

в зависимости от штатного расписания, кадрового обеспечения АВОП, особенностей условий работы и возрастного состава населения определить оптимальные модели организации работы АВОП и пересмотреть существующие нормативно-правовые акты с целью их оптимизации;

разработать унифицированный подход к сбору и анализу статистических данных работы ВОП.

Литература

1. Алма-Атинская декларация: Материалы международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 1978 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml.
2. Хулуп Г.Я., Воронко Е.А., Русович В.З. // Медицина. – 2008. – №3. – С.15-19.
3. Пилипцевич, Н.Н., Абельская И.С., Павлович Т.П. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2004. – №2. – С.3-7.
4. Сайт Всемирной организации здравоохранения. – Режим доступа www.who.int/about/licensing/rss/ru/.
5. Пилипцевич Н.Н. – Режим доступа: minzdrav.by/med/docs/journal/St1_2007_2.doc.
6. Системы здравоохранения: время перемен. Чешская Республика // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2005. – Т.7, №1. – 94с.
7. Здравоохранение и расширение Европейского Союза // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2006. – 291с.
8. Системы здравоохранения: время перемен. Франция // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2004. – Т.6, №2. – 137с.
9. Системы здравоохранения: время перемен. Нидерланды // Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2004. – Т.6, №6. – 141с.
10. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 23 февраля 2011г. №227 «О внесении изменений и дополнений в Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003г. №724».
11. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 марта 2005г. №95 «Штатные нормы медицинских работников амбулаторий общей практики».

SOME ASPECTS ON THE WORK OF GENERAL PRACTITIONER

T.I.Tserakhovich, L.A.Zhilevich, I.V.Malakhova, A.A.Kukharchuk, Z.B.Hozman, A.B.Lukashevich, A.A.Chmyrova

Advantages and disadvantages in introducing a general practitioner (GP) in the Republic of Belarus were shown. Data of the comparative analysis on efficiency of the GP work in the regions were presented. The analysis of the work of the GP ambulatory (GPA) was carried out. The role of a nurse practitioner in general practice was noted. The structure of the patients applying to GPA was shown.

АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЕЛЬСКОГО РАЙОНА ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

¹Н.И.ТИШКОВА, ²И.Н.КОЛЯДА, ³И.В.МАЛАХОВА, ³В.В.КУЛИНКИНА

¹ УЗ «Ельская центральная районная больница», г. Ельск, Ельский р-н, Гомельская область

² УЗ «Гомельская областная клиническая больница», г. Гомель

³ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

В работе представлен краткий анализ медико-демографических показателей и организации оказания медицинской помощи населению Ельского района Гомельской области за период 1985–2011гг. Приведены сравнительные характеристики некоторых медико-демографических показателей в аналогичных районах Гомельской области.

Важная роль села, как социально-экономической составляющей устойчивого развития страны, диктует необходимость создания адекватной инфраструктуры его жизнедеятельности, в том числе системы медицинского обслуживания [1].

Организация медицинской помощи сельским жителям характеризуется исторически сложившимися

особенностями, обусловленными характером расселения, возрастно-половым составом населения, сезонностью сельскохозяйственных работ и другими факторами. Эти особенности состоят, прежде всего, в этапности медицинского обеспечения сельского населения [2]. Удаленность от организаций здравоохранения, низкая медицинская активность и медико-правовая гра-

мотность сельского населения в сравнении с городским ограничивают права сельских жителей на адекватный уровень медицинской помощи.

Кроме того, финансирование сельских организаций здравоохранения, осуществляемое ранее при поддержке сельскохозяйственных предприятий, существенно уменьшилось. Все это привело к ухудшению их материально-технической базы. Также существуют и традиционные для сельской медицины всех стран проблемы – плохая укомплектованность медицинскими кадрами, высокая их текучесть, ненормированный рабочий день и т.п. Так, в республике до сих пор имеются участковые больницы и врачебные амбулатории, включая амбулатории врача общей практики, в которых ни одна штатная должность не замещена врачом [3]. При этом в организациях здравоохранения Гомельской области, в том числе и анализируемых районов, такие случаи не отмечены.

Таким образом, удовлетворение прав сельских жителей на качественную медицинскую помощь связано с социально-экономическим положением сельского населения и спецификой сельского образа жизни. Согласно Рекомендациям по предоставлению медицинской помощи в сельской местности [4], сельские жители имеют такое же право на медицинскую помощь, как и городские.

