

Рыночные реформы и доступность медицинской помощи населению

Дальневосточный государственный медицинский университет

Контактная информация: В.Г. Дьяченко, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Резюме

Формирование либеральной модели экономического развития России повлекло за собой реформирование производства медицинских услуг. По мнению автора в основе стратегии реформ отечественного здравоохранения лежат позиции прагматизма. Анализ результатов опросов пациентов указывает на то, что проводимые рыночные реформы отрицательно повлияли на уровень доступности медицинской помощи. Снижение её уровня в особой мере затронуло жителей сельских и отдаленных северных поселений провинций, таких как Дальний Восток России. Основными факторами, влияющими на уровень доступности медицинской помощи являются физическая и территориальная (транспортная) доступность и кадровый кризис.

Ключевые слова: здравоохранение, рыночные реформы, медицинские услуги, уровень доступности, мнение потребителей

V. Dyachenko

Market reforms and the availability of medical care to the population

Far Eastern State Medical University

e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

Formation of the liberal model of economic development in Russia led to a production of health care reform. According to the author there are pragmatic positions at the heart of national health care reform strategies. Analysis of the results of patient surveys indicates that the ongoing market reforms have negatively affected on the level of access to health care. Reducing its level was particularly affected the people in rural and distant communities of Northern provinces such as the Russian Far East. The main factors, which are affecting on the level of access to health care are a physically and territorial (transport) availability and the personnel crisis.

Key words: health care, market reforms, medical services, availability, consumer opinion

Введение

Рыночные реформы, насаждаемые либеральными экономистами в России в течение последних 25 лет, не могли обойти стороной такую значимую для общества сторону социально-экономических перемен, как сектор производства медицинских услуг. Именно в отечественном здравоохранении произошли события, которые до настоящего времени воспринимаются неоднозначно, как пациентами, так и врачами. Медицинская помощь с подачи реформаторов перешла в категорию производства специфических товаров и услуг, что обусловило их реализацию (продажу) по двум основным критериям: цене и качеству.

Некоторые специалисты указывают на бессистемность и непредсказуемость реформ отечественного здравоохранения в течение последней четверти века [3, 9, 14, 15, 20, 29, 32], что, по нашему мнению, не вполне справедливо. Дело в том, что, начиная с разработки «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки РФ», одобренной Постановлением Правительства РФ от 15.11.97 № 1387, кончая «Стратегией развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг., делались обоснованные попытки систематизации принципов реформирования отрасли в условиях либеральных преобразований [10, 17, 28, 29].

Другое дело, что конечные результаты реализации планов реформ оказались не убедительными, что в настоящее время не устраивает общество. А поскольку промежуточные результаты никак не могут настроить население на позитивный лад с точки зрения достижения оптимального уровня доступности, качества и безопасности производства медицинских услуг, сами по себе реформы отрасли не пользуются популярностью ни у пациентов, ни у медицинских работников.

Складывается впечатление, что они окончательно разуверились в том, что «правила игры» наконец обретут хотя бы на некоторое время, стабильность и позволят завершить реформы отрасли с приемлемым результатом. Для общества остаются неясными принципы объединения 41 статьи Конституции РФ, Программы государственных гарантий оказания населению РФ бесплатной медицинской помощи и стратегии оптимизации (уничтожения) отдельных производственных элементов отрасли здравоохранения в сельских и отдаленных поселениях провинциальных субъектов РФ, таких как Дальневосточный федеральный округ (ДФО) в сочетании с хроническим недофинансированием медицинских организаций [5, 10, 11, 21, 26].

По нашему мнению продолжают попытки объединения сметных принципов финансирования медицинских организаций со страховыми принципами, что предполагает сочетание «сетевого планирование производственных элементов отрасли» с планировани-

ем производства видов и объемов медицинских услуг. При таком сочетании принципов планирования до 80% финансовых ресурсов провинциальной медицины расходуется в стационарном секторе, что по сути дела тормозит производство медицинских услуг за пределами круглосуточных стационаров. Хронический идеологический кризис первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в сочетании с безуспешным более чем двадцатипятилетним периодом «перехода на обслуживания населения по принципу врача общей (семейной) практики» не добавил оптимизма медицинским работникам и пациентам Российской глубинки за пределами богатых столиц и нефтедобывающих регионов.

Как производители медицинских услуг, так и их потребители устали от неопределенности и дефицита всего: свободных мест в больницах, медицинского оборудования, лекарств, финансовых и кадровых ресурсов, уровня добра, сострадания и сочувствия. В связи с вышеизложенным, **целью** настоящей публикации явился анализ некоторых аспектов трансформации доступности медицинских услуг в условиях рыночных реформ и обязательного медицинского страхования.

Материал и методы

Для проведения исследования была разработана программа, теоретической и методологической основой которой стал анализ фундаментальных и прикладных работ отечественных и зарубежных авторов в области реализации рыночных реформ в здравоохранении с позиции обеспечения граждан доступной, качественной и безопасной медицинской помощью. Осуществлялась оценка данных по взаимодействию пациентов с представителями страховых медицинских организаций (СМО) и с производителями медицинских услуг (медицинским персоналом) в системе ОМС (в частности, вопросы обеспечения досудебной защиты прав застрахованных на получение бесплатных медицинских услуг в рамках исполнения Программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (ПГГ). Изучалось мнение пациентов и медицинских работников о состоянии доступности, качества и безопасности медицинской помощи с помощью социологического опроса, дополнявшегося свободным собеседованием по изучаемой проблеме с последующим занесением ответов в соответствующий протокол.

Объектом исследования явились пациенты из различных субъектов РФ ДФО и медицинский персонал одной поликлиники и четырех круглосуточных стационаров. Предметом исследования стали оценка уровня доступности и удовлетворенности качества

предоставляемых медицинских услуг в рамках исполнения ПГТ.

Метод исследования – анкетный опрос в сочетании с полустандартизированным индивидуальным и коллективным интервью [2, 24, 36, 38]. В течение 2015-2016 гг. социологическим опросам было подвергнуто 358 пациентов и 79 медицинских работников, общая численность респондентов составила 437 человек. Коллективные интервью проводились с группами респондентов от 5 до 7 человек по проблемам доступности и качества медицинских услуг, а также – по вопросам взаимоотношений пациента и медицинского работника. В роли модератора реализации коллективных интервью выступал автор исследования. Обработка информации проводилась с помощью программы MS EXEL.

Обсуждение результатов

Тезис о том, что от эффективности функционирования системы медицинской помощи населению его здоровье (в том числе и смертность) зависит только на 15–20%, тиражируется либеральными экономистами в течение трёх последних десятилетий. Следовательно, они считают, раз здоровье населения слабо зависит от организации медицинской помощи, то уровень финансирования здравоохранения можно не повышать. Они настаивают на том, что следует сокращать число ме-

дицинских работников и коек в больницах, повышая нагрузку на персонал, иначе придется принимать непопулярные решения в виде жесткого нормирования и перераспределения государственных средств, чтобы базовая медицинская помощь была доступна большинству населения. При этом придется отказаться от всех инвестиционных и части дорогостоящих госрасходов, в частности на большинство видов высокотехнологичной помощи [31].

