УДК 614.2:330.36

МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

MEASURES FOR REDUCING THE INFANT MORTALITY RATE IN THE CHECHEN REPUBLIC

©Исакова П. В.
Правительство Чеченской республики
Грозный, Россия
is.zara2017@yandex.ru
©Isakova P.
The Government of the Chechen Republic
Grozny, Russia
is.zara2017@yandex.ru

Аннотация. Модернизация отечественной системы здравоохранения, нацеленная на повышение качества и доступности медицинской помощи населению, потребовала пересмотра критериев оценки качества и эффективности деятельности лечебно–профилактических учреждений, что повлекло за собой внедрение новых региональных моделей качества медицинской помощи. Такие модели предусматривают проведение системного анализа и управления показателями качества. Так, в 2011–2013 г. г. в Чеченской республике в структуре показателя младенческой смертности превалировала доля ранней неонатальной смертности, которая составила в 2011 г. 79,38±1,79%, в 2012 снизилась в 1,17 раза и составила 68,12±1,41%, а в 2013 г. существенно не изменилась и составила 67,05±1,59% (p=0,056). За тот же период удельный вес постнеонатальной смертности в структуре младенческой смертности возрос более чем в 2 раза: с 6,19±0,13% в 2011 г. до 14,85±0,30% в 2012 и 12,50±0,29% в 2013 г. Такое положение дел обосновывает целесообразность разработки дополнительных мероприятий по повышению качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям до 1 года, предусматривающих внедрение модели качества, элементами которой являются субъекты, характеристики качества, качественные процессы медицинской помощи, инструментарий и функциональные элементы для оценки, ключевой элемент модели и тип управления качеством.

Abstract. Modernization of the national health system, aimed at improving the quality and accessibility of medical care to the population, demanded the revision of criteria for assessing the quality and performance of health care institutions that resulted in the implementation of new regional models of quality of care. Such models provide for a systematic analysis of the quality indicators. Thus, in 2011–2013 in the Chechen Republic in the structure of infant mortality has the largest share of early neonatal mortality, which amounted in 2011 79,38±1,79%, in 2012 decreased by 1.17 times and amounted to 68,12±1,41%, and in 2013 have not changed significantly and amounted to 67,05±1,59% (p=0,056). During the same period, the proportion of post–neonatal mortality in the structure of infant mortality has increased in more than 2 times: 6,19±0,13% in 2011 to 14,85±0,30% in 2012 and 12,50±0.29% in 2013 This situation proves the necessity to develop additional measures to improve the quality of medical care to pregnant women, parturient women, puerperant women and children under 1 year, involving the introduction of quality models, elements of which are the subjects of models, quality metrics, quality processes of care, assessment tool, functional elements for assessment, a key element of the model and the type of quality management.

Ключевые слова: модель качества медицинской помощи, младенческая смертность, ключевой показатель качества.

Keywords: model of quality of care, infant mortality, a key indicator of quality.

Актуальность исследования. В процессе организации и оказания качественной медицинской помощи населению существенное значение имеют социально-экономические условия обслуживаемой территории, которые отражаются на результатах помощи и показателях функционирования системы здравоохранения [9, с. 3–9].

Разработка научно обоснованных мероприятий совершенствования медицинской помощи и организационно–методологических принципов ее оптимизации подразумевает проведение предварительного анализа особенностей формирования здоровья населения, в том числе в тех регионах, где влияние климатогеографических, экологических и социальных факторов значительно выражено [15, с. 3–7].

Модернизация отечественной системы здравоохранения, нацеленная на повышение качества и доступности медицинской помощи населению, потребовала пересмотра критериев оценки качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), что повлекло за собой внедрение новых региональных организационно-функциональных моделей медицинской помощи населению [3].

Пролонгированная во времени сложная социально-экономическая ситуация в Чеченской республике оказала дополнительное влияние на потребность региона в оптимизации процессов организации медицинской помощи и обеспечения ее надлежащего качества [13].

Обеспечение качества медицинской помощи населению в переходный период, когда происходит замена одной модели организации помощи на другую, требует пересмотра привычных методов управления [16, с. 26–31; 17, с. 3–7]. В обязательном порядке должны быть решены проблемы оценки эффективности внедряемой модели, в том числе для обеспечения заявленного качества медицинской помощи.

