

УДК 338.46:61:332.1

О. К. КОРОБКОВА,

кандидат экономических наук, доцент

Хабаровская государственная академия экономики и права, г. Хабаровск, Россия

ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ РЕГИОНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Цель: выявить проблемы оказания медицинских услуг в сельской местности регионов и разработать направления их решения.

Методы: в работе применялись описательный метод и метод экономико-статистического анализа.

Результаты: выявлены проблемы в оказании медицинских услуг населению села. Раскрыты этапы оказания медицинских услуг населению в труднодоступных районах и сельской местности, которые состоят из трех уровней: 3-й уровень – амбулаторно-поликлинические медицинские учреждения; 2-й уровень – межмуниципальные центры, оказывающие специализированную амбулаторную и стационарную медицинскую помощь; 1-й уровень – специализированная помощь в областных консультативно-диагностических центрах.

Научная новизна: раскрыты направления оптимизации оказания медицинских услуг сельскому населению региона. Составлена классификация факторов, определяющих различия в медицинском обслуживании сельского и городского населения. Разработан алгоритм оказания медицинских услуг жителям сельских населенных пунктов.

Практическая значимость: предложенный автором алгоритм оказания медицинских услуг населению в сельской местности может быть применен на практике; создать возможность оказания медицинской помощи жителям маленьких поселений.

Ключевые слова: медицинские кадры; услуга; медицинская услуга; медицинская помощь; здравоохранение; здоровье; сельская местность; труднодоступные районы.

Введение

Медицинская помощь, оказываемая жителям сельской местности регионов Российской Федерации, основана на принципах охраны здоровья населения страны. Один из основополагающих принципов здравоохранения – соблюдение преемственности и единства в оказании медицинских услуг населению в сельской и городской местности. Так как этот принцип пока не соблюдается, то проблема оказания медицинских услуг в сельской местности региона является актуальной.

Основные направления деятельности, при которых система здравоохранения может снизить недопустимый разрыв между стремлениями и реальными результатами в оказании медицинских услуг, особенно сельскому населению, отражены в докладе Всемирной организации здравоохранения¹. К ним относятся: реформы, направленные на достижение социальной справедливости в отношении здоровья и устранению социальной изоляции, путем обеспечения всеобщего доступа и социальной защиты здоровья; реформы в сфере оказания услуг, предусматрива-

ющие реорганизацию системы здравоохранения в соответствии с потребностями и ожиданиями людей, с тем чтобы повысить социальную направленность и значимость этих услуг; реформы государственной политики, проводимые путем объединения деятельности в области общественного здравоохранения с первичной медицинской помощью².

Некоторые страны в связи с невозможностью осуществления развития системы оказания первичной медицинско-санитарной помощи жителям села во всех провинциях разом, придерживаются принципов постепенного ее внедрения.

Например, для становления первичной медицинской помощи в районах правительством Исламской Республики Иран было принято решение – каждый год сосредотачивать свои усилия на одной провинции. В 1970-х гг. политика правительства Ирана была направлена главным образом на профилактику заболеваний сельского населения, т. е. на обеспечение приоритета амбулаторной, а не больничной помощи. Была создана сеть районных бригад, которые должны были руководить и осуществлять надзор за

¹ URL: <http://www.who.int/ru> (дата обращения: 01.02.2015)

² Там же.

деятельностью почти 2 500 сельских центров здравоохранения. Каждый из сельских центров здравоохранения контролировал работу 1–5 небольших пунктов медицинской помощи, названных домами здоровья. Благодаря созданию 17 000 таких домов здоровья, более 90 % сельского населения страны сейчас имеет возможность получения медико-санитарной помощи. Правительство, применяя стратегию эволюционирования первичной медицинской помощи, поступательно охватывало поочередно в провинциях. С годами сеть пунктов первичной медико-санитарной помощи расширилась и в настоящее время она способна предоставлять услуги более 24 млн человек в малых городах и сельских поселениях³.

