УДК 614.2

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Еругина М.В.[1], Кром И.Л.[1,2], Ермолаева О.В.[1], Ковалёв Е.П.[1], Бочкарева Г.Н.[1]

[1]ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов, e-mail: olesya-ermolaeva1986@yandex.ru;
[2]Центр медико-социологических исследований, Саратов

В статье представлены основные проблемы, связанные с организацией медицинской помощи сельскому населению. Авторы приводимых в статье публикаций анализируют особенности здоровья населения России в современных условиях: низкую рождаемость, высокую смертность, ухудшение здоровья, выраженную тенденцию постарения и др. В статье рассматриваются результаты исследований, доказывающих, что сельскому здравоохранению России свойственны и специфические характеристики, требующие определённых подходов при его модернизации. Уровень и объём медицинской помощи сельскому населению отстаёт от городского, в первую очередь это обусловлено низкой доступностью и качеством медицинской помощи, недостаточно эффективным управлением здравоохранением на селе, нерациональным использованием материальных и трудовых ресурсов. Все это, по мнению авторов статьи, обосновывает необходимость комплексного подхода к решению проблем медицинской помощи сельскому населению.

Ключевые слова: сельское здравоохранение, доступность медицинской помощи, качество медицинской помощи.

MODERN PROBLEMS OF THE ORGANIZATION OF HEALTH CARE TO RURAL POPULATION

Erugina M.V.[1], Krom I.L.[1.2], Ermolaeva O.V.[1], Kovalev E.P.[1], Bochkareva G.N.[1]

[1]Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, e-mail: olesya-ermolaeva1986@yandex.ru;
[2] Centre of Medical-Sociological Research, Saratov

The article presents main problems associated with the health care organization to the rural population. The authors cited in the article, analyze the features of public health of the population of Russia in modern conditions: low birth rate, high mortality, deterioration of health, distinct aging trend and others. The results of the research, which prove that rural health care of Russia is characterized by peculiar features that require specific approaches in its modernization are discussed in the article. The level and the capacity of medical aid to the rural population falls behind the level of the medical air of the urban population, in the first place it is due to the low availability and low quality of medical care, insufficient effective management of health care in rural areas, the irrational use of material and labor resources. All this, according to the authors, justifies the need for an integrated approach to the solution of the problem of health care to the rural population.

Keywords: rural health care, health care availability, quality of medical care.

Доступность медицинской помощи является важнейшей проблемой организации здравоохранения, повышения качества жизни населения, в особенности сельского [9]. Основные медицинские ресурсы сконцентрированы в городах даже в тех странах, где большинство проживает в сельской местности. Некоторые страны до сих пор испытывают трудности при обеспечении транспортной доступности организаций здравоохранения, использования средств связи, практически все государства сталкиваются с проблемой дефицита врачей и других медицинских работников в сельских и отдаленных районах. Как правило, сельское население живет в более бедных условиях, чем городское, что приводит к ухудшению здоровья и снижению производительности труда [21].

На протяжении советского периода развития здравоохранения, периода становления

медицинского страхования и современных реформ в здравоохранении проблемы доступности медицинской помощи сельскому населению не потеряли своей актуальности. В.Ф. Капитонов, В.М. Новиков, характеризуя здравоохранение села на рубеже XX–XXI вв., убедительно доказывают, что сельское население в меньшей степени обеспечено медицинской помощью, как по объему, так и по качеству. Крайне незначительны объемы профилактической работы, низка доступность специализированной медицинской помощи [8]. Для повышения доступности сельского здравоохранения этого периода И.М. Водяненко с соавт., К.Ю. Лакунин предлагали четко определить состав медицинской помощи, которую государство может бесплатно предоставить населению в рамках системы обязательного медицинского страхования [2,10].

Сельскому здравоохранению России свойственны специфические характеристики, требующие определённых подходов в модернизации. Особенностями сельской жизни являются низкая плотность населения, большая территориальная протяженность и плохое дорожно-транспортное сообщение с соседними районами и областными центрами [18]. В селах больше, чем в городах, лиц старше 75 лет; одиноких престарелых; инвалидов и безработных. Социально-экономические условия жизни сельских жителей хуже, чем городских. По сравнению с горожанами уровень жизни, общая и санитарная культура, уровень медицинской активности у сельских жителей значительно ниже. Сельские жители в полтора раза реже городских посещают амбулаторные учреждения, а госпитализируются лишь при неотложных проблемах здоровья, отказываясь от плановой госпитализации из-за трудностей бытового характера (уход за детьми, наличие подворья, сезон сельскохозяйственных работ и пр.) [5,7,16].

