая Губернаторская Программа «Мать и дитя» и основные ее положения внедрены в практическое здравоохранение Свердловской области. Целью программы явилось улучшение здоровья женщин в процессе реализации репродуктивной функции и рождающегося поколения детей - за счет обеспечения гарантированной качественной доступной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным детям - на основе государственной поддержки службы родовспоможения. Для достижения данной цели были поставлены и решены задачи сохранения репродуктивного здоровья женщин и создания условий для рождения здоровых детей путем совершенствования ор-

ганизации лечебно-профилактической помощи женщинам и детям на этапах амбулаторной и стационарной помощи беременным, роженицам и родильницам, а также новорожденным детям. Основой реформирования службы родовспоможения на территории области было обеспечение приоритетного финансирования родильных домов (отделений), женских консультаций, гинекологических и неонатальных отделений с обоснованием объемов медицинской помощи и реальной финансовой потребности подразделений службы родовспоможения, а также улучшение их ресурсного обеспечения и совершенствование системы управления основными ресурсами службы на основе экспертного контроля и мониторинга.

6. Реализация стратегической Программы «Мать и дитя» в Свердловской области позволила в 2,5 раза снизить уровень материнской смертности (до 29,3 на 100000 родившихся живыми – при прогнозируемом уровне 66,6), впервые за многие годы приблизившись к общероссийскому уровню, уменьшить частоту анемии беременных (с 40,4 до 38,1%), уровень невынашивания (с 6,0 в 1999 г. до 4,7 на 100 закончивших беременность в 2006 г.) и недонашивания беременности (с 4,5 до 3,8%), снизить число осложнений в родах, прежде всего кровотечений (с 29,6 до 25,4 на 1000 родов), аномалий родовой деятельности (141,2 до 118,8 на 1000 родов), а также улучшить показатели физического развития новорожденных детей (снизить число родившихся с низкой массой тела менее 2500 г с 7,7 до 6,8%) и уменьшить репродуктивные потери (мертвоорождаемость – с 6,9 до 4,9 на 1000 родившихся живыми и мертвыми, раннюю неонатальную смертность – с 4,9 до 2,7 на 1000 родившихся живыми). Медико-социальная эффективность Программы подтверждается также уменьшением числа аборт в области в 1,8 раз (с 212,3 на 100 родившихся в 1999 г. до 119,7 в 2006 г.) при снижении удельного веса абортов у первобеременных женщин области (до 9,4% при 11,5% в России) и снижением материнских потерь от прерывания беременности.

7. Результативность Программы характеризуется тем, что за пять лет действия стратегической Программы удалось преодолеть отставание службы от общероссийского уровня по обеспеченности коечным фондом, значительно повысить интенсивность использования имеющихся мощностей амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев службы родовспоможения: к 2004 г. доля экономически эффективно работающих женских консультаций возросла с 20,8 до 58,3%, а родильных домов (отделений) – с 16,6 до 66,6%. Дополнительные ассигнования в рамках стратегической программы дали возможность почти полностью удовлетворить потребности учреждений данного профиля в

финансовых ресурсах.

8. Основным резервом дальнейшего совершенствования системы оказания медицинской помощи женщинам и детям в Свердловской области и оптимизации процесса воспроизводства здорового потомства в регионе является распространение принципов функционирования Программы на все учреждения системы охраны здоровья матери и ребенка; дальнейшее укрепление материально-технической базы родовспоможения и педиатрической службы. Весьма важной проблемой в регионе является дальнейшее снижение гнойно-воспалительной заболеваемости в акушерских стационарах.

9. Стратегическое планирование является эффективным современным методом управления здравоохранением, способствующим повышению результативности функционирования службы охраны материнства и детства – на основе внедрения основных принципов разработанной стратегической Программы – системность, межведомственный характер и этапность. Высокая результативность стратегической программы «Мать и дитя» демонстрирует целесообразность примененного метода стратегического планирования для решения других задач, стоящих перед региональным здравоохранением; важнейшим механизмом управления здоровьем населения и динамикой медико-демографической ситуации как основной задачей общественного здравоохранения является совершенствование управления службой охраны материнства и детства в регионе и стране в целом.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Для улучшения медико-демографической ситуации в регионе и сохранения здоровья населения необходимо признание приоритетной роли родовспоможения как наиболее социально-значимой сферы здравоохранения, ответственной за здоровье рождающегося поколения и сохранение человеческого потенциала.