Для системы оказания медицинских услуг сельскому населению России характерна низкая эффективность медико-социальных и профилактических мероприятий и ограниченная доступность медицинской помощи. Задача сближения уровней оказания медицинских услуг жителям села и города остается актуальной.

Количество обращений сельских жителей за медицинской помощью значительно меньше, чем городских на 25 %⁴. Чем дальше от медицинского учреждения находится населенный пункт, тем реже жители обращаются к медицинским работникам. Основной объем медицинской помощи оказывается врачами общей практики и фельдшерами. Сельский житель затрачивает на посещение медицинского учреждения намного больше времени, чем городской. Оснащенность сельских медицинских учреждений значительно хуже, чем городских, квалификация персонала ниже, чем в среднем в здравоохранении.

Особенности оказания медицинских услуг жителям села – значительная децентрализация амбулаторной помощи и выраженная централизация стационарной. Основной кадровый ресурс на селе – средние медицинские работники. Врачебный персонал в большей степени сконцентрирован в районных больницах [1]. Он осуществляет прием населения по месту основной работы и при выезде в отдаленные сельские населенные пункты в составе специальных бригад по определенному плану.

³ URL: <http://www.who.int/ru> (дата обращения: 01.02.2015)

⁴ Доклад на комиссии Минздрава РФ по мониторингу достижения целевых показателей социально-экономического развития. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/news/minzdravrossii> (дата обращения: 01.02.2015)

Результаты исследования

Оценивая организационные методы деятельности сельских медицинских учреждений с точки зрения реализации Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. (ст. 5, п. 2)⁵, государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от места жительства и любых других обстоятельств. Соблюдение норм охраны здоровья включает:

- обеспечение прав граждан на охрану здоровья и связанных с ними государственных гарантий;
- преимущество интересов больного при оказании медицинской помощи; социальная защищенность при утрате трудоспособности;
- доступность и высокое качество медицинских услуг;
- неприемлемость отказа в оказании медицинских услуг.

На организационные методы работы сельских медицинских учреждений влияет множество факторов, определяющих различия в медицинском обслуживании сельского и городского населения. Автором предлагается классифицировать их по следующим показателям:

1. Укомплектованность медицинскими кадрами.
2. Разбросанность и отдаленность сельских населенных пунктов.
3. Плотность населения.
4. Сезонность работ, высокий процент ручного труда.
5. Жизненный уровень в селах.
6. Транспортная инфраструктура.
7. Социально-экономические проблемы проживания в сельской местности.
8. Информированность сельского населения о новых информационных технологиях при оказании медицинских услуг.
9. Уровень компетентности медицинских кадров.
10. Материально-техническая оснащенность медицинских учреждений села.
11. Информатизация медицинских учреждений.

С 1991 по 2010 гг. основополагающей особенностью организации медицинской помощи населению села стала этапность ее оказания. Условно выделены 3 этапа оказания медицинских услуг населению [2].

Первый этап – сельский врачебный участок: участковая больница, фельдшерский пункт, фель-

⁵ URL: http://www.consultant.ru/popular/zdorovia_grazhdan/ (дата обращения: 01.02.2015)

дшерско-акушерские пункты, медицинские пункты образовательных учреждений. На этом этапе жители сельских населенных пунктов получают доврачебную, первичную медико-санитарную помощь (педиатрическую, терапевтическую, стоматологическую, гинекологическую, хирургическую, акушерскую).

Второй этап – учреждения здравоохранения муниципального района: центральные районные больницы и районные больницы, которые предоставляют специализированные медицинские услуги.

Третий этап – региональные учреждения здравоохранения: краевые (республиканские, окружные, областные) больницы (медицинские центры). На этом этапе оказывают высокотехнологичную, специализированную медицинскую помощь по всем основным специальностям.

Пункты оказания первичной медико-санитарной помощи организуют по территориально-участковому принципу (принципу близости проживания)⁶. В настоящее время такой подход оказания медицинских услуг пересматривается.