И.Ю. Юрова к особенностям организации медицинской помощи жителям сельской местности, обусловленным спецификой сельского труда и быта, относит отсутствие точного времени амбулаторного приема, когда прием больных нудно проводить с учетом сезонности сельскохозяйственных работ, в отсутствие врача прием может осуществлять фельдшер; вызовы на дом обслуживает врач лишь в селе, где расположена участковая больница; вызовы на дом в другие населенные пункты сельского врачебного участка обслуживает фельдшер; в работе врача выделяется один профилактический день в неделю; дежурство врача в стационаре возможно с правом пребывания дома и обязательной информацией персонала о своем местонахождении на случай оказания неотложной помощи [21].

Л.В. Шаманова, Т.П. Маслаускене к особенностям сельского здравоохранения относят неравномерный характер расселения сельских жителей; отсутствие возможности реализации права выбора врача медицинской организации; дефицит врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, врачей и средних медицинских работников,

подготовленных к проведению целевой профилактики, при относительном профиците врачей специалистов, слабую лечебно-диагностическую базу, низкий уровень диагностики и лечения больных, низкая материально-техническая оснащенность; невысокий уровень развития информационных технологий, дефицит санитарного транспорта, неудовлетворительное состояние транспортных коммуникаций и большой радиус обслуживания; преобладание среди сельских жителей пенсионеров [19].

Сельское население составляет 26 % населения страны или 37,2 млн человек. В четверти субъектов Российской Федерации сельские жители составляют 40 % населения. Продолжается процесс измельчания сельских поселений. В период между Всероссийскими переписями населения 1989 г. и 2010 г. сельские территории утратили 9,2 тыс. сельских населенных пунктов. К 2010 г. оставалось немало лечебно-профилактических учреждений сельских муниципальных образований, не укомплектованных врачебными кадрами, что снижало уровень доступности врачебной помощи для сельского населения и требовало разработки единой государственной стратегии развития здравоохранения села [6,19].

Так, одно из направлений реформирования здравоохранения предполагало организацию первичного звена по принципу врача общей практики, что должно было привести к улучшению качества, доступности и экономичности медицинской помощи, эффективному использованию ресурсов, изменению ориентации на профилактику заболеваний и укреплению здоровья [1]. Доказано, что особенно актуален переход сельских врачебных участков на общую врачебную практику в отдалённых районах и в районах с невысокой численностью населения [12].

А.В. Юргель предлагал реализовать комплекс мероприятий в области здравоохранения, направленных на укрепление первичной медико-санитарной помощи в сельской местности, включая развитие сети ФАПов и врачебных амбулаторий с учетом установленных критериев физической доступности доврачебной и врачебной помощи; массовое внедрение института врача общей практики в сельской местности; формирование квалифицированного кадрового потенциала здравоохранения, в т.ч. создание экономических условий для привлечения молодых специалистов; повышение квалификации, подготовку и переподготовку кадров; внедрение в практику первичного звена здравоохранения сельской местности и удаленных районов телекоммуникационных технологий; внедрение стандартов оказания медицинской помощи; проведение диспансеризации населения и других профилактических мероприятий; создание систем, заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов здравоохранения (развитие рынка страховых услуг). При анализе данных мониторинга оказания медицинской помощи, проводимого Росздравнадзором во всех федеральных округах, установлено, что

пациенты, проживающие в труднодоступных и удаленных районах, имеют более низкое качество жизни, уровень оказания медицинской и лекарственной помощи, чем жители городов и населенных пунктов городского типа [20].

Для совершенствования работы участковых врачей и врачей общей практики обосновывалось совершенствование выездных видов специализированной помощи; реорганизация сельских участковых больниц; укрепление и модернизация материально-технической базы амбулаторно-поликлинических учреждений, особенно участковой службы, необходимость пересмотра системы финансирования медицинской помощи сельским жителям (обязательное медицинское страхование + бюджет). Внедрение этих методов в практику было призвано значительно повысить качество и эффективность работы участковых врачей и врачей общей практики [19,1].

На качество медицинской помощи значительно влияет наличие кадров, их количество, качество и подготовка. Особенно это ощущается в сельской местности. Низкая зарплата, отсутствие перспектив – все это делает работу в селе малопривлекательной для специалистов. Таким образом, чем дальше находится населенный пункт, тем ниже возможность оказания медицинской помощи [3].

