

УДК 338.465.4

Проблемы оказания полноценной и эффективной медицинской помощи определенным категориям населения страны

Москалева Наталья Борисовна

Кандидат экономических наук, доцент,
Российская академия народного хозяйства и государственной службы
при Президенте Российской Федерации,
119571, Российская Федерация, Москва, проспект Вернадского, 84;
email: natalyamoskaleva@inbox.ru

Аннотация

В статье обоснована ключевая роль полноценности как показателя качества медицинской помощи. Объектом исследования статьи является полноценность оказания медицинской помощи населению, оказываемой с использованием автомобильного транспорта. Предмет исследования – механизмы совершенствования организации управления качеством медицинской помощи населению. В статье исследуются проблемы оказания полноценности медицинской помощи, оказываемой с применением автомобильного транспорта таким категориям населения, как жители отдаленных, труднодоступных, малочисленных сельских поселений; население, работающее (часто вахтовым способом) или самоорганизованно отдыхающее в труднодоступных местах; люди попавшие в дорожно-транспортное происшествие (ДТП) на труднодоступных и безлюдных участках автомобильных дорог. Представлен анализ основных причин невысокого уровня качества индикаторов, характеризующих полноценность медицинской помощи, предоставляемой исследуемым категориям населения. Предложен комплекс мер, позволяющих повысить полноценность медицинской помощи, ее социально-экономическую эффективность.

Для цитирования в научных исследованиях

Москалева Н.Б. Проблемы оказания полноценной и эффективной медицинской помощи определенным категориям населения страны // Экономика: вчера, сегодня, завтра. 2016. № 9. С. 172-185.

Ключевые слова

Полноценность медицинской помощи; индикатор; качество медицинской помощи; медицинские кадры; инновационные технологии; эффективность управления; медицинский персонал; автомобили скорой помощи; сельские поселения.

Введение

В процессе исследования индикаторов качества медицинской помощи населению одним из особо значимых показателей автор определила полноценность оказываемой медицинской помощи. Важность данного показателя, сложность его поддержания на должном уровне отмечается в работах отечественных исследователей и интернет источниках [Улумбекова, Белостоцкая, 2014, 17; Петрова, 2014, 25; Стародубов, Галанова, 2011; Стародубов, Галанова, 2015; Рошаль, www]. В стране есть категории населения, получение полноценной медицинской помощи для которых во многих случаях пока что остается благим пожеланием. Более того, многие из них даже не задумываются об этом, поскольку не имеют никакого представления о понятии полноценности. К таким категориям населения, при оказании медицинской помощи которым используется автомобильный транспорт, автор причислила:

- жителей отдаленных, труднодоступных, малочисленных сельских поселений;
- население, работающее (часто вахтовым способом) в отдаленных и труднодоступных местах: на лесозаготовках; в местах разведки нефти, газа; в местах прибрежной добычи рыбы; на угодьях сельскохозяйственного использования вдали от населенных пунктов;
- население, самоорганизованно отдыхающее в труднодоступных местах;
- представители населения, попавшие в дорожно-транспортное происшествие (ДТП) на труднодоступных и безлюдных участках автомобильных дорог.

Проблемы оказания полноценной и эффективной медицинской помощи

Проблемность получения полноценной медицинской помощи указанными категориями населения – малоисследованная сфера здравоохранения в силу недостаточного внимания к ней соответствующих руководящих кадров в органах здравоохранения, научного сообщества. Полноценность предполагает прежде всего оказание населению медицинской помощи, объем и способ которой соответствует характеру заболевания и современным достижениям медицинской науки. Полноценность предусматривает также профилактику заболеваний, внедрение и использование передовых методов диагностики всего спектра заболеваний, установление диагноза на ранних стадиях болезней. Полноценная медицинская помощь – это назначение наиболее эффективных лекарств и процедур больным, обеспечение приемлемого уровня цен на лекарственные препараты в аптеках. При анализе, оценке полноценности медицинской помощи автор определила соиндикаторы качества, всесторонне характеризующие показатель полноценности. Наиболее весомые соиндикаторы полноценности медицинской помощи систематизированы и включены в таблицу 1.