В ходе реализации программы модернизации здравоохранения необходимо выстраивать единую систему оказания медицинских услуг городскому и сельскому населению, которая будет состоять из трех уровней:

3-й уровень – амбулаторно-поликлинические медицинские учреждения;

2-й уровень – межмуниципальные центры, оказывающие специализированную амбулаторную и стационарную медицинскую помощь;

1-й уровень – специализированная помощь в областных консультативно-диагностических центрах.

Действующая практика диагностики и лечения заболеваний населения, проживающих в отдаленных районах, затратна как для здравоохранения (как отрасли экономики), так и для пациента. Это связано с отсутствием нужных специалистов в районных больницах. Алгоритм оказания медицинских услуг пациентам из сельских населенных пунктов и отдаленных районов на соответствующих уровнях показан на рис. 1 [3]. При обращении пациента в участковую районную больницу врачом общей практики (терапевтом) проводится диагностика заболевания, по результатам которой формируется диагноз и разрабатывается

тактика лечения. В том случае, если необходимо уточнить диагноз и тактику лечения при сложном, тяжело протекающем заболевании; подтвердить или скорректировать диагноз и тактику лечения, при сомнениях пациента, врач общей практики направляет пациента в межмуниципальный медицинский центр, где проводится дополнительная диагностика (лабораторные исследования, консультации узких специалистов) и формируется окончательный диагноз и тактика лечения. Если необходима высокоспециализированная медицинская помощь, то пациента направляют в областные (краевые) консультативно-диагностические медицинские центры [4].

Необходимость направления пациента в областной (краевой) межмуниципальный медицинский центр объясняется тем, что в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами медицинского персонала центральных районных и районных больниц сельских районов (приказ Министерства здравоохранения СССР от 26.09.1978 № 900 (ред. от 23.12.1986))⁷, должности узких специалистов там не предусмотрены.

Алгоритм оказания медицинских услуг пациентам из отдаленных районов затрагивает средства обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) (средства расходуются на диагностику и лечение заболевания) и личные средства пациента, в том числе, используемые для оплаты транспортных расходов.

Для получения специализированной медицинской услуги жителями сельских населенных пунктов значительные транспортные расходы и затраты времени часто являются препятствием. Возможность получения специализированной медицинской помощи по месту жительства затруднена и в связи с недостаточной укомплектованностью сельских муниципальных медицинских организаций такими специалистами, как рентгенолог, специалист ультразвуковой диагностики, а в ряде медицинских организаций по действующим нормативам не предусмотрены штаты врачей узких специальностей (кардиолог, окулист, дерматолог, эндокринолог). Вместе с тем потребность жителей села в специализированных медицинских услугах высока.

В сельской местности численность учреждений здравоохранения сокращается. По сравнению с 2000 г. на селе к 2013 г. число участковых районных больниц сократилось на 96 %, число поликлиник сократилось – на 65 %, число станций скорой помощи – на 11 %, число фельдшерско-акушерских пунктов – на 22 %,

⁶ О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача) на территории Хабаровского края: Постановление губернатора Хабаровского края № 83 от 13.04.2005. URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения: 31.11.2014).

⁷ URL: <http://www.base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=107478>(дата обращения: 01.02.2015)