Проблема совершенствования медицинской помощи сельским жителям достаточно остро стоит во всех странах, в том числе и в Беларуси. Признание того, что права сельских жителей на качественную медицинскую помощь удовлетворяются не полностью, можно найти во многих документах, как международных, так и национальных [5].

Следовательно, наличие объективных ограничений прав сельских жителей на качественную медицинскую помощь требует совершенствования организационных технологий ее оказания. Кроме того, преодоление отставания уровня медицинского обслуживания на селе от городского возможно за счет внедрения новых форм взаимодействия с органами местного самоуправления, что предполагает усиление централизованного контроля, развитие координации и сотрудничества по вертикали и горизонтали, а также разработку и внедрение технологий соизмерения затрат и результатов [6].

Реализация в последнее десятилетие в Республике Беларусь ряда государственных программ в области охраны здоровья, направленных на улучшение доступности и качества медицинской помощи, в том числе сельскому жителю, наиболее полное обеспечение прав пациентов при оказании медицинской помощи, позволила значительно улучшить материально-техническую базу сельского здравоохранения. Наибольший вклад в эти процессы внесли:

Государственная программа возрождения и развития села на 2005–2010 годы;

Программа развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006–2010 годы;

Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007–2010 годы;

Программа переоснащения операционно-реанимационных блоков;

Отраслевая программа «Кадры», в соответствии с которой осуществлялось первоочередное распределение выпускников медицинских университетов в сельские организации здравоохранения [7–9].

Существенную роль в упорядочении организации оказания медицинской помощи сельским жителям республики сыграла проведенная в 2006–2007 годах оптимизация структуры управления здравоохранением [10, 11].

В настоящее время актуальной остается проблема поиска и анализа социально значимых факторов, определяющих специфику сельского здравоохранения и динамику его интеграции в пространство современной медицины. Решить ее можно с помощью медико-социологического исследования, которое, в том числе, позволит оценить субъективную составляющую данной проблемы – готовность сельских жителей к потреблению комплекса медицинских услуг, уровень их правовой грамотности.

Целью настоящего научного исследования явилось проведение краткого анализа медико-демографической ситуации и организации оказания медицинской помощи сельскому населению на примере Ельского района Гомельской области.

Для достижения цели поставлены следующие задачи: изучение состояния медико-демографических процессов в Ельском районе Гомельской области за период 1985–2011 гг.;

сравнительный анализ медико-демографических показателей в Ельском и аналогичных районах Гомельской области (Лельчицкий и Наровлянский);

изучение и обобщение практического опыта по организации оказания медицинской помощи сельскому населению за период 1985–2011 гг.;

выявление особенностей в организации оказания медицинской помощи сельским жителям.

Объект исследования – система организации медицинской помощи Гомельской области, Ельского и других районов Гомельской области.

Предмет исследования – медико-демографические показатели; ресурсное обеспечение здравоохранения; данные государственной статистической отчетности (форма 1-медкадры (Минздрав); форма 1-организация (Минздрав); форма 1-стационар (Минздрав) [12–14].

В процессе исследования были использованы как традиционные общенаучные методы исследования,

такие как анализ литературных источников; социально-гигиенические, статистические методы (аналитически-исследовательский, экспертный, сравнительный), так и методы комплексного и системного анализа, экономической оценки, исторический, медико-географический.

Нами проведен сравнительный анализ медико-демографической ситуации в Ельском и других районах Гомельской области в сравнении с таковой в Гомельской области в целом за 1985–2011 гг.

Анализируя процессы естественного прироста (убыли) населения, выявлено, что за анализируемый период численность населения уменьшалась. Так, в Республике Беларусь в 1985 г. проживало 9929,0 тыс. чел, из них 38,8% в сельских поселениях. С 1985 г. по 2011 г. численность населения республики сократилась на 4,7% и на конец 2011 г. составила 9 465,15 тыс. человек, из которых сельское население составило 36,8%.

