

- ферментативного звена антиоксидантной защиты у лиц с наркотической зависимостью // Вопросы наркологии. 2011. № 2. С. 50–55.
11. Шилов В.В., Пивоварова Л.П., Лукин В.А. [и др.] Диагностика и прогнозирование тяжелого сепсиса у пациентов с острыми отравлениями опиатами // Вопросы наркологии. 2012. № 6. С. 28–34.
 12. Bekheet S.H., Saker S.A., Abdel-Kader A.M., Younis A.E. Histopathological and biochemical changes of morfine sulphate administration on the cerebellum of albino rats // Tissue and Cell. 2010. Vol. 42, No. 3. P. 165–175.
 13. Ilic Y., Karadzic R., Kostic-Banovi L., Stojanovic J. Chronic intravenous heroin abuse. Impact on the liver // Facta Univ. Ser. Med. And Bid. Univ. Nis. 2005. Vol. 12, No. 3. P. 150–153.
 14. Sfar S., Jawed A., Braham H. [et al.] Zinc, copper and antioxidant enzyme activities in healthy elderly Tunisian subjects // Exp. Gerontol. 2009. Vol. 44, No. 12. P. 812–817.
 15. Whitehead G.S., Burch L.H., Berman K.G. [et al.] Genetic basis of murine responses to hyperoxia-induced lung injury // Immunogenetics. 2006. Vol. 58, No. 10. P. 793–804.

Поступила в редакцию 19.11.2014.

Биоэлементы в коррекции дисметаболических расстройств у лиц с наркотической зависимостью

М.А. Хасина, В.О. Молочников, Т.А. Махачкеева, М.Ю. Хасина
Тихоокеанский государственный медицинский университет
(690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Резюме. Наркотическая зависимость сопровождается глубокими прогрессирующими расстройствами в системе «свободно-радикальное окисление – антиоксидантная защита» с формированием эндотоксикоза и последующим развитием органной патологии. С целью повышения активности металлоточных антиоксидантных ферментов: супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы и каталазы в стандартное лечение лиц с наркотической зависимостью введены медь и селен в виде биологически активных добавок «Био-Медь» и «Селенохел». В крови лиц, получавших биоэлементы, выявлено значимое повышение активности указанных ферментов (от 10 до 97%), в большей степени глутатионпероксидазы. Количество конечного продукта перекисного окисления липидов – малонового диальдегида – снизилось на 20%. Более выраженный эффект продемонстрировала биодобавка, содержащая медь.

Ключевые слова: наркомания, свободно-радикальное окисление, медь, селен.

УДК 614.2:316.653(571.6)

ОРГАНИЗАЦИЯ И РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ РОССИИ, ПО ДАННЫМ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ОПРОСОВ НАСЕЛЕНИЯ

Ю.В. Кирик, Н.А. Капитоненко

Дальневосточный государственный медицинский университет (680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35)

Ключевые слова: Дальневосточный федеральный округ, поликлиника, стационар, скорая медицинская помощь.

ORGANIZATION AND DEVELOPMENT OF HEALTH CARE IN THE RUSSIAN FAR EAST, ACCORDING TO GALLUP POLLS

Y.V. Kirik, N.A. Kapitonenko

Far East State Medical University (35 Muraveva-Amurskogo St. Khabarovsk 680000 Russian Federation)

Background. Presents the results sociological research of public satisfaction with the Far Eastern Federal District of outpatient, inpatient and emergency care.

Methods. The target of research – 3370 citizens of all subjects of the Far Eastern Federal District over 18 years, who seek medical advice for a year. Questions were asked about their attitudes toward the organization, accessibility and quality of care in an area of population. The study was conducted in 2013–2014.

Results. The average age of respondents was 46 years. Half of the respondents rated income level as low or very low. Outpatient care were not satisfied with the majority of respondents (75.5%), hospital care – more than half (59.1%) and ambulance services – one in two (52.2%).

Conclusions. Was founded that citizens express the greatest dissatisfaction with health care settings, which include staffing, availability and condition of medical equipment, the condition of buildings, departments, rooms and patient's room, food quality, standards and regulations for sanitary and ant epi-demical regimes, ambulance team. Secondary importance for the citizens had the organization of work and services in the last place standing staff professional quality and achieved medical result.

Keywords: Far Eastern Federal District, clinic, hospital, ambulance.

Pacific Medical Journal, 2015, No. 1, p. 51–55.