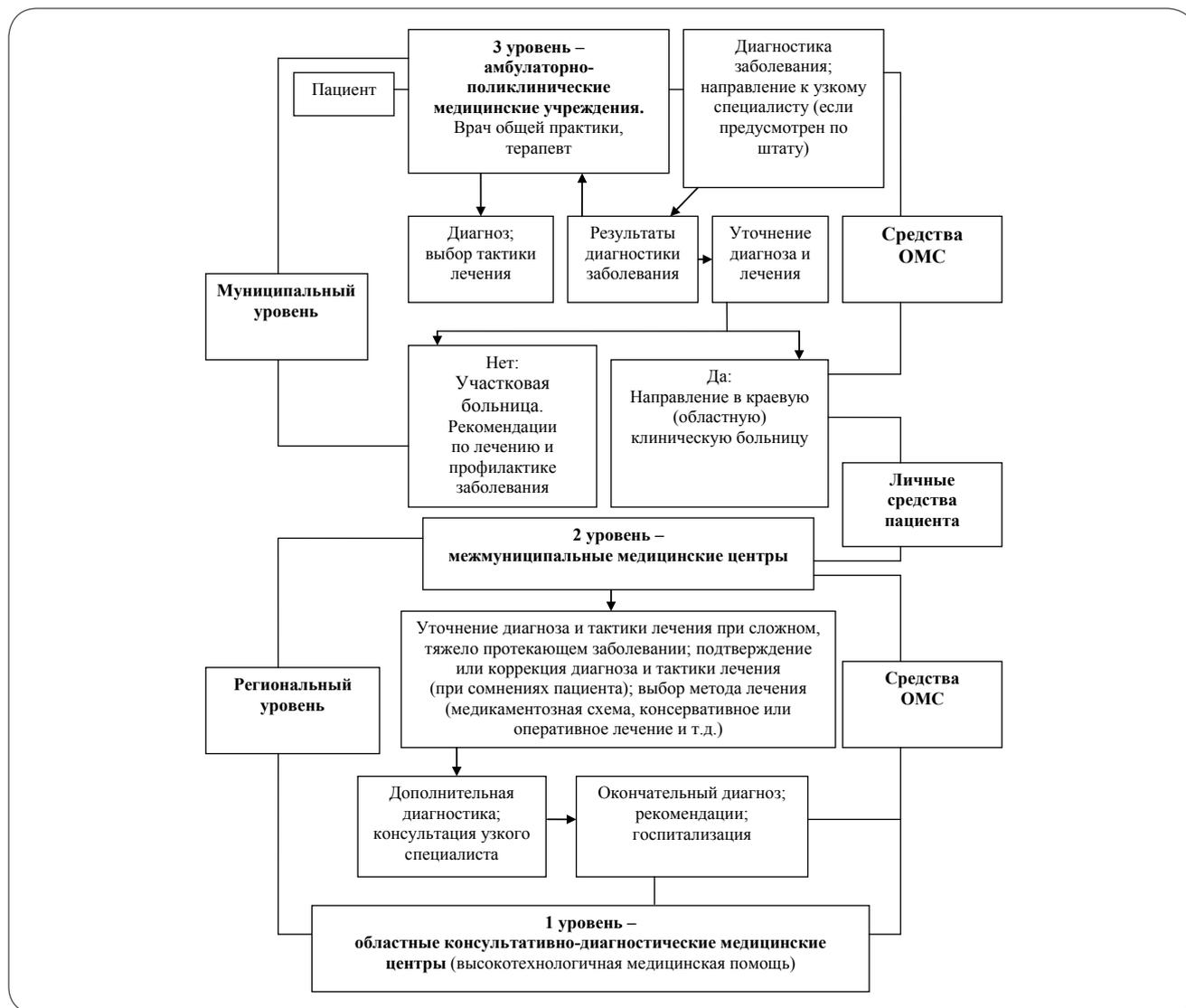


Рис. 1. Алгоритм оказания медицинских услуг пациентам из сельских населенных пунктов и отдаленных районов*

(Fig. 1. Algorithm of rendering medical aid to the patients from rural areas and remote regions)

* Источник: разработано автором.

численность среднего медицинского персонала – на 9%. Снижение количества больничных медицинских учреждений произошло за счет сокращения участковых больниц в связи с оптимизацией структуры сети районных учреждений здравоохранения, оказывающих помощь жителям сельских населенных пунктов Российской Федерации. Отмечен рост числа кабинетов врачей общей практики, в 2013 г. их число составляло 4,8 тысяч⁸.