Рыночные реформы и приоритеты здравоохранения. Анализ фундаментальных и прикладных работ отечественных и зарубежных авторов в области реализации рыночных реформ в здравоохранении России с позиции обеспечения граждан доступной, качественной и безопасной медицинской помощью показывает, что в отечественной медицине в последние десятилетия культивируются определенные правила игры, которые можно объединить под понятием «прагматизм». (**Прагматизм** (греч. $\rho\epsilon\sigma\beta\mu\beta\eta\tau$ – дело, действие) – философское течение, базирующееся на практике как критерии истины и смысловой значимости. По мнению отечественных реформаторов, современный прагматизм в условиях рыночной трансформации экономики страны – это универсальный механизм решения настоящих и будущих проблем социальной сферы страны, в том числе и здравоохранения. По их мнению – это единственный путь, который позволит обеспечить выполнение в полном объеме программы госгарантий во всех без исключения субъектах РФ, повысит качество, помирят

врача и пациента, защитит низкодходные категории населения от прямой оплаты медицинской помощи, как в легальном, так и в теневом секторе рынка медицинских услуг. Сегодняшних руководителей отрасли здравоохранения России довольно часто называют прагматиками (прим. автора).

Обществу дали понять, что будущее отечественной медицины связано с неторопливым продвижением в строго избранном направлении, шаг за шагом, экономя и строго рассчитывая ресурсы, экономя оставшиеся силы и средства. И ни в коем случае не планировать догнать, а уж тем более перегнать по уровню доступности, качества и безопасности, а тем более по показателям здоровья населения экономически развитые страны. Сегодня значительная часть населения страны, в том числе и медицинские работники, заняты привычным для последних лет процессом – «выживанием, во что бы то ни стало».

В этой связи следует отметить, что поведение индивидуума, который живет – одно, а который выживает – совсем другое. У выживающих формируются свои, маленькие ценности, разительно отличающиеся от ценностей тех, которые живут. Все, что не решает проблемы сегодняшнего дня, кажется лишним и отбрасывается. Здесь некогда думать о завтрашнем дне, вся энергия направлена на

решение своих маленьких, сиюминутных проблем. Именно эти выживающие, как пациенты, так и медицинские работники находятся в состоянии постоянной депрессии и заражают депрессией всю систему медицинской помощи населению.

В реальных условиях проводимых либеральных реформ формируются основные принципы выживания:

- ✓ *минимум потребностей,*
- ✓ *минимум затрат,*
- ✓ *мелкие рациональные движения,*
- ✓ *полное отсутствие амбиций и высоких устремлений.*

Такая стратегия эволюции отечественной медицины в условиях рынка, вероятно закономерна, поскольку опирается не только на политическое, экономическое и социальное состояние государства, но и на специалистов, в т.ч. и чиновников, которые формируют принципы идеологии и приоритеты реформ здравоохранения России в начале XXI века. Конечно же, стратегия выживания – это стратегия системы со слабым ресурсным обеспечением.

Анализ официальной статистической информации по результатам реформ 2005-2012 гг. показывает, что стратегия выживания достигли своей цели. Так, темп снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний за период 2005-2012 гг. во всех возрастах составил 29%, при этом максимальные темпы сокращения смертности наблюдались в возраст-

ной группе 40-59-летних. Смертность от внешних причин снизилась с почти 320 тысяч человек в 2005 году до 197 тысяч в 2012 году. Одновременно, рост уровня рождаемости позволил в 2012 году впервые за десять лет добиться превышения рождаемости над смертностью и обеспечить естественный прирост населения.

Однако, угроза блокирования сформировавшихся тенденций позитивных изменений показателей здоровья населения страны сегодня исходит из позиций прагматизма – «*минимум потребностей*» и «*минимум затрат*», которые сопровождаются идеологией «оптимизации» отечественной медицины в виде сокращения коечного фонда (только в 2014 г. коечный фонд больниц сократился почти на 30 тысяч). Причем эти сокращения отмечены в 73 субъектах РФ. Сокращение коечного фонда не привело к увеличению дней работы койки в году: вместо плановых 329,0 дней в 2014 г. среднегодовая занятость койки составила всего 321,0 день. В связи с этим в 2014 г. по сравнению с 2013 г. более чем в половине субъектов РФ снизилось число госпитализаций, что сопровождалось ростом внутрибольничной летальности на фоне снижения числа госпитализированных пациентов, формирования в отдельных субъектах РФ тенденции к росту числа умерших на дому. Негативные последствия проводимой оптимизации особенно

сильно затронули отдаленные северные и сельские поселения Российской провинции. В результате в 2014 году было госпитализировано на 32,2 тысячи сельских жителей меньше, чем в 2013 году, а смертность сельского населения в 2014 году была выше, чем у городского на 15%.

Большинство отечественных экономистов, а также отдельные представители Правительства РФ заявляют, что проблемы здравоохранения можно решить за счет роста конкуренции и внедрения частного бизнеса. Про конкуренцию, особенно в условиях провинциальных систем здравоохранения, где зачастую наблюдается дефицит не только медицинских организаций, но и врачей самых распространенных специальностей, в настоящее время даже рассуждать нецелесообразно. А, попытка привлечения негосударственных медицинских организаций для исполнения ПТГ, как правило «упирается» в заниженные тарифы на медицинские услуги и принципиального нежелание частных работников работать в системе ОМС. Иллюстрацией формирующихся проблем в сельском здравоохранении являются сведения представленные Г.Э. Улумбековой (2015): в РФ 34% населенных пунктов с численностью населения свыше 100 человек не имеют медицинской инфраструктуры, а с численностью менее 100 человек – 82%. Причем в сельской местности проживает 38 млн человек, или 26% населения страны [32].

О возможной ошибке выбора стратегии прагматизма. Ситуация в отечественной

медицине в 2014-2016 гг. позволяет предположить наличие неверных оценок при выборе приоритетов трансформации отечественного здравоохранения в условиях рынка при смене экономической и политической модели развития государства. Возможно разработчики либеральных реформ [6,7] допустили глобальные ошибки и не учли факторов риска, которые через определенный промежуток времени привели к неверным оценкам и неверным решениям. Следует помнить, что ложный вывод – это интеллектуальная катастрофа, которую сложно исправить. Выбор стратегии прагматизма можно было бы изменить на иную стратегию развития в 1990-х годах при условии проведения качественного системного анализа состояния и перспектив развития отечественной медицины. По мнению Елизера Юдковски основной частью методологии анализа представляется обнаружение и устранение возможных ошибок в рассуждениях о глобальных рисках или факторов, ведущих к неверным оценкам и затем к неверным решениям [35].