Таблица 1. Соиндикаторы полноценности медицинской помощи, оказываемой с использованием автомобильного транспорта исследуемым категориям населения

№ п/п	Наименование соиндикаторов, характеризующих полноценность медицинской помощи	Примечание
1	Укомплектованность медицинских организаций, бригад скорой помощи квалифицированным медицинским персоналом	
2	Оснащенность автомобилей скорой помощи, медицинских организаций современным медицинским оборудованием и лекарственными препаратами; приемлемость цен на лекарства в аптеках	
3	Наличие необходимого количества медицинских организаций для оказания полноценной медицинской помощи	
4	Уровень эффективности управления качеством медицинской помощи федеральными, региональными, муниципальными органами здравоохранения, в медицинских организациях	
5	Степень развития выездных методов оказания полноценной медицинской помощи исследуемым категориям населения	
6	Формирование у населения здорового образа жизни	

В подробной характеристике приведенных в таблице соиндикаторов полноценности нет необходимости, поскольку она следует из самого названия соиндикатора качества. Поэтому целесообразно рассмотреть результаты оценки показателя полноценности медицинской помощи и каждого из соиндикаторов. При исследовании полноценности медпомощи по соиндикатору *укомплектованности медицинских организаций, бригад скорой помощи квалифицированным медицинским персоналом* учтены выводы и подтверждения нехватки медицинским кадрам [Москалева, 2014, 185; Улумбекова, Белостоцкая, 2014, 17] и государственной программе РФ «Развитие здравоохранения» на 2013-2020 годы [Государственная программа..., 2014, 4284, 4286, 4313]. Данный соиндикатор имеет важное значение для роста показателя полноценности медицинской помощи. Действительно, о какой полноценности медицинского обслуживания населения может идти речь при нехватке или даже полном отсутствии медицинского персонала для обслуживания людей в малочисленных и отдаленных сельских населенных пунктах, в других труднодоступных местах? Официальная информация Росстата [Российский статистический ..., 2012], другие документы, например, госпрограмма РФ [Государственная программа..., 2014], не содержат данных по соотношению потребного количества медицинских работников к фактическому, что не дает возможности четко обозначить уровень укомплектованности с привязкой к численности населения и количеству медицинских учреждений, включая службу скорой помощи. Вместе с тем имеющиеся статистические данные Росстата позволяют сделать некоторые выводы. Так, численность врачей на 10 тыс. человек населения в целом по России составляла, к примеру, в 2011 году – 51,2 [Российский статистический ..., 2012, 270]. Если сравнить указанные данные по отдельным регионам в том же 2011 году, имеющим минимальную и максимальную численность врачей на 10 тыс. человек населения, по российскому статистическому ежегоднику [Российский статистический ..., 2012, 271-272], то получим информацию, обобщенную и представленную в таблице 2.

**Таблица 2. Выборочные данные численности врачей
на 10000 человек населения в 2005-2011 гг.**

Регионы Российской Федерации	Годы						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Регионы с минимальной численностью врачей							
<i>Северо-Кавказский федеральный округ</i>							
Чеченская Республика	...	21,0	22,8	24,9	26,9	28,3	26,8
<i>Уральский федеральный округ</i>							
Курганская область	27,7	28,3	28,4	29,4	29,9	29,7	30,2
<i>Центральный федеральный округ</i>							
Тульская область	33,9	34,5	34,4	34,1	33,9	33,1	33,8
Регионы с максимальной численностью врачей							
<i>Северо-западный федеральный округ</i>							
Санкт-Петербург	80,0	80,4	79,1	80,9	83,2	84,8	87,2
<i>Центральный федеральный округ</i>							
Москва	72,7	74,0	74,5	75,2	75,9	77,7	77,9
<i>Дальневосточный федеральный округ</i>							
Еврейская автономная область	37,0	37,7	37,8	36,7	36,1	35,4	76,5