Все сказанное актуализирует проведение целенаправленных исследований по разработке комплексных мероприятий совершенствования модели обеспечения качества медицинской помощи в Чеченской республике в сложившихся социально–экономических условиях.

Цель исследования: научно–методическое обоснование разработки и внедрения мероприятий по обеспечению снижения показателя младенческой смертности в Чеченской Республике посредством повышения качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям первого года жизни.

В *задачи исследования* входило формирование усовершенствованной модели обеспечения качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям первого года жизни в Чеченской республике.

Организация, материал и методы исследования.

В процессе исследования подразумевалось, что в основе медицинской помощи населению лежат единые организационные принципы. Вместе с тем принималось во внимание, что социально–экономические условия развития региона оказывают значительное влияние на выбор форм и методов организации помощи. Среди таких условий были выделены [12, с. 5–11; 14, с. 50–52]:

1. Численность населения и плотность его проживания;
2. Специфика труда и степень хозяйственно-бытовой устроенности населения;
3. Особенности условий жизни, обычаев, образовательного и культурного уровней населения республики;

4. Состояние транспортных коммуникаций и территориальная удаленность врачебной помощи (в том числе специализированной) от мест проживания пациентов;

5. Техническая обеспеченность средствами связи;

6. Обеспеченность специалистами учреждений здравоохранения;

7. Оснащение лечебно-профилактических учреждений медицинским оборудованием.

Перечисленные позиции определили доступность медицинской помощи населению Чеченской республики и возможность достижения целевых показателей качества медицинской помощи.

В процессе настоящего исследования одним из важнейших показателей состояния здоровья и уровня жизни населения Чеченской республики был определен показатель младенческой смертности.

Младенческая смертность (смертность среди детей младше одного года) рассматривалась также как один из ключевых показателей качества функционирования системы здравоохранения в республике.

Помимо этого, оценивалась перинатальная смертность как статистический показатель, отражающий все случаи смерти плода или новорожденного в период от 22-й недели беременности до 7 суток после рождения (перинатальный период). Перинатальная смертность включала антенатальную смертность — в период от 22 недель беременности до начала родов, интранатальную — во время родов, а также раннюю неонатальную — до 7 суток после родов [10].

В рамках настоящего исследования интранатальная и ранняя неонатальная смертность учитывались отдельно в структуре младенческой смертности. Помимо этого, учитывались поздняя неонатальная смертность, которая определялась как смертность детей после 7 и до 28 полных дней жизни, а также постнеонатальная смертность — как смертность детей с 29 дня жизни до 1 года.

Настоящее исследование предусматривало анализ причин смерти плода и новорожденного: асфиксии, врожденных аномалий, дыхательных расстройств, инфекционных заболеваний, осложнений беременности и родов.

Анализировались также факторы риска гибели плода и новорожденного: возраст матери, семейное положение, вредные условия труда матери, вредные привычки, сопутствующая экстрагенитальная патология (все заболевания кроме гинекологических), количество предыдущих родов, масса плода, состояние плода при рождении, действия медицинского персонала.

Все факторы, способные повлиять на показатель младенческой смертности, были структурированы как социально–гигиенические, биологические и медицинские факторы [2, с. 4–6].

Социально–гигиенические факторы включали экологические, профессиональные вредности и вредные привычки.

Биологические факторы включали наличие наследственной отягощенности по врожденным порокам развития и хромосомным аномалиям.

Медицинские факторы, способные повлиять на показатель младенческой смертности, включали наличие у женщин сопутствующей экстрагенитальной и гинекологической патологии, отягощенный акушерско–гинекологический анамнез, отсутствие адекватной прегравидарной подготовки, осложненное течение беременности, а также неадекватную пренатальную диагностику [1, с. 3–4].

Младенческий возраст (от рождения до года) подразделялся на период новорожденности (первые 4 недели после рождения) и грудной возраст (от 4 недель до 1 года) [7].