Обеспеченность койками на 10 000 сельских жителей составляет 40,9, что в 2,7 раза меньше, чем обеспеченность больничными койками городского населения [1, с. 378]. Сокращение сети сельских медицинских учреждений привело к тому, что многим сельским жителям оказалась недоступна не только высокотехнологичная, но и первичная медицинская помощь. Создавшуюся проблему решают частично с помощью дистанционных форм медицинской помощи. В 2013 г. в медицинских организациях субъектов Российской Федерации использовалось 915 передвижных медицинских комплексов, в том числе 204 комплекса для диспансеризации взрослых и детей.

⁸ Регионы России. Социально-экономические показатели-2014: стат. сб. // Росстат. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138623506156 (дата обращения: 01.02.2015).

Во всех субъектах РФ в сельской местности отмечен дефицит медицинских кадров. На 1 января 2013 г. (по сравнению с 2011 г.) в Хабаровском крае численность медицинских работников снизилась на 3 %. Соотношение врачей и средних медицинских стабильное – 1:1,9⁹.

Число учреждений, оказывающих медицинские услуги сельскому населению Хабаровского края, представлено в табл. 1. В 2013 г. медицинская помощь сельскому населению Хабаровского края оказывалась в 13 центральных районных больницах, имеющих 1 364 коек и 7 районных больницах, имеющих 526 коек. За последние 6 лет в Хабаровском крае количество коек в центральных районных больницах увеличилось на 18,4 %, в районных больницах снизилось на 36,7 % в результате реструктуризации коечного фонда.

Таблица 1

Число учреждений, оказывающих медицинские услуги сельскому населению Хабаровского края¹⁰
(The number of units rendering medical aid to the rural population of Khabarovsk region)

Показатели	Год					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Число центральных районных больниц	10	10	10	13	13	13
В них коек	1112	1101	1098	1598	1429	1364
Число районных больниц	11	11	11	11	11	7
В них коек	832	817	820	801	687	526

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами и акушерами в фельдшерско-акушерских пунктах и акушерских пунктах. Фельдшерско-акушерские пункты организуют в сельской местности с числом жителей 700 человек и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения более 2 км. Если это расстояние превышает 7 км, то фельдшерско-акушерские пункты организуют в населенном пункте с числом жителей до 700 человек. В 2013 г. в Российской Федерации действовали 34 772 фельдшерско-акушерских пункта с устойчивой тенденцией сокращения сети (табл. 2). По сравнению с 1992 г. (46831 фельдшерско-акушерских пункта) их число сокращено на 25,7 %.¹¹

⁹ Состояние здравоохранения в Хабаровском крае: стат. сб. // Хабаровскстат. Хабаровск, 2014. 84 с.

¹⁰ Там же.

¹¹ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2013: Стат. сб. / М.: Росстат, 2013.– 990 с.

Проведя анализ обеспеченности населения Дальневосточного федерального округа (далее – ДФО) и его регионов фельдшерско-акушерскими пунктами и фельдшерскими пунктами за период с 1992 по 2013 гг., можно отметить снижение их количества по ДФО на 29,7 %, в Республике Саха (Якутия) на 31 %, в Камчатском крае на 21 %, в Приморском крае на 26,8 %, в Хабаровском крае на 22,5 %, в Амурской области на 24,6 %, в Магаданской области на 56,4 %, в Сахалинской области на 46,7 %, в Еврейской автономной области на 11%, в Чукотском автономном округе на 73,6 % в связи с оптимизацией расходов.