Из таблицы видно, что максимальное обеспечение врачами в регионах на 10 тыс. человек населения в 2011 году приходилось на Санкт-Петербург – 87,2, Москву – 77,9 и Еврейскую автономную область – 76,5. Минимально обеспечены врачами жители следующих трех субъектов РФ – Чеченской Республики – 26,8 врача на 10 тыс. человек населения, Курганской области – 30,2 врача и Тульской области – 33,8. Получается, в Чеченской Республике в 2011 году численность врачей на 10 тыс. человек населения была в 3,25 раза меньше, чем в Санкт-Петербурге, в Курганской области – в 2,89 раза меньше, в Тульской – в 2,58. Данные по обеспеченности регионов средним медицинским персоналом в статистическом ежегоднике Росстата за 2011 год отсутствовали, но в целом по стране имелись и составляли 107 специалистов на 10 тыс. человек населения [Российский статистический ..., 2012, 272]. Таким образом, сопоставив численность врачей на 10 тыс. человек населения – 51,2 и численность среднего медицинского персонала – 107, получаем: на одного врача в 2011 году приходилось примерно 2 работника из среднего медицинского персонала. И хотя публикуемые Росстатом данные по численности медицинского персонала в стране – в некотором роде «средняя температура по больнице», их сопоставление, анализ позволяет сделать вывод: население страны не обеспечено в достаточном количестве ни врачами, ни средним медицинским персоналом. Что касается сельских поселений, особенно в труднодоступных местах, то положение с кадровым обеспечением медперсонала дело обстоит и того хуже. Такое утверждение автора подкреплено не только мнениями экспертов и специалистов (в том числе высказанными в средствах массовой информации), но и данными официальных документов.

Неукомплектованность медучреждений врачами и средним медицинским персоналом подтверждается задачами, поставленными в 2014 году в госпрограмме «Развитие здравоохранения» РФ. В числе важных показателей (индикаторов) госпрограммой установлен рост

численности среднего медицинского персонала, приходящейся на одного врача – с 2,2 в 2014 году до 3,0 в 2020 году [Государственная программа ..., 2014, 4313]. По обеспеченности врачами (на 10 тыс. человек населения) поставлена задача о поддержании численности на уровне 40,2 в каждом субъекте РФ. В условиях неукomплектованности медицинских организаций, станций скорой помощи медперсоналом их администрации вынуждены оказывать медицинские услуги населению имеющимся кадровым составом. Все это вызывает более плотную загрузку медицинского персонала, что отрицательно сказывается на полноценности медицинской помощи.

Но для полноценной медицинской помощи одной укомплектованности мало: *нужны квалифицированные врачи и опытный средний медицинский персонал*. Подготовка квалифицированных медицинских кадров – задача более сложная по сравнению с подбором их требуемого количества. Злободневность проблемы, необходимость скорейшего и тотального повышения квалификации всех медицинских кадров подчеркивается в исследованиях и интернет источниках [Улумбекова, Белостоцкая, 2014, 22; Петрова, 2014, 25; Семенова, www]. Важно также, чтобы обучение, повышение квалификации врачей стало периодически непрерывным и результативным процессом. По утверждению директора Научно-исследовательского финансового института Владимира Назарова, в настоящее время за редким исключением повышение квалификации врачей является полной профанацией. В процессе внедрения инновационных технологий, современной медицинской техники, оптимизации лечебного процесса необходимо глубокое целенаправленное обучение у разработчиков технологий, производителей медицинской техники. К примеру, сотрудники московской городской клинической больницы № 1 им. Н.И. Пирогова (Первой Градской больницы) регулярно выезжают в клиники Германии, Израиля, Южной Кореи – учиться и практике медицины, и управлению [Семенова, www].

Особое место в обучении и повышении квалификации должна занимать подготовка руководящих кадров всех уровней управления. Проблема заключается в невысоком *уровне эффективности управления качеством медицинской помощи федеральными, региональными, муниципальными органами здравоохранения, в медицинских организациях*. В последние десятилетия в здравоохранении сложилось положение, когда указанными органами или организациями управляют руководители, многие из которых являются специалистами очень высокой квалификации в области медицины при крайне низкой компетенции в сфере управления организацией, персоналом, системой менеджмента качества медицинской помощи. Другими словами, в здравоохранении сложился низкий уровень управления процессами качества и функционирования медицинских органов, учреждений. Изложенное в полной мере относится к системе здравоохранения в целом и к полноценности медицинской помощи исследуемым категориям населения. Именно отсутствие эффективного управления на всех уровнях системы является главной причиной упущений и недостатков в полноценном медицинском обслуживании населения. Примеров тому немало.