В Гомельской области в целом за анализируемый период также отмечена тенденция убыли населения, в том числе сельского. Так, если в 1985 г. сельское население составляло 656,5 тыс. человек, или 39,0% всего населения области, то в 2011 г. – 376,1 тыс. человек, или 26,2%. Уменьшение составило 12,8% (рис.1)

В Ельском районе Гомельской обл. в 2011 г. проживало 17294 человека. Из них 45,1% составило сельское население, 54,9% – городское. С 1985 года (27500) население района уменьшилось на 10206 человек, или на 37,1%. Особенно резко уменьшилось сельское население: с 17800 человек в 1985 году до 7756 человек в 2011 году, или на 56,4% (рис.2).

Особенностью Ельского района Гомельской области является то, что в 1986 г. его территория подверглась воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС. Процессы убыли населения, очевидно, связаны с его миграцией после аварии на Чернобыльской АЭС.

Нами проанализированы изменения численности населения в схожих районах Гомельской области (На-

ровлянский и Лельчицкий), также подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС. В Наровлянском районе за тот же период (1985–2011 гг.) население уменьшилось на 41,6%, в Лельчицком – на 27,1% (рис.3).

Таким образом, наибольшее уменьшение численности населения отмечено в Наровлянском районе, наименьшее – в Лельчицком.

На основе вышеизложенного можно сделать вывод о том, что тенденция сокращения численности населения с 1985 г. по 2011 г. характерна как для анализируемых районов и Гомельской области, так и для республики в целом.

Показатель рождаемости в Ельском районе в 1985 году составил 16,2‰. В последующие годы показатель рождаемости уменьшался и достиг 9,9‰ в 2005 году. Начиная с 2006 года, отмечен рост рождаемости, которая в 2011 году составила 11,3‰ (рис.4).

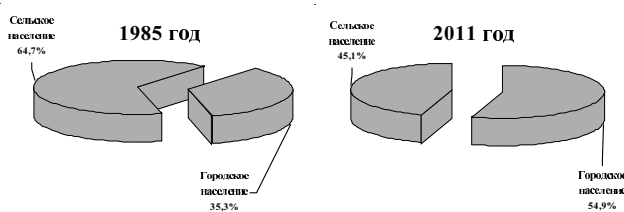


Рис. 2. Структура населения Ельского района

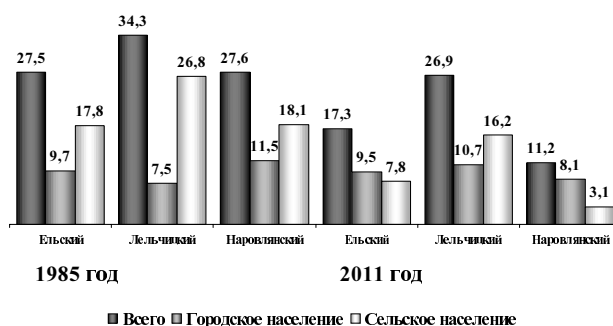


Рис. 3. Численность населения Ельского, Лельчицкого и Наровлянского районов Гомельской области в 1985 и 2011 гг.

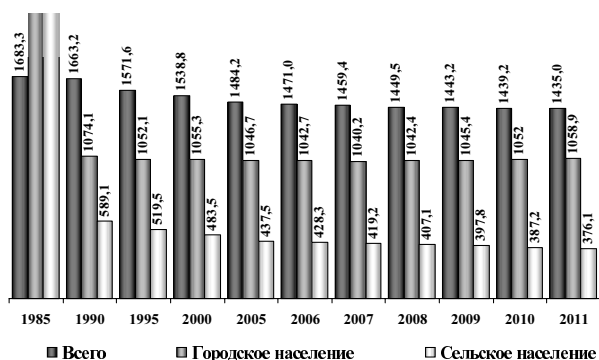


Рис. 1. Численность населения Гомельской области на начало года (тыс.)