В течение последних трех десятилетий в России формируется бюджетно-страховая модель системы здравоохранения, основанная чаще всего на опыте стран со смешанным государственно-страховым финансированием медицины. Необходимо признать, что современная российская система здравоохранения принципиально отличается от систем здравоохранения развитых стран (Германия, Франция, Япония, Швеция, Швейцария, Австралия и др.) не только по уровню финансирования, но и по организации медицинской помощи [1, 4, 7, 8]. За эти годы сложившаяся схема финансирования не восстановила баланс между обязательствами государства и возможностью системы здравоохранения. Оценивая реформу здравоохранения в России С.Ю. Ковалев, И.Ю. Блам, И.Н. Зайцева, а также другие исследователи отмечают, что медицинское страхование лишь отчасти заменило бюджетное финансирование. Работающее население страны получает медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования, остальное население обслуживается за счет бюджетных средств [5].

Делегирование органами государственной власти большей части финансовых обязательств в сфере здравоохранения на уровень субъектов федерации в условиях их экономического неравенства привело к значительным различиям в финансировании необходимых медицинских ресурсов [5]. Вместе с тем при

недостаточном количестве бюджетных средств в самих регионах финансирование медицинских организаций стало осуществляться по иерархии: большую часть средств для развития ресурсного обеспечения стали получать краевые и областные лечебные учреждения, затем городские и районные медицинские организации. Сформированная в советское время и мало изменившаяся в условиях бюджетно-страховой медицины организационная модель оказания медицинской помощи стала малоэффективной.

Во-первых, дефицит финансирования негативно отразился на структуре медицинской помощи, приведя к сокращению и репрофилированию сети лечебно-профилактических учреждений, в частности, в сельской местности, низкой обеспеченности их кадрами и медицинскими технологиями.

Во-вторых, жесткая двухуровневая система оказания медицинской помощи, представленная самодостаточными и малоинтегрированными между собой амбулаторно-поликлиническим и стационарным звеньями, а также отсутствие развития патронажной медицинской службы стали следствием нерационального использования ресурсов [7]. Перераспределение бюджетных средств в пользу стационарной и высокотехнологичной помощи увеличили затраты на госпитальную сеть и снизили уровень финансирования амбулаторно-поликлинического звена.

В-третьих, сложившаяся система финансирования и адаптация организационной структуры здравоохранения к новым политико-экономическим условиям привели к развитию частной медицинской практики. Предоставление медицинских услуг за счет личных средств граждан стало осуществляться не только в коммерческих, но и в государственных медицинских организациях. Несбалансированные объемы медицинской помощи по программе государственных гарантий породили увеличение объемов платных услуг, доля которых в последние годы резко возросла и стала обременительной для пациентов с низким уровнем дохода.

Последствия оказались тяжелыми: состояние здоровья россиян стало хуже. Постоянно продолжают ухудшаться медико-демографические показатели. Особое опасение вызывают высокие заболеваемость и инвалидность детей и лиц молодого возраста, расстройства здоровья и преждевременная смертность граждан трудоспособного возраста.

Таким образом, отсутствие структурных изменений в системе оказания медицинской помощи, сформированной еще в советское время в условиях современной России привело к снижению качества медицинской помощи, росту недовольства населения работой медицинских организаций, изменению отношения и понижению мотивации медицинского персонала к профессиональной деятельности, направленной в основном на экономическую выгоду [6].

В отличие от европейской части России с высокой плотностью населения, развитой системой

транспортных сообщений и населенными пунктами, расположенными недалеко друг от друга, территория Дальнего Востока России характеризуется низкой плотностью населения и неразвитой транспортной сетью при большом расстоянии между населенными пунктами. В основе же организации медицинской помощи во всех регионах страны лежит одна и та же модель, без учета территориальных особенностей, системы расселения, уклада жизни и состояния здоровья населения.

Для жителей Дальнего Востока России характерна наиболее высокая степень неравенства в получении качественной медицинской помощи. Без внимания остается система организации медицинской помощи населению, в том числе типы, мощности, территориальное расположение медицинских организаций в соответствии с территориальными особенностями региона. Не соответствуют техническим стандартам постройки, обеспеченность медицинскими кадрами и оборудованием. До сих пор не выработана эффективная система финансирования медицинских организаций и оплаты медицинских услуг. Особое значение в жизнедеятельности общества приобретает доступ к социальным системам, к которым и относится здравоохранение, в условиях высокой степени социально-экономической дифференциации населения [2]. Социально-экономическая ситуация на Дальнем Востоке по отношению к другим регионам России признается критической. Уровень бедности в регионе существенно превышает средний показатель по стране [3].