Неукомплектованность медперсоналом медицинских организаций, бригад скорой помощи, дефицит квалифицированных кадров подтверждены выше по тексту. Но всегда важно, не только, образно говоря, «поставить правильный диагноз болезни» – в данном случае дефицит квалифицированных медицинских кадров, но и назначить полноценное «лечение болезни». К сожалению, полноценности, точнее, эффективности управления процессом устранения дефицита кадров в сельской местности пока не видно. Задача по обеспеченности врачами (на 10 тыс. населения), поставленная Минздравом РФ в госпрограмме РФ [Государственная программа ..., 2014, 4313], – 40,2 человек ежегодно с 2014-го по 2020-й годы вызывает по меньшей мере недоумение. По данным Росстата [Российский статистический ..., 2012, 271], с 1990 года по 2011 год в России рост численности врачей на 10 тыс. населения составлял с 45,0 до 51,2 человек. Установленная в госпрограмме цифра 40,2 явно занижена и не побуждает Минздрав РФ, регионы к устранению дефицита врачей: к примеру, в 2011 году численностью 40,2 на 10 тыс. населения не были укомплектованы всего 22 субъекта РФ из 83-х [Российский статистический ..., 2012, 271, 272]. В то же время при укомплектовании медицинских организаций необходимо продуманно определять оптимальную численность врачей и среднего медперсонала, не допускать необоснованного роста численности кадров. Процесс оптимизации численности медперсонала не должен быть единым для всех субъектов РФ (особенно для сельских поселений). Следует учитывать особенности каждого региона, о которых сказано ниже применительно к численности медицинских организаций.

Еще одним негативным примером могут служить так называемые программы «модернизации здравоохранения» в субъектах РФ, в результате которых нередко *сокращается число медицинских организаций*, включая больницы, амбулатории, поликлиники, станции скорой помощи, предоставляющие полноценную медицинскую помощь исследуемым категориям населения. Впрочем, началось это еще раньше. Так, число больничных организаций уменьшилось с 10,7 тыс. в 2000 году до 6,2 тыс. в 2012-м. Количество амбулаторно-поликлинических организаций сократилось с 21,3 тыс. в 2000 г. до 16,5 тыс. в 2012-м. Число станций (отделений) скорой медицинской помощи уменьшилось с 3172 единиц в 2000 г. до 2912 в 2011 году [Российский статистический ..., 2012, 273]. При этом было известно, что заболеваемость в стране постоянно растет: в 2000 году заболеваемость населения по основным классам болезней (с диагнозом установленным впервые в жизни) составляла 106328 тыс. человек, в 2008 г. – 109590 тыс., в 2012-м – 113688 тыс. [Российский статистический ..., 2012, 276].

Сокращение числа поликлиник, больниц, обслуживающих сельское население, – социально недопустимое явление для многих российских регионов, поскольку из-за малой полноценности медицинской помощи, оказываемой в местах проживания, у сельского населения, особенно у жителей малочисленных, отдаленных сельских поселений, растет потребность в полноценной поликлинической и больничной помощи. Более того, сокращение

количества любых форм медицинских организаций в сельской местности – мягко говоря, непродуманное организационно-управленческое решение, вызванное исключительно экономическими соображениями. Проведение в жизнь подобной «модернизации здравоохранения», когда дело доходит до сокращения числа станций (отделений) скорой медицинской помощи, часто не учитывает наличие таких региональных, сельских факторов, как суровые снежные зимы в течение многих месяцев, низкое качество автодорог местного и межмуниципального значения, структура заболеваний, возрастной состав жителей села, большая удаленность сельских поселений, что порой не только затрудняет, но и вообще исключает на какое-то время получение первичной медицинской помощи, не говоря уже о ее полноценности. А таких регионов и сельских населенных пунктов в стране совсем немало (в 2010 году – году переписи населения – в 153124 сельских населенных пунктах проживало 37,543 млн. человек) [Российский статистический ..., 2012, 93].

Подтверждая невысокий уровень эффективности управления органами здравоохранения, медицинскими организациями, персоналом в качестве основной причины упущений и недостатков в обеспечении полноценности, других показателей качества медицинской помощи, автор далека от мысли распространять сделанный вывод о низкой управленческой компетенции на все сообщество руководителей. В России большое количество руководителей – специалистов мирового уровня в сфере медицины, обладающих одновременно исключительными знаниями и способностями управлять порученным участком работы, подчиненным персоналом.