При разработке мероприятий по снижению младенческой смертности в Чеченской республике посредством обеспечения высокого качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям до 1 года в процессе настоящего

исследования использовалась концепция всеобщего менеджмента качества (TQM) в здравоохранении, представленная следующим образом [5]:

–ориентация на пациента, соответствие его ожиданиям и современному уровню развития науки и технологии;

–лидирующая роль руководства системы здравоохранения Чеченской республики в создании необходимых условий для обеспечения надлежащего качества медицинской помощи на территории республики;

–вовлеченность широких слоев медицинского сообщества республики в деятельность по управлению качеством медицинской помощи;

–процессный подход к ресурсам и деятельности;

–системный подход, объединяющий все процессы, направленный на пациента;

–постоянное улучшение и совершенствование процессов на основании анализа результатов;

–принятие решений, основанных на доказанных фактах;

–использование медицинских технологий, доказавших свою эффективность и актуальность;

–организацию внутриведомственного и межведомственного взаимодействия в интересах пациента.

В процессе исследования термин «модель» трактовался как некий объект, отражающий важнейшие особенности изучаемого явления (процесса) [8].

Под моделью качества подразумевалось схематичное описание качества медицинской помощи как абстрактного объекта взаимодействия конкретных субъектов (пациенты, медицинский персонал, органы управления здравоохранением, государство) в конкретных процессах (циклических повторяющихся действиях), выполнение которых позволяло достигнуть запланированных результатов, удовлетворяющих потребности вышеназванных субъектов.

Качество медицинской помощи трактовалось как характеристика соответствия конкретного результата медицинской помощи обоснованному прогнозу, ожидаемому в аналогичных случаях [6].

С другой стороны, качество медицинской помощи рассматривалось в трех направлениях, соответствующих «триаде Донабедиана», — качество структуры, качество процесса и качество результата [11, с. 4–9].

Результаты исследования.

Результатом настоящего исследования явилась разработка модели качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям до 1 года, максимально приближенная к индустриальной модели качества.

Основными элементами модели, помимо субъектов, были определены характеристики качества, качественные процессы медицинской помощи, инструментарий для оценки, функциональные элементы для оценки, ключевой элемент модели и тип управления качеством.

К *субъектам модели* качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям до 1 года были отнесены:

–пациенты — внешние потребители медицинской помощи;

–медицинский персонал — исполнители, внутренние потребители медицинской помощи;

–государство — социальный гарант качественной медицинской помощи;

–органы управления здравоохранением — структуры, обеспечивающие необходимые и достаточные условия для оказания качественной медицинской помощи;

–лечебно–профилактические учреждения — поставщики медицинских услуг;

–фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские

организации — структуры основного источника финансирования.

К *характеристикам качества* были отнесены доступность, своевременность, эффективность, непрерывность, безопасность медицинской помощи, высокая квалификация медицинского персонала, а также уважение к пациентам и участие в их жизни в виде профессиональной врачебной деятельности, основанной на гуманизме и понимании социальной значимости труда медицинских работников.

Качественная помощь позиционировалась как результат качественного процесса.

К *инструментарию для оценки* были отнесены:

–оценка потребностей пациентов;

–оценка степени удовлетворенности пациентов оказанной помощью;

–оценка тяжести состояния пациентов;

–степень сложности курации пациентов в зависимости от клинических состояний и заболеваний;

–оценка качества жизни пациентов после завершения медицинских вмешательств;

–уровень практических рекомендаций;

–уровень информатизации процессов;

–уровень использования статистического анализа.

К *функциональным единицам оценки* модели были отнесены процесс, структура, результат.

Ключевым элементом модели качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям до 1 года стал процессный анализ, методика проведения которого предусматривала идентификацию, проектирование процессов с последующим их непрерывным совершенствованием.

Основным типом управления результатом стало управление по отклонениям, когда снижение частоты отклонений в ключевых процессах гарантировало бы оптимальный и научно обоснованный результат.

Методика процессного анализа предусматривала проведение анализа качества структуры, качества процессов и качества результатов.

В рамках *оценки качества структуры* анализировались условия оказания медицинской помощи и следующие показатели:

–квалификация медицинских и управленческих кадров;

–кадровый состав ЛПУ различных уровней;

–состояние материально–технической базы и оборудования ЛПУ различных уровней;

–состояние зданий и помещений ЛПУ различных уровней;

–лекарственное обеспечение в ЛПУ различных уровней;

–наличие и пополнение расходных материалов в ЛПУ различных уровней;

–рациональность использования иных видов ресурсов в ЛПУ различных уровней.