Рассуждая о глобальных рисках долгосрочных изменений системы охраны здоровья населения России, следует помнить о том, что эти рассуждения подвержены тем или иным систематическим ошибкам и искажениям, которые оказывают влияние на конечные выводы этих рассуждений, а, следовательно, и на ко-

нечный результат реформ. «Ошибки», «предубеждения» или «отклонения в ходе рассуждений», (*cognitive biases*) следует рассматривать как «когнитивные искажения». Когнитивные искажения являются естественным свойством человеческого ума, что не исключает их формирования при разработке глобальных проектов [33]. Основным способ исправления когнитивных искажений является эксперимент, который может проводиться в ограниченных коллективах, территориях или анклавах в виде пилотного проекта, после проверки результатов которого можно реализовать стратегию реформ на всей генеральной совокупности. Именно в этих условиях существует возможность отсрочить наступление или предупреждения реализации глобальных рисков.

Что же относительно международных оценок результатов рыночных реформ в России, то, по мнению экспертов ВОЗ в 1987 году отечественное здравоохранение занимало 26 место, а в 2008 году по мере реализации идей отечественных и зарубежных реформаторов-либералов – Е.Т. Гайдар, А.Б. Чубайс, Джеффри Сакс и др. – уже 131 места в мировом рейтинге систем охраны здоровья населения. Следует отметить, что российские власти и гражданское общество на эти оценки отреагировали достаточно спокойно [1, 6, 7, 27], словно не замечая того, что в государстве сформировалось региональное неравенство. Значительная часть провинций отстает по уровню финансового обеспечения ПГГ и результатам функци-

онирования системы охраны здоровья населения от самодостаточных субъектов РФ. В то же время, по мнению значительного числа международных экспертов между объемом финансирования ПГГ, сроками производства необходимых видов и объемов медицинских услуг и показателями здоровья населения существует линейная связь. Занижение тарифов на медицинские услуги и формирование дефицита финансирования ПГГ губительно сказывается на уровне доступности и качества медицинской помощи. Оценка эффективности реформ отечественной медицины в условиях политической, социальной и экономической трансформации государства в настоящее время должна проводиться с помощью анализа динамики состояния здоровья населения. Однако, чтобы избежать ошибок в трактовке причинно-следственных связей изменений уровня здоровья существует универсальный метод в виде оценки доступности и качества медицинской помощи потребителями медицинских услуг [8, 18, 41]. В то же время использование оценок потребителей оказанных медицинских услуг порождает серьезные методологические проблемы, хотя в экономически развитых странах построение и анализ индексов удовлетворенности населения системой здравоохранения являются стандартной практикой. Исследования, выполняемые в России, по боль-

шей части ограничиваются анализом динамики общих оценок удовлетворенности населения состоянием отечественной медицины, доступностью и качеством медицинской помощи.

Система ОМС и защита прав пациентов. В течение последних пяти лет в СМИ и официальных изданиях тиражируется мнение о том, что страховые медицинские организации (СМО) в условиях конкуренции, усиления борьбы на страховом рынке, наконец-то начнут системно защищать права застрахованных на получение доступной, качественной и безопасной медицинской помощи. Анализ содержания официальных сайтов страховых медицинских организаций работающих в системе ОМС в ДФО показывает, что большинство СМО на своих официальных сайтах не размещают справочных материалов по результатам проводимых вневедомственных экспертиз и информации о защите прав застрахованных. Кроме того в субъектах РФ ДФО отсутствует реальная конкуренция на рынке ОМС, хотя судя по числу СМО в регионе предпосылки для этого имеются.

- ✓ **Республика Саха (Якутия):** ООО «Росгосстрах»-Саха (Якутия)-Медицина; ОАО ГСМК «Сахамедстрах»; ЗАО «Капитал Мед. Страхование»
- ✓ **Камчатский край:** Камчатский филиал ОАО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»; ООО "Страховая компания «ДАЛЬРО-СМЕД»
- ✓ **Приморский край:** ЗАО Страховая группа «Спасские ворота-М» филиал Владиво-

*стокский; ООО СМО «Восточно-**страховой альянс»; ДВ филиал ООО**«Страховая компания «ВСК - Мило-**сердие»*

- ✓ **Хабаровский край:** ЗАО «СГ «Спасские ворота-М» Хабаровский филиал; «Хабаровск РОСНО-МС»; ООО СК «ДальРосмед»; Росгосстрах-Хабаровск-Медицина ф-л ООО «Росгосстрах-Медицина»
- ✓ **Амурская область:** ОАО МСК «Дальмедстрах»
- ✓ **Магаданская область:** ОАО ГСМК «Сахамедстрах»
- ✓ **Сахалинская область:** ООО СК «Даль-Росмед»; Сахалинский филиал ОАО «СК «СОГАЗ-Мед»
- ✓ **Еврейская автономная область:** ф-л ООО «РГС-Медицина»- «РГС-Биробиджан-Медицина»; Филиал ООО «Страховая компания «ДАЛЬ-РОСМЕД» в г. Биробиджане; Страховая группа «Спасские ворота-М»
- ✓ **Чукотский автономный округ :** Чукотский филиал ОАО «Страховая компания СОГАЗ-МЕД»

Как показывает практика, застрахованным жителям Дальнего Востока в системе ОМС не следует особенно обольщаться по поводу того, что деятельность сотрудников СМО направлена в первую очередь на защиту прав при получении медицинской помощи, особенно тем из них, которые имеют несчастье

проживать за пределами региональных столиц в отдаленных северных и сельских поселениях. Результатами рыночных реформ последних лет стали тенденции следующего порядка: чем дальше застрахованный живет от регионального центра, тем беднее медицинская организация к которой он приписан, тем ниже уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи, тем меньше желающих защищать его права. Отдельные Территориальные фонды ОМС вместе со своими филиалами и страховыми медицинскими организациями в субъектах РФ ДФО, особенно там, где отсутствует конкуренция, как страховщиков, так и производителей медицинских услуг выродились в бюрократические структуры, где почти не осталось места защите интересов застрахованных. Там доминируют интересы чиновников этих финансово-кредитных учреждений и корпоративные интересы сотрудников СМО.

Результаты изучения мнения 358 жителей ДФО застрахованных в системе ОМС показал, что всего 7,8% из них при получении полиса ОМС общероссийского образца пытались выбрать себе СМО, которая потенциально бы могла защищать их права. Однако, кроме словесных заверений сотрудников о том, что права застрахованных будут защищены, информации, характеризующей этот важный раздел работы страховщиков, не существовало. Таким образом, выбор страховщика в большинстве случаев осуществлялся респондентами по принципу «шаговой доступности»

или выполнения распоряжения работодателя о получении полиса ОМС в конкретной СМО.