Анализ соиндикатора *оснащенности автомобилей скорой помощи, медицинских организаций современным медицинским оборудованием и лекарственными препаратами, приемлемости цен на лекарства в аптеках*, показал следующее. Для автомобилей скорой помощи оснащение современным медицинским оборудованием и лекарственными препаратами имеет исключительно важное значение. Собственно, оснащенность в сочетании с наличием в бригаде медицинских работников высокой квалификации и укомплектованностью лекарственными препаратами позволяет полноценно оказать скорую помощь пострадавшим в ДТП, в других авариях или больному с острым проявлением заболевания. Оснащение машины скорой помощи медицинским оборудованием в большинстве своем общепрофильное. Оснащение автомобилей специализированных реанимационных бригад скорой медицинской помощи (равно как и состав бригад), оказывающих скорую помощь пострадавшим с сочетанной (повреждение двух и более областей тела в различном состоянии) шокогенной травмой при ДТП, более совершенное и позволяет осуществлять аппаратную вентиляцию легких, дефибрилляцию, мониторинг сердечно-сосудистой деятельности и дыхания [Основы организации ..., 2011, 13]. Именуется такой санитарный транспорт автомобилем скорой медицинской помощи класса «С». Уровень оснащения машин скорой помощи лекарственными препаратами установлен приказом Министерства здравоохранения РФ от 7 августа 2013 г. № 549н.

Медицинские изделия специализированной (реанимационной) укладки включают реанимационный, акушерский, травматологический, противоожоговый и другие наборы. Все автомобили скорой помощи, как правило, оснащены современным медицинским оборудованием и укомплектованы требуемой номенклатурой лекарственных препаратов, медицинских упаковок и наборов, что способствует достижению достаточно высокого уровня оцениваемого соиндикатора.

Хуже обстоит дело с оснащенностью современным медицинским оборудованием медицинских организаций. Подтверждением такой оценки могут служить следующие данные. Главный врач Первой Градской больницы столицы А.В. Светов назвал в числе трех главных задач реформы здравоохранения оснащение медицинских учреждений современным медицинским оборудованием [Семенова, www]. Причем не просто обозначил, но и продемонстрировал на примере возглавляемой больницы, ее центров, на действиях в данном направлении Боткинской больницы столицы. Нехватка медицинского оборудования для медицинских организаций оценена автором методами наблюдений и обобщения, выборочных опросов медицинских работников и экспертов, изучения публикуемой информации в средствах массовой информации, в специальной литературе. Москалева в своей работе [Москалева, 2014, 190] приводит случай с пенсионеркой, ветераном труда из Новосибирска, которой по квоте операцию на глазах предлагалось сделать под номером 400, то есть очередь подойдет не раньше чем через год. По существу ей было отказано в полноценной и своевременной медицинской помощи.

Одной из причин такой ситуации является дефицит современного медицинского оборудования во многих медицинских организациях. Отсюда и многолюдные очереди в специализированных медицинских центрах, в которых сосредоточена самая современная медицинская техника. Качество медицинской помощи населению, ее полноценность во многом зависит от отношения к данной проблеме руководителей субъектов РФ, руководителей медицинских организаций. Помимо положительных указанных выше примеров в столице, можно назвать и данные по другим субъектам РФ. Так, все больше и больше по-новому, инновационно лечат в Сахалинской области. С 2013 года в области выстроили трехуровневую систему оказания медицинской помощи. Работают сосудистый, два хирургических, три онкологических, восемь травматологических межмуниципальных медицинских центров, а также три межрайонные клиничко-диагностические лаборатории. Создается специализированный межмуниципальный диагностический центр, в котором будут свои центры: лучевой, ультразвуковой и функциональной диагностики, эндоскопии и амбулаторной хирургии. А еще создается межмуниципальный центр восстановительного лечения и профилактики для больных с сосудистыми заболеваниями. В отличие от некоторых других регионов, в Сахалинской области модернизация здравоохранения сориентирована на интересы, потребности населения: в регионе множится количество стационаров одного дня, развивается амбулаторная хирургия. Особое внимание уделяется развитию сети фельдшерских пунктов и

амбулаторий в сельской местности, которые приближают полноценную медицинскую помощь к жителям отдаленных, труднодоступных сельских поселений. К 2020 году запланировано открытие 48 новых фельдшерских пунктов.