Таблица 2

Число фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов в сельской местности Российской Федерации и Дальневосточного федерального округа¹²

(The number of first-aid / obstetrics units in the rural areas of Russia and Far East Federal district)

Субъекты Федерации	Число фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов					
	1992 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Российская Федерация	46 831	38 875	37 591	35 043	34 841	34 772
Дальневосточный федеральный округ	1 798	1 344	1 324	1 286	1 268	1 263
Республика Саха (Якутия)	305	219	213	211	209	210
Камчатский край	33	37	36	28	26	26
Приморский край	458	372	367	342	335	335
Хабаровский край	244	193	192	188	189	189
Амурская область	438	336	332	331	325	330
Магаданская область	39	17	16	16	16	17
Сахалинская область	137	91	89	89	86	73
Еврейская автономная область	72	64	64	64	64	64
Чукотский автономный округ	72	15	15	17	18	19

Обеспеченность сельских районов Хабаровского края фельдшерско-акушерскими пунктами с 2008 по 2013 гг. представлена в табл. 3. В 2013 г. в Хабаровском крае насчитывалось 189 фельдшерско-акушерских пунктов. В 2013 г. по сравнению с 2008 г. снижение количества фельдшерско-акушерских пунктов в Хабаровском крае составило 3,5 % за счет снижения в их количества в Бикинском на 14 %, Ком-

Регионы России. Социально-экономические показатели. 2014: Стат. сб. Росстат (http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138623506156).

¹² URL: <http://cbbsd.gks.ru/> (дата обращения: 01.02.2015)

сомольском на 6 %, Ульчском на 9 %, Хабаровском на 6,8 % районах и районе им. Лазо на 2,8 %. При этом организован ряд кабинетов врача общей практики в сельской местности.

Таблица 3

Число фельдшерско-акушерских пунктов в сельской местности Хабаровского края¹³

(The number of first-aid / obstetrics units in the rural areas of Khabarovsk region)

Наименование городов и районов Хабаровского края	Год					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Всего по краю	196	193	192	188	189	189
В том числе:						
г. Комсомольск-на-Амуре	5	5	5	5	5	5
Советско-Гаванский	1	1	1	1	1	1
Николаевский	13	13	13	13	13	13
Амурский	9	9	9	9	9	9
Бикийский	7	6	6	6	6	6
Аяно-Майский	2	2	2	2	2	2
Ванинский	3	3	3	3	3	3
Верхнебуреинский	13	13	13	13	13	13
Вяземский	16	16	16	16	16	16
Комсомольский	16	16	16	15	15	15
им. Лазо	35	34	34	34	34	34
Нанайский	6	6	6	6	6	6
Охотский	6	5	5	5	5	5
им. П.Осипенко	6	6	6	6	6	6
Солнечный	5	5	5	5	6	6
Тугуро-Чумиканский	2	2	2	2	2	2
Ульчский	22	22	21	20	20	20
Хабаровский	29	29	29	27	27	27

Таким образом, территориально-участковый принцип оказания медицинских услуг обеспечивает непрерывный процесс охраны здоровья населения. Существующая система первичной медико-санитарной помощи остается функционально перегруженной. С учетом длительного времени ожидания приема, неудобного графика работы муниципальных медицинских учреждений (преимущественно в будние дни) доступность первичной амбулаторно-поликлинической медицинской помощи для работающего населения оказывается низкой, что приводит к недостаточной эффективности ее работы в целом. Возникшая тенденция сокращения числа фельдшерско-акушерских пунктов, районных и сельских участковых больниц и увеличения числа центральных районных больниц обусловлена до-

казанной экономической нецелесообразностью существования больничных медицинских учреждений малой коечной мощности. В крупных медицинских учреждениях (центральные районные, областные, краевые, окружные и республиканские больницы) расходуют меньше средств на одно койко-место, на общехозяйственные нужды, включая отопление, содержание обслуживающего персонала, питание, инженерно-техническое обслуживание. Кроме того, на их базе эффективно используется диагностическое оборудование, более квалифицированный медицинский персонал, внедряются современные медицинские технологии и тем самым населению предоставляется более качественная квалифицированная медицинская помощь [5–11]. Поэтому в ряде районов Российской Федерации сельские участковые больницы закономерно перепрофилируют во врачебные амбулатории, центры общей врачебной практики.