Анализ ответов на вопрос об уровне взаимодействия застрахованных с представителями СМО показал, что всего 3,1% респондентов пытались обращаться по вопросам нарушения доступности, качества и безопасности медицинских услуг в рамках исполнения Территориальной программы ОМС, что, как правило, сопровождалось минимальным интересом страховщиков и формальными отписками. В большинстве случаев обращения реальной помощи респонденты не получали в том числе и по вопросам обеспечения досудебной защиты прав застрахованных при получении медицинских услуг в рамках исполнения ПГГ, что в конечном итоге заканчивалось самостоятельным обращением в судебные инстанции.

Проблемы доступности медицинской помощи. Обеспечение доступности медицинской помощи для широких слоев населения неизменно декларируется как важнейшие приоритет государственной политики в области охраны здоровья. В этой связи следует отметить, что комплекс мер, призванных реализовать эти приоритеты был сформирован и в 2011–2013 гг. во всех субъектах РФ были осуществлены программы модернизации отрасли, включающие масштабное

переоснащение производственных мощностей медицинских организаций медицинским оборудованием, широкое внедрение информационных технологий, изменение кадровой политики, внедрение медицинских стандартов и др. Кроме того с 2013 г. во всех субъектах РФ реализованы планы мероприятий (дорожные карты), направленные на повышение эффективности здравоохранения, включая реструктуризацию медицинских организаций, сокращение избыточного коечного фонда и перемещение части производства медицинских услуг, оказывавшейся в круглосуточных стационарах, в поликлиники, маршрутизацию потоков пациентов, повышение оплаты труда медицинских работников. Эти мероприятия были призваны повысить уровень доступности, качества и безопасности медицинской помощи.

Дало ли внедрение комплекса этих мер реальный эффект? С одной стороны данные управляющих структур однозначно отвечают на этот вопрос утвердительно, указывая на повсеместное повышение доступности и качества медицинской помощи. С другой стороны следует в качестве важного индикатора результативности программ модернизации отрасли рассматривать оценки потребителями медицинских услуг происходящих изменений с точки зрения уровня доступности и качества медицинской помощи. Именно в этом плане ситуация неоднозначна. Потребители медицинских услуг отмечают снижение этих показателей. Так, согласно данных опроса обще-

ственного мнения, проведенного Левада-центром в октябре 2014 года, из 3,5 тысяч опрошенных пациентов государственных медицинских организаций, 32% отметили ухудшение в работе поликлиник и больниц [5]. Как правило, пациенты высказывали неудовлетворение ростом очередей на прием к врачу, отсутствием нужных специалистов в медицинских организациях, увеличение сроков ожидания проведения необходимых исследований и задержку плановой госпитализации. Именно эти дефекты указывают на снижение уровня доступности медицинской помощи широким слоям населения.

Основываясь на материалах Венской ассамблеи Всемирной организации здравоохранения в 1988 году и данных литературы [22, 23, 30], можно выделить следующие виды доступности медицинской помощи:

- ✓ физическая доступность;
- ✓ территориальная (транспортная) доступность;
- ✓ временная доступность;
- ✓ информационная доступность;
- ✓ экономическая доступность;
- ✓ психологическая доступность;
- ✓ организационная доступность;
- ✓ кадровая доступность.

Причем ограничение в доступности медицинской помощи испытывают не только граждане развивающихся, но и граждане экономически развитых стран [39,40].

Результаты исследования Н.Н. Кочкиной (2015), сотрудницы Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», посвященного оценке доступности и качества медицинской помощи в России указывают на то, что мнения людей о вероятности получения, в случае необходимости, хорошей медицинской помощи разделились примерно поровну между позитивными и негативными ожиданиями. Уверены в возможности получения хорошей медицинской помощи 47% взрослого населения России, а не уверены – 46%. Следует отметить, что доля абсолютно уверенных респондентов очень мала (7%), 40% скорее уверены, что смогут получить качественную медицинскую помощь, 34% скорее не уверены, а 12% и вовсе не питают надежд в отношении отечественной медицины. Однако различия в оценках изменений в отечественном здравоохранении и в ожиданиях получения качественной медицинской помощи немедленно исчезают, как только задается вопрос о возможной ситуации серьезного заболевания. В такой ситуации большинство во всех без исключения слоях населения начинает осознавать собственную незащищенность и недостаток общественной поддержки. Не менее 80% во всех слоях населения уверены в том, что в случае серьезной болезни им не будет обеспечена бесплатная

медицинская помощь в требуемом объеме. И в целом на помощь со стороны общества не стоит рассчитывать, а нужно быть готовым к тому, что больные останутся наедине со своими проблемами. Такое понимание ситуации уже демонстрируют одинаково единодушно как люди, на собственном опыте знакомые с системой здравоохранения, так и те, кто нечасто пользуется ее услугами. В среднем почти две трети взрослого населения страны уверены в том, что профессиональный уровень большинства врачей в России ниже, чем требуется (58%), а врачи больше заботятся о своих доходах, чем о пациентах (60%) [18].

Доступность медицинской помощи дальневосточникам. Дальний Восток России в течение всей своей истории представлял средоточие проблем как социально-экономического, так и климато-географического характера, что обуславливало перекосы развития региона в сторону добывающих отраслей промышленности, военно-промышленного комплекса в ущерб развитию социальной инфраструктуры, в том числе и здравоохранения. Эти и другие проблемы не могли не повлиять на уровень доступности и качества медицинского обслуживания пациентов. Население региона, привыкшее за последние годы к повсеместному снижению качества производимых товаров и услуг, достаточно болезненно восприни-

мает недостаточный уровень. Надежды на рыночные реформы и введение системы ОМС, к сожалению, до сих пор не оправдались.

А между тем современная медицинская помощь на Дальнем Востоке России представляет собой сложную систему, предполагающую взаимодействие врачей, медсестер и другого медицинского персонала, а также сложных приборов, оборудования и правил проведения процедур. Стремление производителей к обеспечению высокого качества медицинских услуг можно ожидать только в условиях, когда методы стимулирования производства будут сосуществовать с оптимальными механизмами регулирования тарифов и обеспечения достаточного уровня доступности медицинской помощи для широких кругов пациентов. Особенно это важно для территорий ДФО, где в течение многих десятилетий интенсивно развивался промышленный потенциал региона, на фоне которого социальная инфраструктура (здравоохранение, образование, ЖКХ, транспорт и пр.) отставала.