В настоящей статье представлен один из фрагментов комплексного исследования состояния системы здравоохранения и здоровья населения Дальневосточного федерального округа и структурных изменений в отрасли на протяжении последнего десятилетия.

Материал и методы. Эмпирическая база основана на материалах социологического исследования, проведенного в 2013–2014 гг. Источниками информации выступили специально разработанные анкеты. Методика опроса предусматривала активное участие респондента в интерпретации сведений, получаемых исследователем. Объектом исследования послужили граждане округа старше 18 лет, обращавшиеся за медицинской помощью в течение года. Интервьюирование выполнялось вне медицинских организаций. Участники опроса отбирались случайным образом. В настоящем исследовании участвовало 3370 респондентов (минимальный объем выборки из генеральной совокупности для репрезентативных результатов со степенью уверенности 0,97 и допустимой ошибкой 3 % составил 1320 человек). Полученные данные оценивались путем вычисления относительных величин и сравнительного анализа.

Результаты исследования. Респонденты, представлявшие все территориальные субъекты Дальнего Востока России, были разделены на двенадцать укрупненных социально-профессиональных групп: 19 % – пенсионеры, 15,4 % – государственные и муниципальные служащие,

Таблица 1

Удовлетворенность медицинской помощью в районе проживания, %

Удовлетворенность медпомощью	В целом	По видам медицинской помощи		
		амбулаторно-поликлиническая	стационарная	скорая
Полностью не удовлетворены	29,7±0,7	18,3±0,6	14,0±0,6	10,6±0,5
Мало удовлетворены	23,1±0,7	30,3±0,7	13,3±0,6	16,4±0,6
Не во всем удовлетворены	22,6±0,7	27,2±0,7	31,8±0,8	25,2±0,7
В основном удовлетворены	13,3±0,5	19,1±0,6	37,8±0,8	46,3±0,8
Полностью удовлетворены	11,3±0,5	5,1±0,3	3,1±0,3	1,9±0,2

11,6% – работники торговли, 14,7% – работники здравоохранения, 9,8% – работники транспорта, 8% – сотрудники правоохранительных органов, 5% – работники жилищно-коммунального хозяйства, 4,5% – представители малого бизнеса, 4,2% – инженерно-технические работники промышленных предприятий, 3,9% – студенты, 2,4% – работники сельского хозяйства, 1,5% – сотрудники общественных организаций. Необходимо отметить, что половина опрошенных – представители бюджетной социальной сферы, уровень материального обеспечения которых, в зависимости от социального статуса, оценивался как низкий или очень низкий.

Средний возраст опрошенных составил 46 лет. 31,2% респондентов проживали в городах, 55,4% – в районных центрах, 13,4% – в сельской местности. Поскольку в Дальневосточный федеральный округ входят два крупных этно-национальных анклава – Республика Саха (Якутия) и Чукотский автономный округ – необходимо отметить, что среди опрошенных 13% составили представители коренного населения этих территорий.

Чуть менее половины респондентов (44,9%) имели высшее образование, 32,7% – среднее профессиональное образование, 12,7% – среднее образование. Четверное и пятое ранговые места здесь заняли лица с незаконченным высшим (7,7%) и незаконченным средним (1,8%) образованием. Количество женщин среди опрошенных оказалось намного выше, чем мужчин: 72,8 и 27,2%, соответственно.

В ходе опроса респондентам было предложено оценить удовлетворенность по пятибалльной шкале, при условии, что самый низкий балл – один. Подавляющее большинство опрошенных (75,4%) были не удовлетворены качеством медицинской помощи. Треть респондентов оценивали удовлетворенность качеством медпомощи в районе проживания на один балл, четверть опрошенных были мало удовлетворены и почти четверть не во всем удовлетворены медицинской помощью, оценивая ее на два и три балла, соответственно. Амбулаторно-поликлинической помощью оказалось не удовлетворено (1–3 балла) большинство опрошенных (75,5%), больничной помощью – чуть более половины (59,1%) и скорой медицинской помощью – каждый второй (52,2%) респондент (табл. 1).