За последнее десятилетие реализован национальный проект «Здоровье» (стартовал в 2005 г.), программа модернизации здравоохранения (2012 г.), долгосрочные региональные программы развития здравоохранения (до 2015 г.), но всего 35,4 % граждан нашей страны довольны качеством медицинского обслуживания. В реформенный период сохранялась неблагоприятная медико-демографическая ситуация – рост заболеваемости, особенно социально значимыми болезнями, инвалидности, смертности, естественной убыли населения, а также увеличивающийся разрыв между потребностями населения в медицинской помощи и финансовыми ресурсами – особенно ощутимы в сельских регионах. Разрушение сельскохозяйственной инфраструктуры, изменение видов хозяйственных связей, существовавших ранее между различными территориями, привели к высокому уровню безработицы на селе, снижению жизненного уровня, деформации социальной структуры населения, росту численности социально-дезадаптированной популяции [6]. В 2005–2007 г. констатируется сокращение занятости населения и рост безработицы в сельской местности [13]. Все эти неблагоприятные факторы обострили ситуацию с доступностью сельской медицины. По данным анкетирования, проведенного А.А. Калининской и Л.М. Маликовой, сегодня врачебная помощь территориально доступна только 49 % селян, для 40 % – труднодоступна, 9 % – практически недоступна (2 % респондентов не смогли ответить на вопрос). Результаты этих исследований свидетельствуют о низком уровне доступности медицинской помощи, что обуславливает плохое состояние здоровья сельского населения и

стойкую тенденцию к его ухудшению [7, 11].

Результаты исследования Н.К. Гусевой с соавт. показали, что за 2005–2014 гг. в сельских муниципальных образованиях число медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, снизилось в 2,9 раз [15].

Обеспеченность сельского населения медицинской помощью по Российской Федерации с 2005 по 2012 год имела негативную тенденцию. За этот период сократилась на 27 % обеспеченность койками на 10 000 населения; 2,9 раза уменьшилось число учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь; количество фельдшерско-акушерских пунктов сократилось на 7431, количество физических лиц среднего медицинского персонала, работающего на фельдшерско-акушерских пунктах, сократилось на 14 629 человек [15].

Анализ международного и отечественного опыта показывает, что организация медицинской помощи сельскому населению должна реализовываться в рамках комплексных программ, которые должны учитывать риски со стороны внешней среды, особенности развития региона и стратегические направления административных реформ. Формирование и реализация совместных, федеральных и региональных программ требуют соблюдения единства в решении проблем. При этом планирование коечной мощности медицинских организаций вне пределов крупных городов не учитывает особенностей расселения на определенной территории, поло-возрастного состава населения, особенностей в структуре заболеваемости, этапности при организации медицинской помощи, что порождает структурные диспропорции, влияющие на ее доступность для населения и качество [4].

Принятый 21 ноября 2011 года Федеральный закон № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской федерации» определил, что одним из основных направлений совершенствования медицинской помощи населению является развитие первичной медико-социальной помощи на базе муниципальных учреждений [17].

Необходимость комплексного решения проблем села нашла свое отражение в реализации национальных проектов, приоритетные места в которых отводятся охране здоровья населения и повышению уровня жизни в сельской местности. Федеральная программа «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 гг. и до 2020 г.» призвана решить задачу обеспечения комплексного развития сельских территорий, активизацию человеческого фактора и экономического роста; улучшения жилищных условий граждан, проживающих в сельской местности, в том числе молодых семей и молодых специалистов; комплексного обустройства населенных пунктов, расположенных в сельской местности, объектами социальной и инженерной инфраструктуры, в том числе развитие сети общеобразовательных учреждений, сети фельдшерско-акушерских пунктов

и/или офисов врача общей практики, сети плоскостных спортивных сооружений, газификации и водоснабжения; грантовую поддержку местных инициатив граждан, проживающих в сельской местности [3].

Определены планируемые индикаторы и показатели Федеральной целевой программы «Устойчивое развитие сельских территорий на 2014–2017 годы и на период до 2020 года». Так, за время реализации Программы к 2020 г. планируется ввод в действие 858 офисов врача общей практики и фельдшерско-акушерских пунктов [7], несмотря на сокращения, только количества фельдшерско-акушерских пунктов почти на 7,5 тысяч единиц за 10 лет, предшествующих утверждению данного документа.

До настоящего времени недостаточно изучен объем и качество амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению на всех этапах ее оказания, состояние здоровья, качество диспансеризации сельского населения; объем и качество медицинской помощи на дому; качество доврачебной медицинской помощи; особенности организации скорой медицинской помощи сельскому населению. Необходимо разработать и обосновать новые организационные формы медицинской помощи сельскому населению в современных социально-экономических условиях [14].