В этой связи несколько лет назад при формировании стратегии развития ДФО среди приоритетов социально-экономической политики были названы:

- ✓ *принятие неотложных мер в сфере демографии и здоровья населения, направленных на стабилизацию демографической обстановки в обществе, снижение смертности в трудоспособном возрасте, материнской и младенческой смертности;*

- ✓ *структурная и технологическая модернизация здравоохранения, обеспечивающая доступность качественных медицинских услуг для населения;*
- ✓ *создание развитой инфраструктуры жизнеобеспечения и реабилитации лиц, работающих в экстремальных условиях, формирование стандартов здорового образа жизни;*
- ✓ *внедрение инновационных технологий в здравоохранении, решение проблемы его кадрового обеспечения.*

Если подвергнуть анализу эти направления, то все они, так или иначе, связаны с уровнем обеспечения доступности, качества и безопасности медицинской помощи населению Дальнего Востока. Справедливости ради следует отметить, что по обеспечению доступности медицинских услуг и приемлемому уровню качества медицинской помощи для дальневосточников в 2011-2015 гг. сделано много, но предстоит сделать ещё больше. Сегодня для разработки программных мероприятий по этому вопросу не достаточно «причесанных» данных официальной ведомственной статистики, для принятия взвешенных управленче-

ских решений требуется глубокий анализ мнения производителей и потребителей медицинских услуг.

В этой связи следует указать на то, что более половины жителей Дальнего Востока испытывают на себе влияние социальной эксклюзии (Термин «социальная эксклюзия» впервые появился в 1974 г. во Франции для обозначения различных категорий населения, не имеющих социальной защищенности. Сегодня многие жители отдаленных и сельских поселений ДФО живут в ситуации социальной эксклюзии, с позиции реализации права пользования культурными благами, доступностью разнообразных рынков, включая такие существенные, как рынок труда, права на медицинскую и прямую социальную помощь и т.д. В ситуации социальной эксклюзии оказываются любые граждане, чьи законные или даже обычные права, так или иначе, ущемляются (прим. автора).

в том числе и при оказании медицинской помощи. Сегодня мы являемся свидетелями «структурной модернизации» сельского здравоохранения, когда повсеместно под различными предлогами или ликвидируются «неэффективно» функционирующие сельские участковые больницы и врачебные амбулатории – жёсткий вариант модернизации, или центральный районные больницы превращаются в «региональные центры специализированной медицинской помощи населению», участковые больницы и врачебные амбулатории трансформируются в ФАПы – мягкий ва-

риант модернизации. Проводимая структурная модернизация резко ограничивает доступность медицинской помощи для дальневосточников. Причем, складывающаяся ситуация была бы не столь провальной, если бы вся Россия состояла из вполне благополучных в транспортном отношении краев и областей, таких как Московская, Ленинградская, Белгородская и др.

Но ведь в Сибири и на Дальнем Востоке России жители многих сельских поселений находятся за пределами устойчивой доступности автомобильного, железнодорожного и водного транспорта. А стоимость авиабилетов на внутрирегиональные или внутрирайонные рейсы иногда превышает стоимость авиабилетов до Москвы... А, поскольку в большинство населенных пунктов Российской глубинки: «Только самолетом можно долететь...», то доступность врачебной медицинской помощи для её жителей резко снижается. Из-за нарастающего кадрового кризиса, который характеризуется тем, что когда квалифицированный врач в больнице или поликлинике уходит на пенсию, на его место не приходит молодой специалист, то самым популярным медицинским работником в сельских и отдаленных северных районах опять становятся средний медицинский работник – фельдшер, акушерка, медицинская сестра и зубной врач.

Конечно, крупные федеральные и региональные медицинские центры в результате программы модернизации 2011-2015 гг. сделали значительный шаг вперед, в этом нет сомнения, а вот модернизация медицинских учреждений в глубинке, без соответствующего ресурсного (кадрового) обеспечения была заранее обречена на провал. Сегодня необходимо позаботиться об обеспечении провинциальных ЛПУ, в первую очередь, врачебными кадрами, незамедлительного перехода сельского здравоохранения на технологии врача общей практики с параллельным выстраиванием стройной системы непрерывного медицинского образования.

Данные социологических опросов потребителей медицинских услуг, проведенные нами в 2015-2016 гг. указывают на то, что большинство из них (92,3%) искренне рассчитывает на беспрепятственное получение доступной и качественной медицинской помощи, как одного из основополагающих прав граждан России в рамках исполнения 41 ст. Конституции РФ. Они категоричны в том, что ограничение видов и объемов медицинской помощи, даже по срокам её предоставления из-за дефицита бюджета региона, недостатка средств территориального фонда ОМС. Они против любых ограничений, в частности, введения листов ожидания на плановую госпитализацию, что, по их мнению, является грубым нарушением конституционных прав.

Анализ данных официальных отчетов управляющих структур (материалы коллегий

региональных министерств здравоохранения и материалов интервью чиновников в региональных СМИ) даёт достаточно «благостную» картину уровня доступности медицинской помощи для широких слоев дальневосточников. По мнению представителей управляющих структур более 70% населения не имеют претензий к уровню доступности, качества и безопасности предоставляемой по ПГГ медицинской помощи [4,34]. В то же время исследования, проведенные по данному вопросу специалистами далёкими от региональных управляющих структур, показывают другие результаты. В частности Т.В. Кононенко проведено анкетирование 734 респондентов, проживающих в северных районах Хабаровского края (Комсомольском, Амурском, Солнеч-

ном, Верхне-Буреинском, Советско-Гаванском, Ванинском). Анализ результатов опроса показал целый ряд объективных причин нарушения доступности медицинской помощи. На значительную удаленность ближайшего учреждения здравоохранения от места проживания указали 89,6% респондентов, на нерегулярное автобусное сообщение – 95%, на отсутствие необходимого специалиста – 85,3%, на физические ограничения, связанные со здоровьем – 36,8%, на низкий уровень доходов – 86,7% [16].

В результате социологических опросов потребителей медицинских услуг в ДФО проведенных нами в 2015-2016 гг. были получены данные о сроках задержки предоставления медицинских услуг застрахованных в ОМС в рамках исполнения ПГГ (табл. 1).

Таблица 1. Среднее сроки ожидания получения плановой медицинской помощи в рамках исполнения ПГГ по данным социологических опросов пациентов

Число респондентов	Средние сроки ожидания планового приёма к участковым врачом (дней)	Средние сроки ожидания приема узким специалистом в поликлинике (дней)	Средние сроки ожидания плановой госпитализации в круглосуточный стационар (дней)	Средние сроки ожидания плановой госпитализации в дневной стационар (дней)
	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$
Жители города (n=251)	$5,6 \pm 0,3$	$10,2 \pm 1,3$	$14,1 \pm 1,6$	$8,4 \pm 0,9$
Жители села (n=107)	$7,4 \pm 0,8$	$12,9 \pm 1,2$	$15,8 \pm 1,3$	$4,6 \pm 0,4$
Всего (n=358)	$6,6 \pm 0,5$	$11,2 \pm 1,3$	$15,0 \pm 1,5$	$6,5 \pm 0,2$

Анализ задержки предоставления медицинских услуг указывает на то, что даже при попытке записаться на прием к

участковому врачу наблюдается очередь, что выливается в среднюю задержку приема в течение 6,6 дня. Причиной сложившейся ситуа-

ции является повсеместная недоукомплектованность физическими лицами штатных должностей участковых врачей или врачей общей (семейной) практики от 30 до 50%. Аналогично выглядит ситуация со средними сроками ожидания приема узкими специалистами поликлиник (11,2 дня). Основная причина – дефицит кадров.