2. Основой для разработки перспективного стратегического плана развития отрасли должна быть комплексная оценка динамики здоровья рождающих женщин и новорожденных, показателей качества медицинской помощи этим контингентам населения, а также экономический анализ деятельности медицинских учреждений. Существенная роль при определении путей совершенствования региональной службы охраны материнства и детства принадлежит методу прогнозирования результатов - на основе анализа наблюдавшихся за предшествующие годы реальных параметров здоровья женщин и детей, а также уровня и структуры репродуктивных потерь.

3. Принципиально новым подходом к оптимизации службы в регионе является программно-целевой метод планирования в управлении здоровьем и здравоохранением, и прежде всего в сфере охраны материнства и детства, обеспечивающий эффективность мер по укреплению здоровья населения и улучшению медико-демографической ситуации в регионе.

4. В связи с растущей угрозой снижения доступности квалифицированной медицинской помощи широким слоям населения в условиях современных тенденций рыночной экономики и коммерциализации здравоохранения, важнейшей задачей органов управления здравоохранением является обеспечение гарантированной бесплатной медицинской помощи, прежде всего контингентам, обеспечивающим репродуктивный процесс - беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

5. Эффективным механизмом, обеспечивающим выполнение данных задач, является разработка на основе метода стратегического планирования и внедрение во все медицинские учреждения родовспоможения региона целевой региональной Программы «Мать и дитя» с адекватным финансовым обеспечением за счет средств областного и муниципального бюджетов, а также средств ФФОМС, ТФОМС.

6. Основными практическими задачами Программы являются:

- обоснование необходимых объемов медицинской помощи и реальной финансовой потребности конкретных подразделений службы родовспоможения с обеспечением приоритетного финансирования службы родовспоможения и необходимыми материально-техническими ресурсами;

- разработка единых территориальных отраслевых протоколов ведения женщин в период беременности (при физиологическом и осложненном течении), родов (с учетом характера родов), а также новорожденных детей;

- совершенствование организации медико-профилактической помощи женщинам и детям на всех этапах: женская консультация, родильный дом, отделения патологии новорожденных детских больниц; организация и широкое использование дневных стационаров для обследования, оздоровления и реабилитации беременных и родильниц;

- разработка мероприятий поэтапного внедрения целевой программы, обеспечивающей гарантии бесплатной медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным детям на территории области и поэтапное реформирование службы родовспоможения с развитием межрайонных перинатальных центров;

- создание нормативно-правовой базы и разработка документов, регламентирующих деятельность службы родовспоможения и являющихся юридической основой для внедрения Программы и проводимой реорганизации службы; разработка алгоритма экспертного контроля в женских консультациях и родильных домах (отделениях);

- разработка единой информационной базы данных всех беременных женщин области для обеспечения мониторинга и отбора пациентов высокого риска акушерской и перинатальной патологии;

- важнейшей особенностью Программы является обеспечение возможности ее перманентного развития и коррекции в процессе выполнения.

7. Поскольку решение фундаментальной задачи улучшения основных показателей здоровья беременных женщин и рождающихся детей зависит не только от деятельности учреждений здравоохранения, но и от скоординированной работы органов власти регионального и муниципального уровней, а также таких ведомств, как социальная защита, образование, средства массовой информации и других, одним из основных особенностей региональной Программы является ее межведомственный характер.

8. Реализация мероприятий Программы позволяет улучшить медико-демографические параметры в регионе, снизить уровень репродуктивных потерь и осложнений беременности за счет улучшения организации службы родовспоможения и повышения качества медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным при обеспечении реальной бесплатной доступной квалифицированной медицинской помощи в сфере родовспоможения.

9. Важным достижением при реализации медико-социальных мероприятий Программы является возможность осуществления профилактического направления родовспоможения и перинатальной медицины – путем снижения частоты фоновых заболеваний, прежде всего анемии беременных (за счет дополнительных социальных мер по оптимизации питания беременных и кормящих женщин) - на основе внедрения единой системы мониторинга за всеми беременными и кормящими женщинами региона.

10. Обеспечение гарантии бесплатной медицинской помощи беременным и роженицам и профилактики незаконного взимания денег с пациенток достигается, во-первых, путем широкого информирования женщин о бесплатных видах помощи и необходимых диагностических и лечебных мероприятиях при физиологической и осложненной беременности – на основании разработанного перечня и порядка предоставления медицинских услуг, а во-вторых, путем систематического контроля за качеством, бесплатностью и доступностью

предоставляемой медицинской помощи в женских консультациях и родильных домах.

