

## НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

С.И.Антипова

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

*Рассчитана потребность в посещениях и обследовании пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, в соответствии с постановлением Минздрава Беларуси от 12.10.2007 г. №92 "Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь" в сравнении с требованиями приказа МЗ СССР от 30.05.1986 г. №770 "О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения". Подчеркнуты различия по числу позиций наблюдаемых нозологических форм заболеваний и кратности наблюдения. Установлено несоответствие между регламентированной постановлением №92 при динамическом наблюдении хронических больных потребностью в консультациях врачей и различных исследованиях и реальными возможностями здравоохранения. Большие затраты на лабораторные и инструментальные исследования диктуют необходимость пересмотра подходов к обследованию больных при динамическом диспансерном наблюдении. Рациональным может быть проведение требуемых исследований по показаниям в зависимости от течения заболевания у конкретного пациента.*

Диспансеризация – это научно обоснованная система профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, направленных на сохранение, восстановление и укрепление здоровья населения.

На постсоветском пространстве проблема диспансеризации оставалась актуальной и после распада СССР. Возобновилась система медицинских осмотров в России. Сравнивая подходы к диспансеризации в России и Беларуси, можно отметить, что сложившаяся в СССР теория и практика диспансеризации в определенной степени трансформирована применительно к новым социальным и экономическим реалиям каждой страны. В России в рамках национального проекта "Здоровье" с целью раннего выявления и профилактики заболеваний с 2006 г. проводятся дополнительная диспансеризация и углубленные медицинские осмотры всех работающих граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), всех организаций независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, при выделении дополнительного финансирования и увеличении норматива затрат на проведение дополнительной диспансеризации одного работающего гражданина с 540 руб. в 2007 г. до 1042 руб. в 2009 г. [1]. Цель осмотров – выявление заболеваний. Дальнейшее лечение и наблюдение за больными осуществляются в рамках существующей системы здравоохранения. В Беларуси вся работа по проведению осмотров возложена на отделения профилактики поликлиник, ди-

намическое наблюдение за пациентами – на участковых терапевтов, врачей общей практики (ВОП) и узких специалистов по профилю заболеваний.

Анализируя данные об организации медицинского обслуживания в некоторых странах, следует отметить, что развитой системы диспансеризации как таковой в зарубежных странах не существует. В некоторых случаях речь может идти о выявлении рака у пациентов практикующими врачами, специфической помощи хроническим больным с целью предотвращения утяжеления заболевания и больших затрат на последующее лечение или ОМС определенных категорий граждан. Во всех странах декларируются доступность и социальные гарантии получения медицинской помощи, однако в реальности в той или иной степени неравенство в данной сфере существует. В соответствии с концепцией общественного здоровья ВОЗ "Здоровье для всех в XXI веке" в основе обеспечения здоровья населения лежит межсекторальный подход, что предполагает пять направлений деятельности: разработка общественной политики укрепления здоровья, создание благоприятной окружающей среды, усиление общественной активности, развитие личных умений и знаний, переориентация служб здравоохранения [2, 3].

Диспансерное обследование и динамическое наблюдение в Беларуси проводятся в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12.10.2007 г. №92 "Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь" в редакции

постановления Минздрава от 03.02.2009 №11 (далее – постановление №92). Нами разработан алгоритм и проведен теоретический расчет потребности в посещениях и обследовании взрослых пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, в соответствии с требованиями Инструкции о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь (далее – Инструкция), утвержденной постановлением №92. Алгоритм расчета заключался в том, что фактическое число лиц, состоящих на диспансерном учете, умножалось на кратность наблюдений и обследований в соответствии с Инструкцией.

Число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, фиксировалось по каждому классу заболеваний и отдельным нозологическим формам. Кратность наблюдения устанавливалась по основным врачебным специальностям и представляла среднюю арифметическую. Следует полагать, что Инструкцией установлена кратность обследований при благоприятном течении заболевания, ибо при обострении процесса необходимые исследования проводятся по показаниям.