Недостаточность лекарственных препаратов в стационарах, постоянный рост цен на них в аптеках доказан автором в научной статье [Москалева, 2014, 190]. В интервью президента Национальной медицинской палаты, директора НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Л.М. Рошала [Рошаль, www] подчеркнута необходимость снижения цен на лекарства в 2-3 раза, контроля за качеством отечественных лекарственных препаратов. Нельзя сказать, что данной проблеме на правительственном и региональных уровнях не уделяется внимание: «на бумаге все гладко». Так, в 2009 году принято постановление Правительства Российской Федерации от 8 августа 2009 г. № 654 «О совершенствовании государственного регулирования цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов». Практически через год принимается еще одно постановление Правительства Российской Федерации – от 29 октября 2010 г. № 865 «О государственном регулировании цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов» (ЖНВЛП). Не отстают в бумаготворчестве и на уровне субъектов РФ: достаточно привести пример столицы. В 2010 г. принимается постановление Правительства Москвы от 24 февраля 2010 г. № 163-ПП «Об установлении предельных размеров торговых надбавок к ценам на лекарственные препараты». Есть и более «свежий документ» – постановление Правительства Москвы от 18 ноября 2014 г. № 669-ПП «Об утверждении административного регламента исполнения Департаментом здравоохранения города Москвы государственной функции по осуществлению регионального государственного контроля за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов». Если в 2010 году в столице предписывалось ограничение *цен на все лекарственные средства*, то в 2014 году – *всего лишь на ЖНВЛП*. Да это и не столь важно, поскольку цены на лекарства как росли, так и растут, и, скорее всего, будут расти.

Изложенное – не только пример крайне неэффективного управления процессами в медицине, но и пример безразличия к нуждам населения, особенно малообеспеченного. «Процедура лечения данной болезни» единственная – высвобождение органов здравоохранения от неэффективных руководителей, повышение ответственности и спроса с вновь назначенных. Если раньше они все свои упущения в работе объясняли якобы недостаточным финансированием, то теперь есть возможность сослаться еще на один лжедовод – экономический кризис.

Рост количества специализированных медицинских центров в регионах страны (еще одного соиндикатора полноценности) образно говоря, набирает силу, и в СМИ регулярно можно видеть и слышать информацию об открытии новых центров. Все это свидетельствует о росте показателя полноценности медицинской помощи, о котором несколько лет назад можно было только мечтать. Другой вопрос, что доступность большинства высокотехноло-

гичных медицинских центров на бюджетной основе крайне низкая – больным приходится длительное время ожидать так называемой квоты, что негативно сказывается не только на своевременности, полноценности медицинской помощи, но и ее качестве в целом. Стоит больному заявить о готовности лечиться в специализированном центре за свои деньги, все препятствия рушатся, и свободное место сразу появляется.

Изложенное – серьезная проблема отечественной медицины, которая не решается ни Росздравнадзором, ни Минздравом, ни региональными и муниципальными органами здравоохранения. Больше всего от подобного подхода к лечению больных в специализированных центрах страдают малообеспеченные слои населения: пенсионеры, дети, инвалиды, в том числе из сельских поселений. В то же время есть специализированные центры, которые оперативно и полноценно оказывают высокотехнологичную медицинскую помощь не только жителям своего региона, но и другим. Так, Астраханский федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии полностью обслуживает не только население Южного федерального округа бесплатно, по квотам, но и отчасти жителей из стран Прикаспия: Азербайджана, Ирана, Казахстана и Туркмении. О полноценной медицинской помощи населению в специальных медицинских центрах Сахалинской области изложено выше.

Оценка соиндикатора полноценности – *степени развития выездных методов оказания полноценной медицинской помощи исследуемым категориям населения* – проводилась с учетом условий, при которых как уже отмечалось, количество стационарных медицинских организаций в сельских поселениях не растет, а в некоторых регионах даже сокращается. Исследование показало, что развитие выездных методов оказания медицинской помощи жителям малочисленных, отдаленных, труднодоступных сельских поселений – диспансеризации; выполнения флюорографии, профилактических прививок взрослого населения в некоторых регионах находится на низком уровне, в зачаточном состоянии, что негативно сказывается на всех ключевых показателях качества (полноценности, своевременности, доступности, результативности, удовлетворенности). Но есть регионы с налаженной формой выездного обслуживания населения, например, Астраханская область.