11. Преимущества программно-целевого подхода в управлении здоровьем и здравоохранением, и прежде всего в сфере охраны материнства и детства, подтверждаемые результатами проведенного анализа медико-социальной и экономической эффективности мероприятий стратегической Программы в Свердловской области, позволяют рекомендовать данный метод и разработанную на его основе стратегическую целевую Программу для внедрения в других регионах России. Основная задача Программы - улучшение здоровья женщин в процессе реализации репродуктивной функции и рождающегося поколения детей - за счет обеспечения гарантированной качественной доступной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным детям - на основе адекватного финансирования службы родовспоможения. Для успешной реализации стратегической целевой Программы «Мать и дитя» и обеспечения доступности и качества врачебной и медикаментозной помощи беременным женщинам, роженицам и новорожденным решающее значение имеет совершенствование системы управления основными ресурсами службы родовспоможения на основе обеспечения адекватного финансирования отрасли.

12. Совершенствование службы охраны материнства и детства и улучшение медико-социальной помощи рожаящим женщинам, являясь важнейшим инструментом формирования общественным здоровьем и улучшения медико-демографической ситуации, должно рассматриваться как одна из основных задач органов управления и властных структур как в конкретном регионе, так и в целом по России.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Скляр М.С. Здоровье населения и здравоохранение Свердловской области: состояние, проблемы, перспективы. / М.С. Скляр, О.П. Ковтун, А.П. Боярский // Екатеринбург: «Академкнига», 2003.- 188 с.

2. Скляр М.С. Организация и развитие амбулаторно-поликлинической помощи населению (опыт Свердловской области). / М.С. Скляр //Здравоохранение, 2003.- №10.-С.27-31.

3. Скляр М.С. Информационные технологии в управлении детской больницей. / М.С. Скляр, А.Б. Блохин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2003.-№1.- С.49-51.

4. Скляр М.С. Оснащение медицинской техникой лечебно-профилактических учреждений Свердловской области. / М.С. Скляр, А.В. Воробьев, Д.Р. Хальфин, Л.Г. Каратаева, П.Е. Тарасов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2002.-№6.- С.33-36.

5. Скляр М.С. Анализ конъюнктуры рынка медицинского оборудования в

Свердловской области: текущее состояние и прогноз. / М.С. Скляр, А.В. Воробьев, Д.Р. Хальфин, Л.Г. Каратаева, // Вестник Первой областной больницы, 2002.-№2.- С.3-5.

6. Скляр М.С. Применение стандартов в практике интенсивной терапии. / А.Л. Левит, В.А. Руднов, А.А. Белкин, М.С. Скляр, Е.Э. Лайковская // Сибирский консилиум, 2004.-№5.-С.63-65.

7. Скляр М.С. Региональные аспекты управления качеством в здравоохранении на основе стандартизации. / М.С. Скляр, Е.Э. Лайковская, Л.В. Путилова //Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2003.-№1.- С.92-93.

8. Скляр М.С. Совершенствование сельского здравоохранения на основе внедрения ОВП в Свердловской области – опыт и перспективы. / Скляр М.С. // Всеросс. совещ. «Развитие сельского здравоохранения». Сб. докл. Москва, 2004.- С.115-121.

9. Систематизация медицинских программ на основе целевой модели развития здравоохранения. / М.С. Скляр, Б.В. Соколов // Конструктивное здравоохранение, 2002.-Спец.вып. «О развитии регионального законодательства в здравоохранении».- С.53-56.

10. Скляр М.С. О системе стандартизации в Свердловской области и перспективах ее развития. / М.С. Скляр, Л.В. Путилова // Конструктивное здравоохранение, 2002.-Спец.вып. «О развитии регионального законодательства в здравоохранении».- С.59-61.

11.Скляр М.С. Основные итоги деятельности здравоохранения Свердловской области. / М.С. Скляр, О.П. Ковтун, Н.Н. Кивелева, Е.Э. Лайковская // Вестник Уральской академической науки, 2003.-спецвыпуск, посвященный 10-летию ТФОМС Свердловской области. - С.13-19.

12. Скляр М.С. Информационные технологии в педиатрии. / М.С. Скляр // Под ред. д.м.н., проф. А.Б. Блохина. Екатеринбург, 2004. – 127 с.

13. Скляр М.С. Реформирование амбулаторно-поликлинической помощи в Свердловской области / М.С. Скляр, Б.И. Чарный, Е.Э. Лайковская // Вестник уральской медицинской академической науки, 2003.-№1.- С.13-16.