Рассчитаны требуемое в соответствии с постановлением №92 число посещений в год участкового терапевта, кардиолога, пульмонолога, невролога, окулиста, эндокринолога и потребность в лабораторных, функциональных, инструментальных исследованиях по профилям БОД, БСК, болезней органов пищеварения.

Полученные данные сопоставлены с аналогичными показателями, рассчитанными в соответствии с регулировавшим данную область во времена Советского Союза приказом Минздрава СССР от 30.05.1986 г. №770 "О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения" (далее – приказ №770). Следует отметить, что приказ №770 предполагал охват значительно больших контингентов пациентов. Так, диспансеризации у терапевта подлежали больные по 77 позициям нозологических форм заболеваний по МКБ-9, в то время как по постановлению №92 – лица Д (III) группы наблюдения по 18 позициям, а лица Д (II) группы наблюдения – по 14 позициям. Значительно отличаются также кратность и объем профилактических наблюдений и обследований.

Анализ требуемой медицинской помощи взрослым, подлежащим диспансерному наблюдению, проведен в целом по республике (табл. 1) с расчетом на число диспансерных больных на конец 2008 г. Данные приведены в сравнении с

аналогичными расчетами за 1991–1992 гг. на основании приказа МЗ СССР №770.

Разницу в полученных расчетных данных можно, по нашему мнению, объяснить:

значительным ростом уровня заболеваемости взрослого населения, произошедшим за период 1991–2008 гг., и ростом общих объемов обследований в 2008 г. в расчете на 1000 взрослого населения за счет увеличения количества диспансерных больных;

сокращением в постановлении №92 по сравнению с приказом №770 позиций по нозологическим формам динамического наблюдения;

ростом возможностей ЛПО в проведении требуемых инструментальных исследований.

Данные о заболеваемости взрослых Беларуси приведены в табл. 2. За исследуемый период общая заболеваемость болезнями эндокринной системы, болезнями системы кровообращения в целом возросла в 2 раза, артериальной гипертензией – в 2,5 раза, ишемической болезнью сердца – в 4 раза, цереброваскулярными болезнями – в 2,8 раза. Заболеваемость значительно возросла практически по всем классам болезней, кроме класса болезней органов пищеварения и первичной заболеваемости болезнями органов дыхания. Рост заболеваемости, естественно, обусловил рост численности больных, подлежащих динамическому диспансерному наблюдению.

По республике взрослые состоят на диспансерном учете в 32,1% всех зарегистрированных у них случаев заболеваний (в 1992 г. – в 35,2%). Из числа всех диспансерных больных (взрослых и детей 0–17 лет) взрослые больные составляют 86,2%.

Потребность в лабораторных исследованиях при профилактических осмотрах диспансерных больных отражена в табл. 3. Число исследований в соответствии с постановлением №92 по сравнению с требованиями приказа №770 уменьшилось за счет более рационального подхода к обследованиям. Тем не менее, удельный вес гормональных профилактических исследований в общем объеме исследований довольно высок.

Фактически в 2008 г. у диспансерных больных осуществлено более чем в 2 раза больше ФГДС, чем регламентировано постановлением №92, а ведь эти исследования больше необходимы при диагностических обследованиях по показаниям с целью диагностики и выявления заболеваний (болезни ЖКТ, подозрение на онкопатологию и др.) (табл. 4).

Потребность в УЗ-исследованиях резко возросла по сравнению с требованиями приказа №770, что объясняется не только ростом числа больных, которым требуется такое исследование, но и расширением возможностей ЛПО – повышением оснащенности УЗ-аппаратурой. В табл. 5 представлены данные о фактическом объеме УЗ-исследований диспансерным больным в 2008 г.

Как видно из табл. 5, из числа проведенных УЗ-исследований (для стационарных и амбулаторных больных) расчетное количество профилактических исследований для диспансерных больных составило 9%.