Проведенный анализ литературных данных о результатах проводимых исследований по проблеме доступности медицинской помощи сельскому населению позволяет сделать следующие выводы:

– проблема доступности медицинской помощи сельскому населению в последнее десятилетие обострилась;

– существует две группы основных факторов, влияющих на доступность медицинской помощи населению: одна группа факторов связана с особенностями расселения на определенной территории, транспортной доступностью, особенностями сельского быта, другая – с особенностями организации медицинской помощи, обусловленными указанными факторами, недостаточным ресурсным обеспечением организаций здравоохранения;

– реализуемые в последнее десятилетие программы, направленные на повышение доступности и качества медицинской помощи, не привели к значимому положительному результату.

Список литературы

1. Агаларова Л.С. Мнение населения об организации и качестве медицинской помощи, оказываемой участковыми терапевтами и врачами общей практики // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 1. – С.26-28.

2. Актуальные проблемы организации специализированной медицинской помощи жителям села / И.М. Водяненко, И.В. Поляков, И.П. Сергеев, Т.М. Зеленская, А.В. Паскаль // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – № 2. – С.35-36.

3. Давыдова Ю.В., Клюшина Е.А., Самойленко А.Б. Проблемы доступности и качества медицинского обслуживания // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2013. – Т. 3, № 11. – 1287 с.

4. Евсюков А.А., Шарафутдинова Н.Х., Калининская А.А. Медико-демографические показатели здоровья сельского населения в Республике Башкортостан. – Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2010. – 200 с.

5. Закоркина Н.А. К методике сохранения здоровья подростков в условиях сельской местности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 6. – С.40-41.

6. 6. Калининская А.А., Дзугаев А.К., Чижикова Т.В. Кадровая политика в здравоохранении Российской Федерации. // Здравоохранение Российской Федерации. – 2009. – № 5. – С.11-14.

7. Калининская А.А., Маликова Л.М. Проблемы и пути реформирования села // Социальные аспекты здоровья населения. – 2015. ISSN 2071-5021 Эл №ФС77-28654.

8. Капитонов В.Ф., Новиков О.М. Медико-демографические процессы и сельская семья за последние 40 лет // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 5. – С. 8-10.

9. Кром И.Л., Еругина М.В., Сазанова Г.Ю. Оценка медицинской помощи в контексте качества жизни больных ишемической болезнью сердца // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-6. – С. 1174-1177.

10. Лакунин К.Ю. Социально-экономические аспекты функционирования системы оказания медицинской помощи в сельских муниципальных образованиях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 5. – С.44-46.

11. Медико-демографические особенности сельского населения / А.А. Калининская, В.В. Стрючков, А.А. Евсюков, А.А. Кудрявцев // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2010. – № 2. – С. 97-101.

12. Подходы к реформированию первичной медико-санитарной помощи в сельских районах Сибири / И.С. Доминов, В.Ф. Капитонов, В.А. Вагнер, Г.А. Галичев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 2. – С. 35-37.

13. Паскаль А.В. Научное обоснование организации медико-социальной помощи

сельскому населению: автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2007. – 48 с.

14. Рагимов Г.Г. Научное обоснование путей оптимизации амбулаторно-поликлинической помощи сельскому населению в условиях модернизации здравоохранения: автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 2014. – 23 с.

15. Современные проблемы организации помощи сельскому населению / Н.К. Гусева, М.В. Доютова, В.А. Соколов, И.А. Соколова // Медицинский альманах. – 2015. – № 3(38). – С. 11-15.

16. Степанов В.В. Основные направления развития здравоохранения в сельских районах субъекта Российской Федерации. – Новосибирск, 2006. – 203 с.

17. Федеральный закон № 323 от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // «Собрание законодательства РФ» 21.11.2011 г. № 48 ст. 6724.

18. Филатов В.Н., Скрипин Ю.Ю. Проблемы системы сельского здравоохранения глазами ее врачей // Российский семейный врач. – 2007. – № 4. – С. 42.

19. Шаманова Л.В., Маслаускене Т.П. Проблемы медицинской помощи сельскому населению // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – № 6. – С. 19-24.

20. Юргель Н.В. Вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению // Вестник Россздрава. – 2008. – № 2. – С. 39.

21. Юрова И.Ю. Сельское здравоохранение как международная проблема // Международный научно-исследовательский журнал. – 2013. – № 11-3 (18). – С. 88-89.