Выводы

Проблема повышения доступности и качества медицинских услуг, оказываемых сельскому населению, является весьма актуальной. Основными направлениями оптимизации оказания медицинских услуг сельскому населению региона, учитывающие их потребности, являются:

1. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи на основе территориально-участкового принципа оказания медицинских услуг на основе разработанного алгоритма оказания медицинских услуг пациентам, проживающих в сельских населенных пунктах и отдаленных районах, на соответствующих уровнях. Разработка критериев доступности медицинских услуг сельскому населению (минимальная обеспеченность медицинскими учреждениями, койками, врачами и средним медицинским персоналом).

2. Укомплектование учреждений амбулаторно-поликлинического и стационарного уровня квалифицированными медицинскими кадрами (врачами и средним медицинским персоналом). Привлечение высококвалифицированных кадров для работы в сельской местности и повышения их квалификации с помощью дистанционных методов обучения.

3. Развитие телемедицинских технологий для проведения дистанционной консультативно-диагностической деятельности на базе медицинских центров или высших учебных медицинских заведений, организация выездных бригад специализированными медицинскими центрами для отбора больных, которые нуждаются в оказании им высокотехнологичных видов медицинской помощи.

¹³ Состояние здравоохранения в Хабаровском крае: стат. сб. // Хабаровскстат. г. Хабаровск, 2014. 84 с.

4. В районах, где население не имеет доступа к медицинским услугам, создание или восстановление базовой инфраструктуры первичной медицинской помощи, с предоставлением материально-технического обеспечения, приглашением профессиональных медицинских работников для осуществления комплекса мер по охране здоровья населения в сельской местности и внедрением системы первичной медицинской помощи в районе.

5. Организация вахтового метода (выезд высококвалифицированных специалистов для оказания некоторых видов специализированной медицинской помощи населению на местах).

Список литературы

1. Стародубов В.И. Итоги и перспективы развития приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2007. № 1. С. 49.
2. Коробкова О.К. Исторический аспект организации оказания медицинских услуг сельскому населению России // Актуальные вопросы экономических наук: сб. мат-ов XII Междунар. науч.-практ. конф.: в 2-х ч. Ч. 2 / под общ. ред. С.С. Чернова. Новосибирск: Издательство НГТУ, 2014. С. 106–110.

3. Коробкова О.К., Воронина Н.В. Инновационные экспертно-образовательные услуги // Вестник Росздравнадзора. 2009. № 4. С. 74–76.

4. Коробкова О.К. Организационно-экономические основы системы здравоохранения. М.: Спутник+, 2010. 300 с.

5. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 624 с.

6. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138623506156 (дата обращения: 01.02.2015).

7. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/news/minzdravrossii> (дата обращения: 01.02.2015).

8. URL: <http://cbsd.gks.ru/> (дата обращения: 01.02.2015).

9. URL: <http://www.who.int/ru> (дата обращения: 01.02.2015).

10. URL: <http://www.base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=107478> (дата обращения: 01.02.2015).

11. URL: http://www.consultant.ru/popular/zdorovia_grazhdan/ (дата обращения: 01.02.2015).

В редакцию материал поступил 29.12.14

© Коробкова О. К., 2015

Информация об авторе

Коробкова Оксана Константиновна, кандидат экономических наук, доцент кафедры бухгалтерского учета и контроля, Хабаровская государственная академия экономики и права

Адрес: 680033, г. Хабаровск, ул. Тихоокеанская, 134, тел.:(4212) 37-49-65

E-mail: korobkova.ok@yandex.ru

Как цитировать статью: Коробкова О.К. Проблемы совершенствования оказания медицинских услуг в сельской местности регионов Российской Федерации // Актуальные проблемы экономики и права. 2015. № 1 (33). С. 179–186.