Что же относительно сроков ожидания плановой госпитализации, то, если задержка госпитализации в дневной стационар (6,5 дня) сопоставима со сроками ожидания приема участкового врача, то сроки ожидания плановой госпитализации в круглосуточный стационар (15,9 дня) значительно опережают сроки ожидания приема в поликлиниках при том, что показатель среднегодовой занятости койки в круглосуточном стационаре во всех территориях ДФО значительно ниже нормативного (340 дней в году).

Большая часть респондентов (85,3%) высказывает мнение о готовности обратиться в компетентные органы при нарушении их прав производителями медицинских услуг. Однако меньше половины из них (44,8%) считают, что для того что-бы оперативно решить проблемы ограничения доступности медицинской помощи при исполнении ПГГ, следует обращаться непосредственно к руководителю конкретной медицинской организации. Другая часть респондентов

высказывает ряд иных мнений по данному вопросу [12]. В частности они полагают, что при попытке ограничения доступности медицинской помощи со стороны производителя медицинских услуг следует обращаться во все существующие инстанции, имеющие непосредственное отношение к здравоохранению (22,3%); территориальные органы управления здравоохранением (12,4%); страховые медицинские организации (9,1%); Росздравнадзор (7,3%); Роспотребнадзор (5,2%); судебные инстанции (3,7%); территориальный фонд ОМС (2,1%); остальные затрудняются ответить на заданный вопрос. Усугубляет ситуацию решения проблемы ограничения доступности медицинских услуг для дальневосточников низкая плотность расселения всех без исключения территорий ДФО – менее 0,1-0,8 человека на 1 км².

Казалось бы в сложных климатогеографических условиях Сибири и Дальнего Востока для компенсации низкой плотности населения политика экономического развития и расселения жителей этих провинций должна была строиться на преимущественном освоении южных районов. Однако региональная экономическая политика, проводимая бывшим СССР в XX веке строилась на принципах преимущественного развития значительной части промышленного производства в северных и северо-восточных районах освоения. В то же время, например, в Канаде, напротив, промышленное производство смещалось в южные регионы страны, т.е. туда, где комфортнее

жить, формировать доступные транспортные связи. Однако проблему низкой плотности расселения жителей не стоит переоценивать, поскольку около 80% населения РФ живет в городах. Конечно, сельские и северные отдаленные территории требуют специальных подходов к оказанию медицинской помощи, в ряде случаев – повышенных тарифов за медицинские услуги и нестандартных подходов к внедрению конкуренции (например, проведение конкурса на монопольное право оказания медицинской помощи в отдаленных районах по определенным стандартам на 3–5 лет). Однако это никак не оправдывает формирование социальной эксклюзии для жителей отдаленных провинций государства.

Физическая и территориальная (транспортная) доступность медицинской помощи. Территориальная (транспортная) доступность медицинской помощи имеет большое значение для большинства дальневосточников проживающих в сельских поселениях и рабочих поселках. В городах, учитывая развитие современных средств связи и улучшение дорожной сети, а также внедрение современных медицинских технологий, близость медицинских организаций, оказывающего плановую специализированную помощь, к месту жительства, как правило, не является главным приоритетом. На первый план выходит со-

здание трехуровневой системы оказания медицинской помощи. Для городов типичными являются нерешенные проблемы транспортной доступности неотложной и экстренной медицинской помощи [25].

В этой связи для оценки уровня доступности медицинской помощи жителям сельских поселений и рабочих поселков необходимо формировать специфические подходы и критерии. В частности, по мнению В.С. Козака оценка доступности ПМСП сельским жителям первоначально может основываться на анализе именно территориальной доступности (состояние дорог в регионе, рейсовый транспорт, обеспеченность личным транспортом). Для получения количественных показателей предлагалось оценивать территориальную доступность по 5-балльной системе: при отдаленности фельдшерско-акушерских пунктов или участкового врача меньше 1 км доступность оценивается в 5 баллов, от 1 до 3 км – 4 балла, 3–10 км – 3 балла. При отдаленности медицинских учреждений более 3 км транспортная доступность медицинской помощи оценивается следующим образом: наличие рейсового транспорта, работающего без выходных, не менее 8 раз в сутки – 5 баллов; сезонное отсутствие дорог – 0 баллов [13].

В мировой практике имеется иной подход к оценке территориальной доступности медицинской помощи. Так Поль Деламетр (Paul L. Delamater) считает целесообразным определять территориальную доступность медицинской помощи не по расстоянию в

километрах, а по времени, затрачиваемому на поездку в лечебное учреждение. Если пациенту приходится тратить на дорогу более 30 минут, доступность признается ограниченной [37]. Такой временной «стандарт» неприемлем для здравоохранения большинства территорий ДФО в силу особенностей их географического расположения и состояния транспортных связей. Практически для большинства пациентов при таком подходе для жителей поселений ДФО медицинская помощь будет признана территориально недоступной.

Между тем 67,8% жителей сельских поселений ДФО указывают на то, что средние сроки ожидания бригады «скорой медицинской помощи», вызванной из районного центра, исчисляются часами, 45,1% респондентов не охвачены профилактическими осмотрами и не прошли плановой диспансеризации, 36,7% из числа опрошенных не имеют возможности обратиться за квалифицированной помощью к врачу общей практики. В реальной ситуации они могут рассчитывать лишь на доврачебную помощь – медицинские услуги фельдшера, медицинской сестры и зубного врача. Большинство респондентов (83,9%), как жителей городских, так и сельских поселений указывают на ограничение транспортной доступности медицинской помощи, только 16,1% опрошенных обес-

печены «шаговой доступностью» при получении квалифицированной или специализированной медицинской помощи. Среднее расстояние между местом проживания респондента и медицинской организацией, где работает врач общей практики, составляет 5,3 км (от 0,5 до 48 км).

Справедливости ради следует отметить, что в ходе проверки уровня доступности медицинской помощи аудиторами Счётной палаты РФ были выявлены аналогичные факты. В их докладе говорится: «Согласно результатам проверки, в России 17,5 тыс. населенных пунктов вообще не имеют медицинской инфраструктуры, из них более 11 тыс. расположены на расстоянии свыше 20 км от ближайшей медицинской организации, где есть врач. Причем 35% населенных пунктов не охвачены общественным транспортом. «...879 малых населенных пунктов не прикреплены ни к одному ФАПу или офису врачей общей практики. При этом данный дефицит не компенсируется выездными методами. Ряд регионов с низкой плотностью населения (Омская область, Камчатский и Приморский края) вообще не имеют мобильных медицинских бригад». В качестве примера ограничения доступности медпомощи, аудитор привел результаты проверки по Забайкальскому краю, где возможность вызова врача и скорой медицинской помощи крайне ограничена в связи с отсутствием по ряду населенных пунктов прямого транспортного сообщения: «Так, чтобы дое-

хоть до села Молодовское «Скорой» требуется более 2-х часов» [19].