14. Скляр М.С. Особенности организации интенсивного этапа лечения в крупном промышленном регионе. / А.Л. Левит, В.И. Стародубов, М.С. Скляр // Проблемы управления здравоохранением, 2003.- № 6.- С. 33-37.

15. Скляр М.С. Организация лечения больных с синдромом острой церебральной недостаточности в РАО Свердловской области. / А.А. Белкин, А.Л. Левит, В.А. Руднов, Ю.С. Семенов, М.С. Скляр, Б.И. Чарный // Вестник интенсивной терапии, 2004.-№3.- С.18-22.

16. Скляр М.С. Технология разработки и принятия региональных медицинских целевых программ. / М.С. Скляр, Е.Э. Лайковская //Конструктивное здравоохранение, 2002.- Спец.выпуск «О развитии регионального законодательства в здравоохранении».- С.57-58.

17. Скляр М.С. Врачебный и сестринский персонал регионального здравоохранения (тенденции и прогноз). / М.С. Скляр, Н.Н. Кивелева, Г.М. Насыбуллина // Екатеринбург: изд-во АМБ, 2005.- 91с.

18. Скляр М.С. Основные тенденции изменения здоровья детского насе-

ления Свердловской области / М.С. Скляр // Организационно-управленческие и экономические аспекты деятельности здравоохранения: Сб. науч. работ организаторов и экономистов здравоохранения / Под общ.ред. А.Б. Блохина.- Екатеринбург: Изд-во АМБ, 2005.- С.6-11.

19. Скляр М.С. Современные проблемы и перспективы обеспеченности врачами службы охраны материнства и детства / М.С. Скляр, Г.М. Насыбуллина // Организационно-управленческие и экономические аспекты деятельности здравоохранения: Сб. науч. работ организаторов и экономистов здравоохранения / Под общ.ред. А.Б. Блохина.- Екатеринбург: Изд-во АМБ, 2005. - С.297-305.

20. Скляр М.С. К проблеме управления здоровьем детского населения Свердловской области / М.С. Скляр // Вестник Уральской медицинской академической науки.- 2005.- №2.-С.99-101.

21. Скляр М.С. Медицинские кадры службы охраны материнства и детства Свердловской области / М.С. Скляр // Вестник Уральской медицинской академической науки.- 2005.- №2.- С.102-105.

22. Скляр М.С. Территориальная программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи как основа планирования и финансирования регионального здравоохранения (на примере Свердловской области) / М.С. Скляр // Вестник Уральской медицинской академической науки.- 2005.- №3.- С. 40-45

23. Скляр М.С. Основные принципы формирования целевой программы «Мать и дитя» в Свердловской области / М.С. Скляр // Материалы VII Российского Форума «Мать и Дитя», Москва, Меди-экспо, 2005.- С.650.

24. Скляр М.С. Некоторые итоги реализации целевой программы «Мать и дитя» в Свердловской области / М.С. Скляр // Материалы VII Российского Форума «Мать и Дитя», Москва, Меди-экспо, 2005.- С. 650-651.

25. Комплексная оценка диагностики социально-демографической безопасности региона (под ред. акад. РАН А.И.Татаркина, д.э.н., проф. А.А.Куклина. Авторский коллектив А.И.Татаркин, А.А.Куклин, М.С.Скляр и др. – Екатеринбург: институт экономики УрОРАН, 2007. – 156с.

26. Скляр М.С. Детская и перинатальная смертность в России: тенденции, структура, факторы риска / Л.П. Суханова, М.С. Скляр // Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья населения». – 2007. - №4 [Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/46/27/>]

27. Скляр М.С. Медико-организационные факторы в обеспечении репродуктивного процесса в России / Л.П. Суханова, М.С. Скляр, Т.В. Кузнецова // Проблемы репродукции. 2008. Специальный выпуск. Технологии XXI века в гинекологии. – М., 2008. – С.22-23.

28. Скляр М.С. Реорганизация региональной службы охраны материнства и детства на основе метода стратегического планирования. / М.С. Скляр // М.: ЦНИИОИЗ, 2008. – 192 с.

29. Скляр М.С. Тенденции младенческой и перинатальной смертности как основа организации родовспоможения в России / М.С. Скляр, Л.П. Суханова, М.А. Сырочкина, Г.Ю. Уткина // Уральский медицинский журнал, 2008, №5, с.4-9.