О. К. КОРОБКОВА,

PhD (Economics), Associate Professor

Khabarovsk Academy of Economics and Law, Khabarovsk, Russia

PROBLEMS OF IMPROVING MEDICAL SERVICES IN THE RURAL AREAS OF THE RUSSIAN REGIONS

Objective: to reveal the problems in medical services rendering in the rural areas of the Russian regions and to elaborate the directions for their solutions.

Methods: descriptive method and economic-statistical method.

Results: problems in rendering medical aid to the patients from rural areas are revealed. Stages of rendering medical aid to the patients from rural and remote areas are shown, which consist of 3 levels: 3rd level – outpatient/polyclinic units; 2nd level – inter-municipal center rendering specialized outpatient and inpatient medical aid; 1st level – specialized aid in oblast consultative-diagnostic centers.

Scientific novelty: the directions are shown for optimization of rendering medical services to the rural population of the region. Factors are classified, which determine the differences in medical services to the rural and urban population. An algorithm is elaborated of rendering medical aid to the patients from rural areas.

Practical significance: the algorithm of rendering medical aid to the patients from rural areas, proposed by the author, can be used in practice, thus giving the opportunity for medical aid to dwellers of small settlements.

Key words: medical personnel; service; medical service; medical aid; healthcare; health; rural area; remote regions.

References

1. Starodubov, V.I. Itogi i perspektivy razvitiya prioritetnogo natsional'nogo proekta v sfere zdavoookhraneniya (Results and prospects of developing the priority national project in the sphere of healthcare). *Menedzher zdavoookhraneniya*, 2007, no. 1, pp. 49.
2. Korobkova, O.K. *Istoricheskii aspekt organizatsii okazaniya meditsinskikh uslug sel'skomu naseleniyu Rossii (stat'ya) Aktual'nye voprosy ekonomicheskikh nauk: sb. mat-ov XII Mezhdunar. nauch.-prakt. konf.: v 2-kh ch. Ch. 2* (Historical aspect of organization of medical service to the rural population of Russia. Topical issues of economic sciences: collection of works of the 12th International scientific-practical conference: in 2 parts. Part 2.). Novosibirsk: Izdatel'stvo NGTU, 2014, pp. 106–110.
3. Korobkova, O.K., Voronina, N.V. Innovatsionnye ekspertno-obrazovatel'nye uslugi (Innovative expertise-educational services). *Vestnik Roszdravnadzora*, 2009, no. 4, pp. 74–76.
4. Korobkova, O.K. *Organizatsionno-ekonomicheskie osnovy sistemy zdavoookhraneniya* (Organizational-economic bases of healthcare system). Moscow: Izdatel'stvo «Sputnik+», 2010, 300 p.
5. Starodubov, V.I., Shchepin, O.P. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdavoookhranenie. Natsional'noe rukovodstvo* (Public health and healthcare. National administration). Moscow: GEOTAR-Media, 2013, 624 p.
6. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1138623506156 (accessed: 01.02.2015).
7. <http://www.rosminzdrav.ru/news/minzdravrossii/> (accessed: 01.02.2015).
8. <http://cbsd.gks.ru/> (accessed: 01.02.2015).
9. <http://www.who.int/ru> (accessed: 01.02.2015).
10. <http://www.base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=107478> (accessed: 01.02.2015).
11. http://www.consultant.ru/popular/zdorovia_grazhdan/ (accessed: 01.02.2015).

Received 29.12.14

Information about the author

Korobkova Oksana Konstantinovna, PhD (Economics), Associate Professor of the Chair of Accounting and Control, Khabarovsk Academy of Economics and Law

Address: 134 Tikhookeanskaya Str., 680033, Khabarovsk, tel.: (4212) 37-49-65

E-mail: korobkova.ok@yandex.ru

How to cite the article: Korobkova O.K. Problems of improving medical services in the rural areas of the Russian regions. *Aktual'nye problemy ekonomiki i prava*, 2015, no. 1 (33), pp. 179–186.

© Korobkova O.K., 2015