Кадровый кризис и доступность медицинской помощи. Тиражируемый многие годы в официальных докладах чиновников различного ранга, депутатов и журналистов тезис о высоком уровне обеспеченности кадрами медицинских работников региональных систем здравоохранения России является ни чем иным, как «добровольным заблуждением». Действительно в РФ показатель числа врачебных должностей превышает 45 на 10 000 населения, что значительно выше показателей экономически развитых стран (26-31 на 10 000 населения). Однако, для точности оценок и сравнений, следует пристально рассмотреть методики расчета этих показателей. Итак, принятая в РФ методика расчета показателя обеспеченности населения врачами и средним медицинским персоналом в корне отличается от использующихся за рубежом, где учитываются специалисты, занимающиеся непосредственно производством медицинских услуг. В отечественном же здравоохранении учитываются все специалисты, имеющие диплом.

При использовании международных принципов определения этих показателей обеспеченность населения врачебными должностями в субъектах РФ ДФО составит 26-31 на 10 000 населения, а средними медицинскими работниками

76-83 на 10 000 населения. Но это плановые должности, а реальную ситуацию в медицинских организациях следует оценивать по уровню укомплектованности плановых должностей «физическими лицами». Укомплектованность плановых должностей физическими лицами составляет во многих территориях ДФО всего от 45 до 67%. При этом уровень совместительства персонала на конкретных рабочих местах уже давно находится в пределах от 1,7 до 2,1 ставок, что составляет более 80 часов рабочей нагрузки в неделю, вместо 40 по трудовому законодательству РФ. Усугубляет ситуацию и то, что доля врачей предпенсионного и пенсионного возрастов в большинстве медицинских организаций превышает 65%, а медицинских сестер – 50%.

Данные опроса 79 медицинских работников поликлиник и больниц ДФО относительно оценки ситуации в региональном здравоохранении не стали неожиданными. Доминируют в целом негативные мнения: 57,4% респондентов оценивают ее как критическую, а более 38,6% – как неопределенную. Лишь 3,1% опрошенных медицинских работников считают, что ситуация в отрасли стабильная, а менее 1% респондентов – ситуация вселяет оптимизм.

Среди наиболее актуальных проблем региональной медицины, более 2/3 медицинских работников (71,7%) основной проблемой назвали недостаточный уровень финансирования производства медицинских услуг. Значительное число респондентов (39,2%) в каче-

стве других проблем указало на недостаточный уровень лекарственного обеспечения, на медленное обновление медицинских технологий и медицинского оборудования – 38,5%, на старение медицинского персонала и сокращение притока молодых кадров – 56,3%. Причем достаточно неожиданным было высказывание об уровне квалификации персонала принимаемого на работу в медицинские организации: 26,7% респондентов считает, что качество подготовки врачей и медицинских сестер за последние 10 лет определенно снизилось, и 55,6% – что скорее снизилось, чем повысилось. Только 7,5% опрошенных считают, что качество подготовки персонала определенно повысилось. Весьма негативное отношение к качеству подготовки молодых врачей доминирует среди работников круглосуточных стационаров (85,3%). Основная часть медицинских работников, обучавшихся на курсах повышения квалификации, удовлетворены качеством преподавания и уровнем полученных знаний и умений (74,9%), 17,3% респондентов негативно отзываються о курсах повышения квалификации и далеки от того, чтобы считать организацию повышения квалификации непрерывным процессом. Тем не менее, роль кадровых проблем в снижении доступности медицинской помощи несомненна, однако их значение оценивается медицинскими ра-

ботниками не столь высоко, как дефицит финансирования, уровень обеспечения лекарственными средствами и медицинским оборудованием и реализация устаревших технологий производства медицинских услуг.

Заключение

Рассматривая проблему реформирования отечественной медицины в рамках формирования рыночной экономики в контексте уровня доступности медицинской помощи, необходимо перейти от зачастую необоснованных заявлений представителей властных структур о мнимом благополучии в отрасли производства медицинских услуг, теоретических споров на многочисленных совещаниях и научных конференциях врачей и ученых, к реальным оценкам состояния региональной медицины. Стратегия модернизации регионального здравоохранения должна строиться на реальной оценке состоянии здоровья населения, результатах деятельности, как отрасли производства медицинских услуг в целом, так и отдельных медицинских организаций и, самое главное, – на изучении мнения самих производителей и потребителей медицинских услуг. К сожалению, региональные программы модернизации здравоохранения до сих пор базируются на анализе «причесанных» статистических показателей, а не на достоверных результатах научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ. Только достоверные знания о процессах производства медицинских услуг с учетом мнений произведе-

лей и потребителей позволят сформировать оптимальную организационную систему. Такая система даст возможность обеспечить своевременное поступления пациента в медицинскую организацию, аккредитованную для оказания медицинской помощи при конкретном заболевании или патологическом состоянии, то есть производственный конвейер оснащенный необходимым лечебно-диагностическим оборудованием, укомплектованный подготовленными медицинскими кадрами и обеспеченный необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения согласно соответствующим стандартам (порядкам и протоколам).

Максимальные права по модернизации системы регионального здравоохранения делегированы действующим законодательством региональным органам управления, большинство из которых пассивно ждет инициирования механизмов повышения доступности, качества и безопасности медицинской помощи в виде связи уровня оплаты труда медицинских работников с количественными и качественными характеристиками результатов деятельности от федерального центра.