В рамках оценки качества процессов оценивалась медицинская помощь на соответствие Порядкам оказания и Стандартам медицинской помощи. Помимо этого, учитывались показатели динамики использования телекоммуникационных возможностей консультирования и скорость транспортировки пациентов при аналогичных клинических состояниях с учетом принадлежности ЛПУ к одному из трех уровней, а также территориальной удаленности места проживания пациентов от места оказания медицинской помощи.

Именно поэтому в целях снижения показателя младенческой смертности в Чеченской республике посредством обеспечения высокого качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам, и детям до 1 года в настоящем исследовании все процессы медицинской помощи были структурированы следующим образом:

–Основные;

–Вспомогательные;

–Обслуживающие.

В рамках обозначенной структуры были определены процессы, которые в первую очередь нуждались в совершенствовании: маршрутизация пациентов, обеспечение транспортных коммуникаций, телекоммуникационное консультирование по вопросам диагностики и лечения.

В рамках *оценки качества результатов* проводилось сравнение фактически достигнутых результатов с ранее анонсированными ключевыми показателями.

Важное значение имела координация комплексных мероприятий в рамках различных процессов, в том числе целевых консультаций, проводимых клиническими специалистами и руководителями органов управления здравоохранением [4].

Фрагментом процессного анализа стал анализ младенческой смертности, в результате которого за период 2011–2013 г. г. было установлено максимальное значение показателя в 2012 г. — 22,9 случаев на 1000 новорожденных. Темп роста показателя в 2012 г. составил 118,04%.

Анализ младенческой смертности включал также анализ структуры показателя. Было установлено, что за весь анализируемый период в структуре показателя превалировала доля ранней неонатальной смертности, которая составила в 2011 г. 79,38±1,79%, в 2012 снизилась в 1,17 раза и составила 68,12±1,41%, а в 2013 г. существенно не изменилась и составила 67,05±1,59% (p=0,056).

За анализируемы период удельный вес постнеонатальной смертности в структуре младенческой смертности возрос в 2 раза: с 6,19±0,13% в 2011 г. до 14,85±0,30% в 2012 и 12,50±0,29% в 2013 г.

Следует отметить, что показатель постнеонатальной смертности имел самый высокий темп роста, который в 2012 г. составил 283,33%.

Отдельного внимания заслуживал анализ суммарного показателя антенатальной + интранатальной смертности. Смертность жизнеспособного плода до начала родовой деятельности у матери соответствовала антенатальной. Смертность жизнеспособного плода в родах соответствовала интранатальной.

Суммарный показатель антенатальной + интранатальной смертности в 2011 г. составил 6,4 случаев на 1000 рожденных детей, в 2012 г. увеличился в 1,75 раза и составил 11,2 случаев на 1000 рожденных детей. Темп роста показателя в 2012 г. составил 175,00%, что соответствовало по величине 2-ой ранговой позиции после показателя постнеонатальной смертности. В 2013 г. суммарный показатель антенатальной + интранатальной смертности составил 8,9 случаев на 1000 рожденных детей. Темп убыли показателя в 2013 г. составил 79,46%. Однако величина суммарного показателя в 2013 г. оставалась в 1,39 раза превосходящей аналог 2011 г. Такое положение дел потребовало разработки дополнительных мероприятий по повышению качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям до 1 года.

Так, в рамках разработанной модели качества медицинской помощи был реструктурирован процесс профилактики перинатальной гибели плода. Следует отметить, что поражения плода и новорожденного, обусловленные состояниями матери, осложнениями беременности, родов и родоразрешения (P00–P04), в структуре причин перинатальной смертности занимали одну из лидирующих позиций. Чтобы названный процесс профилактики осуществлялся на качественно новом уровне, потребовалось усовершенствовать ряд вспомогательных и обслуживающих процессов.

Для оказания медицинской помощи в период беременности и родов потоки женщин были разделены в зависимости от течения беременности и наличия рисков для здоровья самих женщин и плода. Такое разделение потоков было закреплено нормативно в подпрограмме «Охрана здоровья матери и ребенка» государственной программы «Развитие здравоохранения до 2020 года».