Особое внимание стоит уделить оценке респондентами качества медицинского обслуживания. Можно

заметить, что одними из более низких показателей удовлетворенности в амбулаторно-поликлинических учреждениях для респондентов являются оснащенность медицинским оборудованием (18,4%) и обеспеченность врачами (18,7%). Состоянием зданий, отделений и кабинетов в поликлиниках (22,8%), а также работой регистратуры (24,2%) удовлетворен каждый пятый опрошенный. И каждый третий респондент считает, что компетентность врачей (28,3%), организация работы врачей (28,9%), информирование врачами о состоянии здоровья (29,3%), результаты оказания медицинской помощи (31,9%), санитарно-гигиеническое состояние (34%) поликлиник соответствует их запросам. Отметим, что оценивая качество медицинского обслуживания в амбулаторно-поликлинических учреждениях в районе обслуживания, респондентов в первую очередь волнует отсутствие специалистов и медицинского оборудования для проведения диагностических мероприятий.

Число затруднившихся оценить степень удовлетворенности качеством медицинского обслуживания в поликлиниках составило от 10,5 до 20,4%. При этом самые высокие показатели выделены по следующим критериям – компетентность врачей, организация работы врачей, информирование о состоянии здоровья (табл. 2). Таким образом, можно сделать вывод, что полученные данные зависели от того, насколько сильно были затронуты интересы респондентов, поскольку существует проблема альтернативного выбора медицинской организации и возможности получения помощи лицам, проживающим в населенных пунктах различного типа.

Показатель удовлетворенности материально-техническим обеспечением стационаров оказался самым низким. Однако, что касалось сравнения этих показателей, то оснащенность оборудованием в стационаре респонденты оценили на 8,1% выше, чем в поликлинике. Состоянием зданий, отделений и палат был удовлетворен каждый четвертый опрошенный. Обслуживание в приемном отделении и питание в стационаре как «на должном уровне» оценил каждый третий респондент (табл. 3).

Остальными критериями качества медобслуживания в стационаре, обозначенными в анкете – обеспеченность средним медицинским персоналом, компетентность среднего медицинского персонала, санитарно-

Таблица 2

Отношение респондентов к организации амбулаторно-поликлинических учреждений в районе обслуживания, %

Критерий	Баллы*					
	0	1	2	3	4	5
Состояние зданий, отделений, кабинетов	10,5±0,4	19,0±0,6	24,5±0,7	23,1±0,7	17,0±0,6	5,8±0,3
Санитарно-гигиеническое состояние	16,3±0,6	12,2±0,5	19,0±0,6	18,4±0,6	22,8±0,7	11,2±0,4
Оснащенность медицинским оборудованием	12,9±0,5	23,8±0,7	25,5±0,7	19,4±0,6	13,6±0,5	4,8±0,3
Обеспеченность врачами	14,0±0,5	25,2±0,7	26,7±0,7	15,4±0,5	12,5±0,5	6,2±0,3
Работа регистратуры	14,3±0,5	19,4±0,6	19,7±0,6	22,4±0,7	17,7±0,6	6,5±0,3
Организация работы врачей	17,7±0,6	10,2±0,4	24,8±0,7	18,4±0,6	19,7±0,6	9,2±0,4
Компетентность врачей	20,4±0,6	14,6±0,5	15,6±0,5	21,1±0,6	16,7±0,6	11,6±0,5
Информирование врачей о состоянии здоровья	16,7±0,6	15,3±0,5	19,0±0,6	19,7±0,6	19,4±0,6	9,9±0,4
Результаты оказания медицинской помощи	13,9±0,5	9,5±0,4	20,1±0,6	24,5±0,7	22,4±0,7	9,5±0,4

* Здесь и в табл. 3 и 4: 0 – нет ответа, 1 – полностью не удовлетворен, 2 – мало удовлетворен, 3 – не во всем удовлетворен, 4 – в основном удовлетворен, 5 – полностью удовлетворен.

Таблица 3

Отношение респондентов к организации стационарной медицинской помощи в районе обслуживания, %