Заключение

Анализ соиндикатора полноценности медицинской помощи – *формирование у населения здорового образа жизни* показал следующее. В последние годы федеральный, региональные и муниципальные органы здравоохранения проводят значительную работу по эффективной пропаганде вреда курения, запрещению курения в общественных местах, принятию мер по регламентации мест продажи табачных изделий и принятию мер по росту цен на них. Размах, глубина, доходчивость пропаганды о вреде курения, несомненно, даст положительные результаты. Что касается лечения людей, страдающих наркотической зависимостью или алкоголизмом, предметной, целенаправленной пропаганды вреда наркотиков и алкоголя пока

не видно. Точно также отсутствуют какие-либо положительные сдвиги в лечении больных наркоманией или алкоголизмом. Не способствуют этому и скромные планы, заложенные в госпрограмме «Развитие здравоохранения» [Государственная программа ..., 2014, 4317]. Такое же состояние характерно и для процесса формирования здорового образа жизни. Со стороны органов здравоохранения практически ничего не делается по пропаганде занятий физкультурой и спортом, повышению медицинской грамотности пациентов, формированию ответственности пациентов за состояние своего здоровья. Вместе с тем формирование здорового образа жизни только усилиями системы здравоохранения не даст желаемых результатов. Важно, чтобы каждый гражданин делал все возможное, чтобы вести здоровый образ жизни – от здорового и полезного питания до физической активности. Устранение причин упущений и недостатков в оказании исследуемым категориям населения полноценной медицинской помощи требует принятия комплекса мер, в числе которых:

- существенное повышение эффективности управления качеством медицинской помощи, включающее совершенствование управления органами здравоохранения, медицинскими организациями и медицинским персоналом. Добиться этого возможно лишь качественным обучением руководителей всех рангов основам управления системой здравоохранения. В любой организационной структуре должны быть не только специалисты в области медицины, но и квалифицированные менеджеры;

- постоянное периодическое повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала, в том числе обучение свободному владению современным медицинским оборудованием, инновационными технологиями;

- укомплектование медицинских организаций, станций скорой медицинской помощи квалифицированным персоналом с доведением до оптимальной численности (с учетом региональных особенностей, указанных в статье);

- постоянное увеличение специализированных медицинских центров в регионах с обеспечением их бесплатной доступности;

- развитие выездной формы медицинской помощи исследуемым категориям населения квалифицированным медперсоналом разной специализации;

- эффективная, ненавязчивая пропаганда здорового образа жизни, особенно отказа от наркотиков и чрезмерного употребления алкоголя. Коренного улучшения требует оказание медицинской помощи людям, страдающим наркотической зависимостью. Особое место должно занять повышение знаний населения о своем организме, особенностях проявления различных заболеваний у человека. Все это должно сочетаться с проведением профилактической медицинской помощи населению, включая диспансеризацию;

- всем органам здравоохранения организовать действенный, результативный контроль за установлением предельных цен на лекарственные препараты;

- исключить порочную практику сокращения числа медицинских организаций в сельской местности.

Библиография

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2014 г. № 294 // Собрание законодательства Российской Федерации. 2014. № 17. ст. 2057.
2. Москалева Н.Б. Доступность медицинской помощи населению, оказываемой с использованием автомобильного транспорта – ключевой показатель качества медицинских услуг // Инновации и инвестиции. 2014. № 7. С. 188-193.
3. Основы организации и оказания скорой медицинской помощи при тяжелых сочетанных повреждениях пострадавших вследствие ДТП/ГУ. Санкт-Петербург: НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. 2011. 112с.
4. Петрова А. Мишень спасения // КОММЕРСАНТЪ. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. 2014. № 205. С. 21, 25.
5. Российский статистический ежегодник. 2012: Стат. сб. Росстат. М., 2012. 786 с.
6. Рошаль Л.М. Как вылечить здравоохранение. URL:<http://www.aif.ru>.
7. Семенова Е. Модернизация без крови. Это возможно с новой медтехникой и грамотным управлением. URL:<http://www.aif.ru>.
8. Стародубов В. И., Галанова Г.И. Методологические технологии и руководство по управлению качеством медицинской помощи. М.: Менеджер здравоохранения, 2011. 207 с.
9. Стародубов В. И., Галанова Г.И. Управление качеством медицинской помощи – теория и практика. М.: Менеджер здравоохранения, 2015. 321 с.
10. Улумбекова Г., Белостоцкая С. Это приведет к 380 тыс. дополнительных смертей // КОММЕРСАНТЪ. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. 2014. № 223. С. 17, 22.