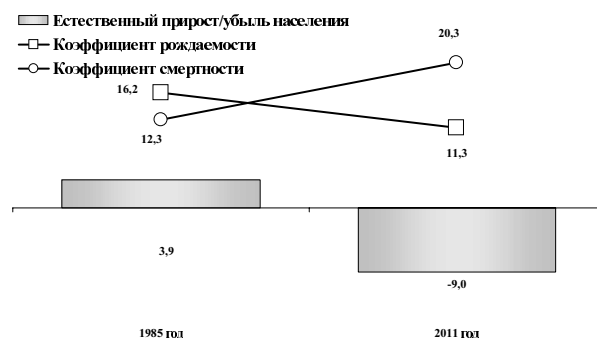


Рис. 4. Рождаемость, смертность и естественный прирост населения в Ельском районе (показатель на 1000 населения)

При сравнении показателей рождаемости в Ельском, Наровлянском и Лельчицком районах Гомельской области выявлено, что в 1985г. наибольший показатель был зарегистрирован в Наровлянском районе (31,3‰), наименьший – в Ельском (16,2‰). Во всех районах рождаемость падала. В Ельском районе в 2000г. и 2005г. она составила 9,9‰. Это наименьший показатель среди трех исследуемых районов за рассматриваемый период. Затем рождаемость постепенно росла и к 2011г. достигла значения 11,3‰ (рис.5), что меньше, чем по Гомельской области в целом (11,6‰).

Общая смертность в Ельском районе за анализируемый период выросла с 12,0 на 1000 населения в 1985г. до 20,0 в 2011г. Примерно такие же уровни данного показателя отмечены в 2011г. и в двух других анализируемых районах. Если в Ельском и Лельчицком районах отмечен рост показателя общей смертности, то в Наровлянском районе отмечено его снижение по сравнению с 1985 годом (рис.6). В Гомельской области данный показатель ниже, и в 2011г. он составил 15,0‰.

При анализе показателя младенческой смертности отмечено, что наиболее высоким данный показатель был в Лельчицком районе в 2000г. Он достиг 31,5‰ (рис.7). В настоящее время высокой остается младенческая смертность в Наровлянском районе

(12,6‰), что указывает на недостаточную работу службы охраны материнства и детства в этих районах. В Гомельской области показатель младенческой смертности в 2011г. составил 4,9‰, а в республике в целом – 3,9.

В структуре причин общей смертности сельского населения Гомельской области преобладают болезни системы кровообращения (53,3%), несчастные случаи, отравления и травмы (10,1%), новообразования (10,1%), болезни органов дыхания (2,1%), болезни органов пищеварения (2,7%). В числе причин смертности от несчастных случаев, травм и отравлений значительное место занимают отравления алкоголем.

В возрастной структуре смертности сельского населения Гомельской области отмечается тенденция к росту доли лиц трудоспособного возраста. Так, если в 2010г. доля лиц трудоспособного возраста в структуре смертности сельского населения составляла 20,6%, то в 2011г. – 21,6%. В Ельском районе за данный период времени отмечена обратная тенденция: в 2011г. эта доля была равной 19,0%, а в 2010г. – 20,59%.

При сравнении показателей смертности от отдельных причин, показано, что показатель смертности от основной причины – болезни системы кровообращения – в Ельском районе значительно превышает таковой по Гомельской области в целом (рис.8). Фактора-

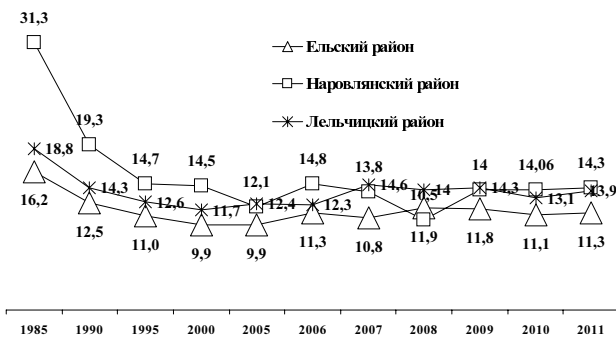


Рис. 5. Рождаемость в Ельском, Наровлянском и Лельчицком районах Гомельской области (показатель на 1000 населения)

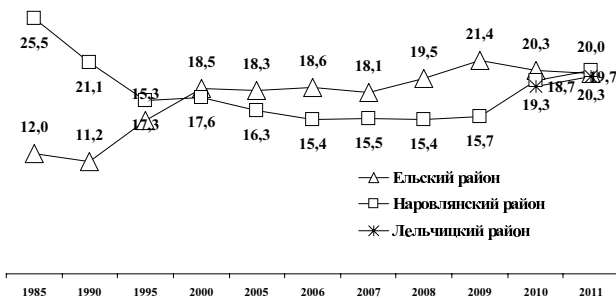


Рис. 6. Смертность в Ельском, Наровлянском и Лельчицком районах Гомельской области (показатель на 1000 населения)