Критерий	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
Состояние отделений, палат больницы	7,9±0,4	23,8±0,7	26,5±0,7	14,6±0,5	19,9±0,6	7,3±0,4
Санитарно-гигиеническое состояние больницы	8,6±0,4	11,9±0,5	21,2±0,6	17,9±0,6	27,8±0,7	12,6±0,5
Оснащенность медицинским оборудованием	8,6±0,4	23,2±0,7	21,9±0,7	19,9±0,6	19,9±0,6	6,6±0,3
Обеспеченность врачами	7,1±0,3	10,2±0,4	12,1±0,5	23,3±0,7	33,1±0,8	14,2±0,5
Обеспеченность средним медперсоналом	12,4±0,5	8,1±0,4	16,2±0,6	23,5±0,7	27,5±0,7	12,3±0,5
Организация работы приемного покоя	12,6±0,5	15,2±0,5	17,2±0,6	19,9±0,6	23,8±0,7	11,3±0,4
Организация работы врачей	6,0±0,3	9,9±0,4	13,2±0,5	24,5±0,7	31,1±0,7	15,2±0,5
Компетентность врачей	10,6±0,4	7,9±0,4	12,6±0,5	23,2±0,7	29,8±0,8	15,9±0,5
Компетентность среднего медперсонала	11,3±0,4	7,3±0,4	17,2±0,6	24,5±0,7	28,5±0,8	11,3±0,4
Информирование врачей о состоянии здоровья	9,9±0,4	8,6±0,4	13,2±0,5	21,9±0,7	31,1±0,8	15,2±0,5
Питание в стационаре	6,0±0,3	19,9±0,6	21,2±0,6	15,9±0,5	24,5±0,7	12,6±0,5
Результаты оказания медицинской помощи	5,3±0,3	8,6±0,4	13,9±0,5	25,8±0,7	31,1±0,7	15,2±0,5

гигиеническое состояние, организация работы врачей, информирование их о состоянии здоровья, результаты оказания медицинской помощи, компетентность врачей и обеспеченность врачами – был удовлетворен (4–5 баллов) практически каждый второй опрошенный. Число затруднившихся оценить степень удовлетворенности качеством медицинского обслуживания в стационаре составило от 5,3 до 12,6%, что в 1,6 и более раза ниже оценки удовлетворенности в поликлинике (табл. 3).

Что касается результатов удовлетворенности качеством скорой медицинской помощи (СМП), то полученные данные распределились следующим образом. Каждый второй опрошенный (39,2%) не был удовлетворен выполнением норм и правил санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов. Треть респондентов (30%) считала работу СМП неоперативной, время ожидания приезда бригады несоответствующим стандартам экстренной медицинской помощи. Четверть опрошенных (25,2%) не были удовлетворены организацией приема вызовов и передачей их выездным бригадам. И примерно каждый пятый респондент оказался недоволен транспортировкой в стационар и результатами оказания медицинской

помощи, профессионализмом среднего медицинского персонала и врачей бригады СМП и оснащенностью медицинским оборудованием (табл. 4).

Обсуждение полученных данных. Региональные условия, определяемые природно-географическими, социально-географическими, социально-экономическими, социально-демографическими, историческими и культурологическими особенностями, а также этническим составом населения, несомненно, влияют на жизнедеятельность людей и выражаются в их поведении и сознании.

Полученные данные говорят о низком общем уровне удовлетворенности медицинской помощью населения Дальневосточного федерального округа (24,6%). Это свидетельствует о нерешенности проблем оказания медицинской помощи для значительной части граждан. Тревожат очень низкие оценки удовлетворенности амбулаторно-поликлиническим медицинским обслуживанием (24,2%), против оценок стационарной и скорой медицинской помощи (40,9% и 48,2%, соответственно).

В целом, характеризуя особенности результатов опроса в части отношения респондентов к организации

Таблица 4

Отношение респондентов к организации СМП в районе обслуживания, %

Критерий	Баллы					
	0	1	2	3	4	5
Организацией приема вызовов	10,8±0,4	5,4±0,3	19,8±0,6	10,8±0,4	51,3±0,8	1,9±0,2
Время ожидания приезда бригады	6,9±0,3	17,7±0,6	12,3±0,5	19,2±0,6	31,5±0,7	12,3±0,5
Профессионализм врачей бригады	12,3±0,5	6,9±0,3	13,1±0,5	16,2±0,6	36,9±0,7	14,6±0,7
Профессионализм среднего медперсонала	4,2±0,3	7,6±0,4	14,3±0,5	17,6±0,6	40,3±0,8	16,0±0,5
Соблюдение санитарно-гигиенических правил	3,8±0,3	23,8±0,7	15,4±0,5	13,8±0,5	27,7±0,7	15,4±0,5
Транспортировка больного в стационар	16,9±0,6	11,5±0,5	12,3±0,5	13,1±0,5	35,4±0,7	10,8±0,4
Оснащенность медицинским оборудованием	13,8±0,5	10,0±0,4	9,2±0,4	20,0±0,6	34,6±0,7	12,3±0,5
Результаты оказанной медицинской помощи	10,7±0,4	12,5±0,5	10,7±0,4	1,8±0,2	47,3±0,8	17,0±0,6

стационарной медицинской помощи в районе обслуживания, необходимо отметить, что на первое место была поставлена низкая обеспеченность больниц медицинским оборудованием, на второе – неудовлетворительное состояние зданий, отделений и палат, на третье – плохое качество питания.