Problems of providing full and effective medical care to certain categories of the population

Natal'ya B. Moskaleva

PhD in Economics, Associate Professor,
Russian Presidential Academy of National Economy and
Public Administration,
119571, 84 Vernadskogo ave., Moscow, Russian Federation;
email: natalyamoskaleva@inbox.ru

Abstract

The author of the article proves the key role of usefulness as an indicator of quality of medical care. The object of the research is the usefulness of the provision of medical care provided by road transport. The subject of the research is mechanisms used to improve health care quality management organization of the population. The article examines the problem of providing full medical care with the use of road transport to the following categories of the population: inhabitants of remote, inaccessible, small rural settlements; people who work (often in a rotational manner) or have self-organized rest in remote places; people who got into a road traffic accident (RTA) in remote and unpopulated areas of roads. The author analyses main reasons for the low level of the quality indicators that characterize the usefulness of medical care provided by these categories of population. Moreover, she suggests a range of measures to improve the usefulness of health care and its socio-economic efficiency and points out indicators of full and effective health care. They are: highly-qualified medical personnel; modern medical equipment and drugs; acceptability of the price of medicines in pharmacies; required number of health care organizations to provide full medical care; healthy lifestyle of the population.

For citation

Moskaleva N.B. (2016) Problemy okazaniya polnotsennoi i effektivnoi meditsinskoi pomoshchi opredelennym kategoriyam naseleniya strany [Problems of providing full and effective medical care to certain categories of the population]. *Ekonomika: vchera, segodnya, zavtra* [Economics: yesterday, today and tomorrow], 9, pp. 172-185.

Keywords

Usefulness of medical care; indicator; quality of medical care; medical staff; innovative technologies; management efficiency; ambulances; rural settlements.

References

1. Gosudarstvennaya programma Rossiiskoi Federatsii "Razvitie zdravookhraneniya". Utverzhdena postanovleniem Pravitel'stva Rossiiskoi Federatsii ot 15 aprelya 2014 g. № 294 [State program of the Russian Federation "Health Development". Approved by Decree of the Russian Government No. 294 of April 15, 2014] (2014). *Sobranie zakonodatel'stva Rossiiskoi Federatsii* [Collected legislation of the Russian Federation (Art. 2057)], 17.
2. Moskaleva N.B. (2014) Dostupnost' meditsinskoi pomoshchi naseleniyu, okazyvaemoi s ispol'zovaniem avtomobil'nogo transporta – klyuchevoi pokazatel' kachestva meditsinskikh uslug [Availability of medical care provided by road transport is the key indicator of the quality of medical services]. *Innovatsii i investitsii* [Innovations and investments], 7, pp. 188-193.

3. *Osnovy organizatsii i okazaniya skoroi meditsinskoj pomoshchi pri tyazhelykh sochetannykh povrezhdeniyakh postradavshikh vsledstvie DTP/GU* [Fundamentals of organization and delivery of emergency medical care for severe combined injuries suffered from the accident] (2011). Sankt-Peterburg: Institute of Emergency Care named after I.I. Dzhanelidze.
4. Petrova A. (2014) Mishen' spaseniya [The target of salvation]. *KOMMERSANT. ZDRAVOOKHRANENIE* [Kommersant. Health care], 205, pp. 21, 25.
5. Roshal' L.M. *Kak vylechit' zdravookhranenie* [How to cure healthcare]. Available at: <http://www.aif.ru> [Accessed 28/08/16].
6. Rossiiskii statisticheskii ezhegodnik (2012) [Russian statistical yearbook]. *Stat. sb. Rosstat* [Rosstat]. Moscow.
7. Semenova E. Modernizatsiya bez krovi. Eto vozmozhno s novoi medtekhnikoi i gramotnym upravleniem [Modernization without blood. This is possible with the new medtech and competent management]. Available at: <http://www.aif.ru> [Accessed 28/08/16].
8. Starodubov V. I., Galanova G.I. (2011) *Metodologicheskie tekhnologii i rukovodstvo po upravleniyu kachestvom meditsinskoj pomoshchi* [Methodological techniques and guidelines for the management of health care quality]. Moscow: Menedzher zdravookhraneniya Publ.
9. Starodubov V.I., Galanova G.I. (2015) *Upravlenie kachestvom meditsinskoj pomoshchi – teoriya i praktika* [Quality Management of medical care – theory and practice]. Moscow: Menedzher zdravookhraneniya Publ.
10. Ulumbekova G., Belostotskaya S. (2014) Eto privedet k 380 tys. dopolnitel'nykh smertei [It will lead to 380 thousand additional deaths]. *KOMMERSANT. ZDRAVOOKHRANENIE* [Kommersant. Health care], 223, pp. 17, 22.