Помимо этого, были подготовлены и утверждены приказы Министерства

здравоохранения Чеченской республики от 15.01.2014 г. №10 и от 04.08.2015 г. №133 «О порядке маршрутизации детского населения», которые также предусматривали 3-х уровневую систему оказания медицинской помощи.

В рамках совершенствования обслуживающих процессов медицинской помощи были разработаны и внедрены клинические протоколы первичной реанимации новорожденных (приказ Министерства здравоохранения Чеченской республики от 23.12.2014 г. №308).

В рамках совершенствования качества структуры медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям до 1 года жизни была утверждена структура коечной сети медицинских организаций различных организационно-правовых форм, что позволило реструктуризировать коечный фонд республики в соответствии со среднероссийскими показателями обеспеченности населения койками (приказ Министерства здравоохранения Чеченской республики от 20.12.2013 г. №305).

И, наконец, управление качеством структуры медицинской помощи предусматривало организацию выездных сертификационных и симуляционно–тренинговых циклов для акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров и реаниматологов.

Заключение.

В 2011–2013 г. г. в Чеченской республике наблюдались неудовлетворительные социально–демографические показатели, в том числе, младенческой смертности, что послужило основанием для разработки дополнительных мероприятий по повышению качества медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и детям до 1 года, предусматривающих внедрение модели качества, элементами которой являются субъекты, характеристики качества, качественные процессы медицинской помощи, инструментарий и функциональные элементы для оценки, ключевой элемент модели и тип управления качеством.

Список литературы:

1. Горяинова И. Л. Медико–социальные проблемы младенческой смертности, пути ее снижения и профилактики: дис. … канд. мед. наук. М., 2010. 176 с.

2. Гостева Е. О. Акушерские аспекты младенческой смертности от врожденных пороков развития в Пермском крае: дис. … канд. мед. наук. Пермь, 2013. 155 с.

3. Дудов А. С. Эволюция методов оценки эффективности и качества медицинской помощи // Управление экономическими системами. 2010. №4. Режим доступа: http://uecs.ru/marketing/item/246-2011-03-24-12-47-58 (дата обращения 01.04.2016).

4. Егиазарян А. В., Думанян Г. Д. Особенности организации лечебно–профилактической помощи населению на региональном уровне // Наука и Здравоохранение. 2009. №3. Режим доступа: http://www.med-practic.com/rus/174/15799/article.more.html (дата обращения 31.03.2016).

5. Комаров Ю. М. Как обеспечить качество медицинской помощи? // Сайт Российской Медицинской Ассоциации. 2012. Режим доступа: http://glavmedinfo.ru/page/adaptive/id75352/blog/115133/?ssoRedirect=true (дата обращения 01.04.2016).

6. Мелянченко Н. Качество медицинской помощи. Уточним смысл привычного понятия // Аналитическая статья. Режим доступа: http://www.medlinks.ru/ (дата обращения 01.04.2016).

7. Младенец. Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Младенец (дата обращения 03.04.2016).

8. Модель // FB.ru. Режим доступа: http://fb.ru/article/145852/model-vidyi-modeley-ponyatie-i-opisanie (дата обращения 01.04.2016).

9. Новокрещенова И. Г. Социально–экономические и организационные основы функционирования территориального (муниципального) здравоохранения: дис. … д–ра медицинских наук. СПб., 2009. 319 с.

10. Перинатальная смертность. Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Перинатальная_смертность (дата обращения 03.04.2016).

11. Семенова Н. В. Анализ готовности персонала психиатрических учреждений к переходу на индустриальную модель управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации. СПб.: отделение научно-медицинской информации Санкт–Петербургского НИПИ им. В. М. Бехтерева, 2012. С. 4–9.

12. Стародубов В. И. Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения // Медицина. 2002. №2. С. 5–11.

13. Стратегия социально–экономического развития Чеченской Республики до 2020 года. Режим доступа: http://pandia.ru/text/77/216/4979.php (дата обращения 01.04.2016).

14. Суслин С. А. Организация медицинской помощи сельскому населению Самарской области // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. №5. С. 50–52.

15. Шабунова А. А. Здоровье населения России: состояние и динамика. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. 408 с.

16. Щепин О. П. Здоровье населения — основа развития здравоохранения М.: Национальный НИИ общественного здоровья РАМН, 2009. 376 с.