По мнению респондентов к организации СМП в районе обслуживания, на первом месте оказался низкий уровень соблюдения работниками бригад санитарно-гигиенических правил, на втором – длительное время ожидания приезда бригады, на третьем месте – неудовлетворительный прием вызовов и передача их бригадам СМП. Число затруднившихся оценить степень удовлетворенности качеством СМП составило от 3,8 до 16,9 %, что в 1,2 и более раза, ниже чем в оценках удовлетворенности в поликлинике и в 1,3 и более раза выше, чем в оценках удовлетворенности качеством медицинского обслуживания в стационаре. Высокие цифры затруднившихся оценить работу СМП можно объяснить тем, что персонал бригад оказывал помощь по месту вызова и на пути следования. Неотложные мероприятия, проводимые непосредственно на месте вызова, включают не весь перечень мероприятий СМП, например, транспортировку больного в стационар.

Таким образом, согласно результатам анализа удовлетворенности населения Дальнего Востока медицинской помощью и отношению к организации амбулаторно-поликлинической, стационарной и скорой медицинской помощи в районе обслуживания сделан вывод о том, что первостепенное значение для граждан имеет свободный доступ ко всем службам здравоохранения. Установлено, что граждане выражают наибольшую неудовлетворенность условиями оказания медицинской помощи, к которым относятся: обеспечение медицинскими кадрами, наличие и состояние медицинского оборудования, состояние зданий, отделений, кабинетов и палат, качество питания, выполнение норм и правил санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов бригадой СМП. Второстепенное значение для граждан имеет организация работы служб медицинской помощи, и на последнем месте стоят профессиональные качества персонала и достигнутый результат.

Литература

1. Антонов Д.П. Зарубежный опыт формирования финансовых ресурсов в здравоохранении // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. № 6. С. 35–40.
2. Гареева И.А. Доступность системы здравоохранения для населения в условиях социальной дифференциации // Власть и управление на Востоке России. 2012. № 1. С. 164–170.
3. Капитоненко Н.А., Кирик Ю.В., Киселев С.Н. Проблемы эффективного развития системы здравоохранения Дальневосточного федерального округа РФ в условиях модернизации // Дальневосточный мед. журнал. 2012. № 2. С. 114–117.
4. Кирик Ю.В., Капитоненко Н.А. Эволюционные процессы здравоохранения в современной России // Вестник общественного здоровья здравоохранения Дальнего Востока России. 2014. № 2. С. 7.
5. Ковалев С.Ю., Блам И.Ю., Зайцева И.Н. Реформы системы здравоохранения в России: социальные последствия коммерциализации // Регион: экономика и социология. 2005. № 3. С. 58–67.
6. Мамедова О.А. Платные медицинские услуги как следствие институциональной трансформации системы здравоохранения // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. 2009. Сер. 12, в.1, ч. II. С. 89–95.
7. Мелянченко Н.Б. Общие методологические подходы к стратегии развития здравоохранения РФ (на период 2008–2017 гг.) // URL: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=90> (дата обращения: 17.06.2014).
8. Системы здравоохранения: время перемен / Л. Попова, Е. Потапчик, С. Шишкин [и др.] // Обзор системы здравоохранения. ВОЗ, 2011. 251 с.

Поступила в редакцию 07.11.2014.

Организация и развитие медицинской помощи на Дальнем Востоке России, по данным социологических опросов населения

Ю.В. Кирик, Н.А. Капитоненко

Дальневосточный государственный медицинский университет (680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35)

Резюме. Представлены результаты социологического исследования удовлетворенности населения Дальневосточного федерального округа амбулаторно-поликлинической, стационарной и скорой медицинской помощью в районе обслуживания. Проведенный анализ позволил оценить уровень удовлетворенности медицинской помощью граждан и выявить имеющиеся проблемы работы экстренной медицинской службы и учреждений здравоохранения с позиции основных потребителей медицинских услуг. Исследование показало, что первостепенное значение в системе медицинского обслуживания для населения имеет наличие ресурсов и соответствие их стандартам качества.

Ключевые слова: Дальневосточный федеральный округ, поликлиника, стационар, скорая медицинская помощь.