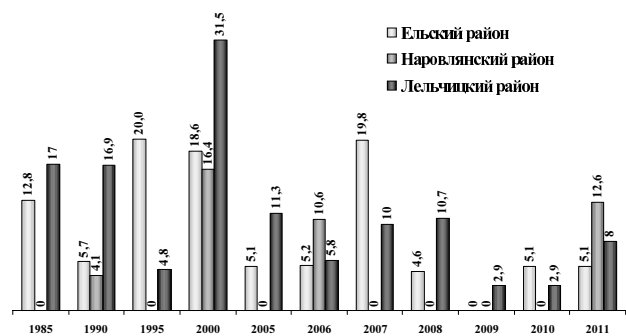


Рис. 7. Младенческая смертность в Ельском, Наровлянском и Лельчицком районах Гомельской области (показатель на 1000 родившихся живыми)

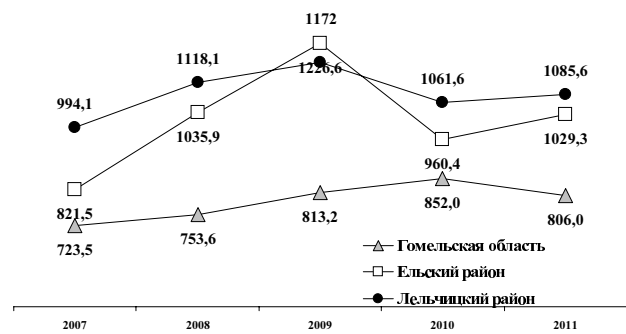


Рис. 8. Смертность от болезней системы кровообращения (показатель на 100 тыс. населения)

**Сеть и мощность организаций здравоохранения Ельского района Гомельской области
(1985–2011 гг.)**

Наименование	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
УЗ «Ельская ЦРБ»:							
1.1 стационар (кол-во коек)	300	285	200	200	160	154	154
1.2 дневное пребывание в составе коек круглосуточных стационаров за счет численности коечного фонда отделений (кол-во коек)							5
1.3 дневной стационар в поликлинике (кол-во коек)	-	-	-	-	40	40	40
1.4 поликлиническое звено (посещений в смену)			355,5	295,5	295,5	295,5	295,5
2.Ельская ЦРБ:							
2.1 стационар (кол-во коек)	205	205	150	150	120	114	114
2.2 дневное пребывание в составе коек круглосуточных стационаров за счет численности коечного фонда отделений (кол-во коек)							5
2.3 дневной стационар в поликлинике (кол-во коек)	-	-	-	-	30	30	30
2.4 поликлиническое звено (посещений в смену)	200	200	200	200	200	200	200
3. Заширьевская УБ:							
3.1 стационар (кол-во коек)	50	35	25	25	20	20	20
коек сестринского ухода	-	-	-	-	10	15	15
3.2 дневной стационар при врачебной амбулатории (кол-во коек)	-	-	-	-	5	5	5
3.3 врачебная амбулатория (посещений в смену)	55,5	55,5	55,5	55,5	55,5	55,5	55,5
4. Скороднянская УБ:							
4.1 стационар (кол-во коек)	25	25	25	25	-	-	-
4.2 врачебная амбулатория (посещений в смену)				40	-	-	-
4.3 дневной стационар при врачебной амбулатории (кол-во коек)	-	-	-	-	-	-	-
5. Словечанская УБ							
5.1 стационар (кол-во коек)	20	20	-	-	-	-	-
5.2 врачебная амбулатория							
6. Скороднянская больница сестринского ухода							
6.1 стационар (кол-во коек) из них:	-	-	-	-	20	20	20
коек сестринского ухода	-	-	-	-	20	15	15
6.2 амбулатория врача общей практики (посещений в смену)	-	-	-	-	40		
6.3 дневной стационар при амбулатории врача общей практики (кол-во коек)	-	-	-	-	5		
6.4 врачебная амбулатория (посещений в смену)	-	-	-	-	-	40	40
6.5 дневной стационар при врачебной амбулатории (кол-во коек)	-	-	-	-	-	5	5
7.ФАПы	21		20	20	20	20	20

ми, усугубляющими течение болезней органов кровообращения, являются злоупотребление алкоголем и курение, которые на селе распространены шире, чем в городе, как среди подростков, так и среди взрослых.