17. Щепин О. П. О развитии здравоохранения российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. №5. С. 3–7.

References:

1. Goryainova I. L. Mediko–sotsial'nye problemy mladencheskoi smertnosti, puti ee snizheniya i profilaktiki: dis. … kand. med. Nauk. Moscow, 2010, 176 p.

2. Gosteva E. O. Akusherskie aspekty mladencheskoi smertnosti ot vrozhdennykh porokov razvitiya v Permskom krae: dis. … kandidata meditsinskikh nauk, Perm, 2013, 155 p.

3. Dudov A. S. Evolyutsiya metodov otsenki effektivnosti i kachestva meditsinskoi pomoshchi. Upravlenie ekonomicheskimi sistemami. 2010. №4. Available at: http://uecs.ru/marketing/item/246-2011-03-24-12-47-58, accessed 01.04.2016.

4. Egiazaryan A. V., Dumanyan G. D. Osobennosti organizatsii lechebno–profilakticheskoi pomoshchi naseleniyu na regional'nom urovne. Nauka i Zdravookhranenie, 2009, no. 3. Available at: http://www.med-practic.com/rus/174/15799/article.more.html /, accessed, 31.03.2016.

5. Komarov Yu. M. Kak obespechit' kachestvo meditsinskoi pomoshchi? Analiticheskaya stat'ya. Sait Rossiiskoi Meditsinskoi Assotsiatsii. 2012. Available at: http://glavmedinfo.ru/page/adaptive/id75352/blog/115133/?ssoRedirect=true, accessed 01.04.2016.

6. Melyanchenko N. Kachestvo meditsinskoi pomoshchi. Utochnim smysl privychnogo ponyatiya. Analiticheskaya stat'ya. Rezhim dostupa: Istochnik: medlinks.ru, accessed 01.04.2016.

7. Mladenets. Available at: https://ru.wikipedia.org/wiki/Mladenets, data obrashcheniya 03.04.2016.

8. Model. Available at: FB.ru: http://fb.ru/article/145852/model-vidyi-modeley-ponyatie-i-opisanie, accessed 01.04.2016.

9. Novokreshchenova I. G. Sotsial'no–ekonomicheskie i organizatsionnye osnovy funktsionirovaniya territorial'nogo (munitsipal'nogo) zdravookhraneniya: dis. … doktora meditsinskikh nauk. St. Petersburg, 2009, 319 p.

10. Perinatal'naya smertnost'. Available at: https://ru.wikipedia.org/wiki/Perinatal'naya_smertnost', accessed 03.04.2016.

11. Semenova N. V. Analiz gotovnosti personala psikhiatricheskikh uchrezhdenii k perekhodu na industrial'nuyu model' upravleniya kachestvom meditsinskoi pomoshchi. Metodicheskie rekomendatsii. St. Petersburg, Otdelenie nauchno-meditsinskoi informatsii Sankt–Peterburgskogo NIPI im. V. M. Bekhtereva, 2012, pp. 4–9.

12. Starodubov V. I. Ekonomicheskaya effektivnost' i razvitie regional'nogo zdravookhraneniya. Meditsina, 2002, no 2, pp. 5–11.

13. Strategiya sotsial'no–ekonomicheskogo razvitiya Chechenskoi Respubliki do 2020 goda (kratkaya versiya). Available at: http://pandia.ru/text/77/216/4979.php, accessed 01.04.2016.

14. Suslin S. A. Organizatsiya meditsinskoi pomoshchi sel'skomu naseleniyu Samarskoi oblasti. Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny, 2004, no. 5, pp. 50–52.

15. Shabunova A. A. Zdorov'e naseleniya Rossii: sostoyanie i dinamika. Vologda: ISERT RAN, 2010, 408 p.

16. Shchepin O. P. Zdorov'e naseleniya — osnova razvitiya zdravookhraneniya, Moscow, Natsional'nyi NII obshchestvennogo zdorov'ya RAMN, 2009, 376 p.

17. Shchepin O. P. O razvitii zdravookhraneniya rossiiskoi Federatsii. Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny, 2013, no. 5, pp. 3–7.

Работа поступила в редакцию
17.04.2016 г.

Принята к публикации
21.04.2016 г.