Список литературы

1. Бергер М., Проскурина О. Крест Чубайса. — М.: КоЛибри, 2008. — 448 с.
2. Бондаренко А. Г. Социологическое исследование: методика опроса. Учебное пособие /А.Г. Бондаренко – Волгоград ВолгГТУ 2006. - 64 с
3. Величковский, Б. Т. Патогенетическое обоснование стратегии медицины и общества в охране здоровья населения / Б. Т. Величковский // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2004. - № 3. – С. 3-7.
4. Витько А.В. Доступность медицинской помощи для жителей отдаленных поселений Доклад на круглом столе Законодательной думы Хабаровского края [Электронный ресурс] // Без формата. - 2014. URL:
<http://habarovsk.bezformata.ru/listnews/zakonodatelnaya-duma-habarovskogo-kraya/35643103/>.
5. Гаврилов Э.Л. Доступность медицинской помощи для населения РФ [Электронный ресурс] // Фонд независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье». URL:
<http://fondzdorovie.ru/analitika2/detail%20analitics.php?ID=1352#ixzz49pxGkLSS>.
6. Гайдар Е.Т. Долгое время. Россия в мире: очерки экономической истории, 2005.
7. Гайдар Е.Т. Гибель империи. Уроки для современной России. – М.: РОССПЭН, 2006. – 440 с.
8. Гехт И.А., Артемьева Г.Б. К вопросу об изучении удовлетворенности населения

- системой здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2014. №4. С. 6–12.
9. Грицко М.А., Колбина Е.О. Пространственные деформации результативности системы здравоохранения // Пространственная экономика. 2013. - №4. - С. 107-121.
 10. Дьяченко В.Г. Здравоохранение Дальнего Востока России в условиях рыночных реформ / В.Г. Дьяченко, В.Б. Пригорнев, Л.В. Солохина, Н.А. Капитоненко, С.В. Дьяченко, П.Э. Ратманов, Е.Ю. Руссу, Т.А. Костакова – Изд-во: Хабаровск. ГБОУ ВПО ДВГМУ. – 2013. – 635 с.
 11. Дьяченко В.Г., Дьяченко С.В. Об истоках социального неравенства при обеспечении дальневосточников медицинской помощью [Электронный ресурс] // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. - 2015. - №2. - URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20152/2015201.aspx>.
 12. Искандиров А. Вандышева-Кремнева Ю. Тяжелобольной экс-губернатор ползал на коленях, а медики проходили мимо [Электронный ресурс] // «Комсомольская правда» – 16 апреля 2016. URL: <http://www.hab.kp.ru/daily/26514/3421457/>.
 13. Козак, В. С. Доступность первичной медицинской помощи как цель модернизации здравоохранения / В. С. Козак // Главврач. – 2004.–№ 5. С. 28-42.
 14. Комаров Ю.М. Здравоохранение США: уроки для России / НПО МСЭИ и др. - М., 1998. – 146 с.
 15. Комаров, Ю. М. Основные принципы российского здравоохранения / Ю. М. Комаров, В. О. Флек // Главврач. – 2011. – № 10. – С. -81.
 16. Кононенко Т.В. Доступность медицинской помощи в территориях с низкой плотностью населения [Электронный ресурс] // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России». – 2012. - №1 <http://www.fesmu.ru/voz/20121/2012108.aspx>.
 17. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 1920 г. [Электронный ресурс]. – URL : <http://topmedicina.ru/health/koncepciya/>.
 18. Кочкина, Н. Н., Красильникова, М. Д., Шишкин, С. В. Доступность и качество медицинской помощи в оценках населения: препринт WP8/2015/03 / Н. Н. Кочкина, М. Д. Красильникова, С. В. Шишкин ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. – (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»). – 56 с.
 19. Кукарцова А. Реформа системы здравоохранения оказалась неэффективной.

- [Электронный ресурс] // Комсомольская правда. - 14 апреля 2015. URL: http://www.ach.gov.ru/press_center/publications-in-mass-media/21349..
20. Кучеренко, В. З. Основные направления реформирования Российского здравоохранения на современном этапе / В.З. Кучеренко // Экономика здравоохранения. – 2005. - № 8. – С. 11-19.
21. Ливенталь А.Б., Руссу Е.Ю. О состоянии и перспективах развития здравоохранения в субъектах Российской Федерации: дальневосточное измерение [Электронный ресурс] // Власть и управление на Дальнем Востоке России. - 2013. - № 1,2. (62,63). URL: <http://dkcenter.ru/newsday/detail.php?id=1687>.
22. Линденбратен, А. Л. Контроль качества организации медицинской помощи: современные подходы / А. Л. Линденбратен, В. В. Ковалева // Здравоохранение. – 2011.– № 6. – С. 50-55.
23. Петрова, И. А. Правовое обеспечение доступности медицинской помощи / И. А. Петрова // Правовые вопросы в здравоохранении. 2011. – № 1. – С. 18-27.
24. Погосян Г. А. Метод интервью и достоверность социологической информации. Ереван, 1985.
25. Рагозин, А. В. Отказ в неотложной помощи как следствие низкого качества закона об ОМС / А. В. Рагозин // Правовые вопросы в здравоохранении. – 2011. – № 1. – С. 68-71.
26. Руссу Е.Ю., Пригорнев В.Б., Дьяченко В.Г. Модернизация здравоохранения Дальнего Востока России [Электронный ресурс] // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. - 2011. - № 4. URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20114/2011403.aspx>.
27. Сакс Джефри Д. Конец бедности. Экономические возможности нашего времени. Перевод с англ. Эдельмана. Изд. Инс Гайдара. Москва. - 2011. - 423 с.
28. Стратегия развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. [Электронный ресурс] // 05.02.2015. <http://medportal.ru/>.
29. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать: Монография. – М.: Гэотар-Медиа, 2010. - 592 С.
30. Улумбекова, Г. Э. Доступность и качество медицинской помощи в Российской Федерации. Методы оценки и сравнение показателей с развитыми странами / Г. Э. Улумбекова // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2011. – № 4. – С. 36-44.
31. Улумбекова Г.Э. Курс Минздрава – бросаем пациентов, спасаем частника. <http://rusmedserver.com/?p=2042>.

32. Улумбекова Г.Э. Между мифом и реальностью. Ведомости. № 3888 от 05.08.2015.
33. Фукуяма Ф. Наше постчеловеческое будущее. Последствия биотехнологической революции, 2002
34. Шпорт В.И. Доклад на совещании в Набережных Челнах. Наши приоритеты – детская медицина и доступность медпомощи [Электронный ресурс] // 2012.02.16. URL: <http://hab1.ru/news/2012/02/16/4669>.
35. Юдковски Е. Систематические ошибки в рассуждениях, потенциально влияющие на оценку глобальных рисков [Электронный ресурс] // 2007. URL: <http://www.proza.ru/2007/03/08-62>.
36. Debus M. Handbook for Excellence in Focus Group Research. Washington, DC: Academy for Education Development, 1986.
37. Delamater P.L. et al. Measuring geographic access to health care: raster and network-based methods / P. L. Delamater, J. P. Messina, A. M. Shortridge, S. C. Grady // International Journal of Health Geographics. – 2012. – Vol. 11, № 1. – P. 15.
38. Krueger R.A. Developing Questions for Focus Groups: Focus Group Kit. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. Vol.
39. Murata, C. Social factors determining health. Access to medical care and health disparities / C. Murata, Y. Kondo // Nihon Koshu Eisei Zasshi. – 2011. – Vol. 58, № 6. – P. 463-467.
40. Shi L., Tsai J., Collins P. Racial/ethnic and socioeconomic disparities in access to care and quality of care for U.S. health center patients compared to non-health center patients. J. Ambul. Care Manag. 2009;32:342–350.
41. The World Health Organization (WHO). The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance, 2000.