Медицинская помощь сельскому населению строится на основных принципах организации здравоохранения. Однако факторы, определяющие различия между городом и деревней влияют на организационные формы и методы работы сельских организаций здравоохранения [15,16].

Сеть и мощность организаций здравоохранения Ельского района Гомельской области представлены в табл. 1. Оказание медицинской помощи населению Ельского района обеспечивает учреждение здравоохранения «Ельская ЦРБ», в состав которой входят: Ельская ЦРБ с мощностью круглосуточного стационара на 154 койки, поликлиники на 255,5 посещений в смену; три участковых больницы (УБ), в составе которых функционируют 4 врачебных амбулатории (ВА) и одна амбулатория врача общей практики (АВОП); больница сестринского ухода, 20 ФАПов.

В районе активно внедряются стационарозамещающие технологии. Дневные стационары развернуты в составе поликлиники на 40 коек, в составе круглосуточного стационара – отделение дневного пребывания на 5 коек. С 2005г. функционируют 3 ДС во врачебных амбулаториях, на 5 коек каждый.

Обеспеченность койками в Ельском районе была наиболее высокой в 1990г. (131,9 на 10 тыс. населения), затем данный показатель постепенно снижался и достиг 89,2 на 10 тыс. населения в 2011г. (рис.9). При сравнении с другими исследуемыми районами, можно отметить, что данный показатель в Ельском районе в 2011г. выше, чем в Наровлянском и Лельчицком.

Госпитализация сельских жителей осуществляется в соответствии с разработанными и внедренными показаниями к ней.

Особая роль в обеспечении медицинской помощью сельского населения принадлежит медицинским кадрам. Кадровый потенциал Ельской ЦРБ представ-

лен 28 врачами. Укомплектованность врачами в 1985г. составляла 87,5% при коэффициенте совместительства 1,3. В последующие годы процент укомплектованности менялся, максимальное его значение отмечено в 2005г. В 2011г. укомплектованность врачами составила 75% при коэффициенте совместительства 1,4 (табл. 2).

Укомплектованность должностей среднего медицинского персонала выше, чем врачами, и в последние годы составляет 100%.

Таким образом, анализ имеющихся в научных публикациях данных и материалов собственного исследования свидетельствует, что организация медицинской помощи сельскому населению Республики Беларусь имеет специфические особенности, обусловленные условиями жизни и труда сельских жителей.

Организация медицинской помощи в Ельском районе имеет четкую структуру и соответствует основным принципам организации отечественного здравоохранения

Медико-демографическая ситуация на селе остается тревожной: сохраняются относительно высокие показатели общей и младенческой смертности.

Проблемы состояния здоровья сельского населения диктуют необходимость разработки и реализации мероприятий по их решению.

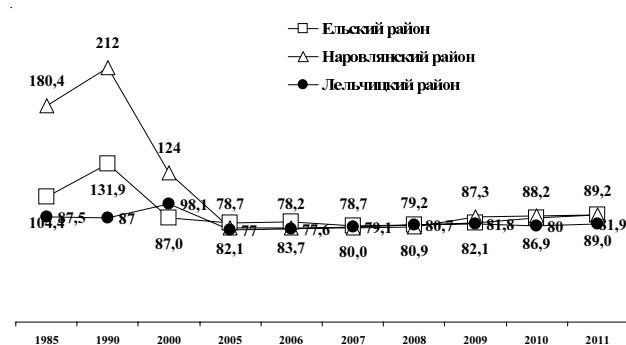


Рис. 9. Обеспеченность койками в Ельском, Наровлянском и Лельчицком районах Гомельской области (показатель на 10 тыс. населения)

Таблица 2

Укомплектованность кадрами в Ельской ЦРБ

Годы	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
ВРАЧИ							
Укомплектованность (в процентах)	87,5	87,6	77	87	96	86	75
Коэффициент совместительства	1,3	1,6	1,4	1,7	1,8	1,4	1,4
СРЕДНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ							
Укомплектованность (в процентах)	93	96	100	100	100	100	100
Коэффициент совместительства	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Для совершенствования системы организации медицинской помощи в сельской местности необходимо провести анализ социально значимых факторов, определяющих специфику сельского здравоохранения.

Для улучшения эффективности, как с медицинских, так и с социально-экономических позиций, организационных форм медицинской помощи сельскому населению, можно использовать мобильные формы медицинского обслуживания (передвижные амбулатории, лаборатории, стоматологические, флюорографические и диагностические кабинеты и др.). Для этого необходимо изучить и, возможно, адаптировать к нашим условиям российский опыт организации выездной службы жителям села, проведение медицинских советов с обязательным участием в них администрации и всей медицинской общественности района [17].

Особого внимания заслуживает организационно-методическая работа, проводимая управлением здравоохранения Гомельского облисполкома, по вопросам сельского здравоохранения. Ведущая роль в этом направлении должна принадлежать областной больнице, которая обеспечивает оказание специализированной медицинской помощи сельскому населению, выполняет функции консультативного характера, как планового, так и экстренного. Кроме того, для системной организационно-методической работы и постоянной практической помощи руководителям и специалистам ЦРБ необходимо привлекать проблемные комиссии Минздрава, кураторов профильных кафедр медицинских вузов и БелМАПО, а также республиканских научно-практических центров.

Литература

1. Шуршуков Ю.Ю. Научное обоснование перспективно-го развития сельского здравоохранения на основе мониторинга состояния здоровья взрослого населения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 2007. – 36 с.
2. Михалюк С.Ф. Медико-организационные аспекты развития здравоохранения на селе в современных условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Минск, 2002.
3. Жарко В.И. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №1. – С.4-17.
4. Рекомендации по предоставлению медицинской помощи в сельской местности / ВМА. – Хельсинки, 1964, Венеция, 1983. TnoNv\vw.nedelia.ru/?nums-2007-058-pagell
5. Булавинов Е.А.. Права сельских жителей как пациентов: медицинские потребности и социальные возмож-

- ности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2009.
6. Горбунова Л. А. Интеграция сельского здравоохранения в национальные стратегии российской медицины: Дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2009. – 170 с.
 7. Малахова И.В., Гракович А.А., Новик И.И., Куницкий Д.Ф. // Медицинские новости. – 2007. – №1. – С.32–35.
 8. Жарко В.И., Малахова И.В., Бровко И.В., Ткачева Е.И. / Проблемы управления. – 2008. – №3. – С.40–45.
 9. Жарко В.И., Цыбин А.К. Малахова И.В., Гракович А.А., Новик И.И., Куницкий Д.Ф. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2006. – №4. – С.3-6.
 10. Малахова И.В., Гракович А.А., Новик И.И., Куницкий Д.Ф., Гвоздь Н.Г., Бровко И.В. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения – 2008. – №2. – С.3-7.
 11. Малахова И.В., Новик И.И., Куницкий Д.Ф., Гракович А.А. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2009. – №2. – С.3-10.
 12. Официальный статистический сборник «Здравоохранение в Республике Беларусь» за 1986–2011 годы.
 13. Статистический сборник Национального статистического комитета Республики Беларусь «Население Республики Беларусь» за 2011 год.
 14. Официальный сайт Национального статистического комитета Республики Беларусь <http://www.belstat.gov.by>.
 15. Михалюк С.Ф. Актуальные задачи медицинского обеспечения сельского населения <http://scilance.com/library/book/24067>.
 16. Жарко В.И., Малахова И.В., Новик И.И., Сачек М.М. Здравоохранение Республики Беларусь: прошлое, настоящее, будущее. – Минск, 2012. – 320с.
 17. Оценка состояния здоровья сельского населения и проблемы оказания ему медицинской помощи // Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения. – 2010. – №10. – С.12-16.

ANALYSIS OF MEDICO-DEMOGRAPHIC INDICATORS AND ORGANIZATION OF RENDERING MEDICAL CARE TO THE POPULATION OF ELSK DISTRICT OF GOMEL REGION

N.I.Tishkova, I.N.Kolyada, I.V.Malakhova, V.V.Kulinkina

A brief analysis of the medico-demographic indicators and organization of rendering health care to the population of the Elsk District of the Gomel Region was presented for the period 1985–2011. Comparative characteristics of some medico-demographic indicators in similar districts of the Gomel Region were given.