Большие затраты на лабораторные и инструментальные исследования диктуют необходимость пересмотра подходов к обследованию больных при динамическом диспансерном наблюдении в условиях ограниченных финансовых возможностей. Рациональным может быть проведение требуемых

исследований по показаниям в зависимости от течения заболевания у конкретного пациента.

Нами рассчитано регламентированное постановлением №92 число посещений врачей амбулаторно-поликлинических организаций различного профиля диспансерными больными Д (Ш) группы с профилактической целью. Полученные показатели соотнесены с фактическими данными (фактическое число посещений с профилактической целью) за 2008 г. (табл. 6). Посещения на дому не учитывались. Сравнения проведены с данными о посещениях врачей по статистической отчетной форме №1-организация по Беларуси в целом.

Очевидно, что имеет место несоответствие между регламентированной постановлением №92 при динамическом наблюдении хронических больных потребностью в консультациях врачей и различных исследованиях и реальными возможностями здравоохранения. Если бы диспансерные больные посещали амбулаторно-поликлини-

Таблица 1

**Расчетные объемы профилактической медицинской помощи взрослым Д (Ш) группы диспансерного наблюдения, оказываемой в амбулаторных условиях, в целом по Беларуси**

Профиль специалиста и вид диагностических исследований	По приказу МЗ СССР №770		По постановлению МЗ РБ №92	
	Число посещений диспансерными больными	Показатель на 1000 взрослых	Число посещений диспансерными больными по профилю наблюдения	Показатель на 1000 взрослых
Терапевт по профильным больным Д (Ш)	4158902	540,0	2544621	324,8
Терапевт по профильным больным Д (II)	7070133	594,7	2740543	349,8
Терапевт по профильным больным Д (II) +Д (Ш)	12019227	1146,9	5285164	674,7
Терапевт для диспансерных больных других профилей	20432686	291,3	1342250	171,3
Терапевт (диспансерные больные всех профилей)	34735565	1438,2	6627414	846,0
Пульмонолог	87844	11,4	372989	47,6
Кардиолог	834690	108,4	1171154	149,5
Ревматолог	78290	10,2	179406	22,9
Гастроэнтеролог	451051	58,6	358835	45,8
Нефролог	104778	13,6	300328	38,3
Эндокринолог	819689	106,4	1204651	153,8
Аллерголог	41239	5,4	88852	11,3
Гематолог	26260	3,4	39004	5,0
Офтальмолог	667659	86,7	910573	116,2
Отоларинголог	105792	13,7	273907	35,0
Невролог	786743	102,2	880393	112,4
Анализ крови общий	2487884	315,3	2110031	269,3
Анализ мочи общий	2397974	311,4	1771006	226,1
Биохимические анализы	1009604	131,1	1221199	155,9
ЭКГ и функциональная диагностика	1077589	139,9	2088537	266,6
УЗИ	5927	1,2	644619	82,3
Эндоскопия ФГДС	212608	27,6	246552	31,5

ческие организации с регламентированной постановлением №92 частотой, то штатную численность АПО требовалось бы многократно увеличить.

Данные диспансеризации населения могут оптимизировать расходы на здравоохранение, позволяют выделить ключевые приоритеты для вложения бюджетных средств, которыми остаются болез-

Таблица 2  
Заболееваемость взрослого населения Республики Беларусь в 2008 и 1991–1992 гг. (на 1000 населения)

Нозологические формы	2008 г. Заболееваемость на 1000				1991–1992 гг. Заболееваемость на 1000				Рост общей заболееваемости		Рост первичной заболееваемости	
	Общая М	±m	Первичная М	±m	Общая М	±m	Первичная М	±m	Рост (в процентах)	Среднегодовой темп прироста (в процентах)	Рост (в процентах)	Среднегодовой темп прироста (в процентах)
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Всего</b>	1286,0	0,22	590,9	0,23	930,0	0,09	500,3	0,25	138,3	2,4	118,1	1,1
в том числе:												
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	39,9	0,07	27,1	0,08	34,0	0,07	18,2	0,07	117,3	1,1	149,0	3,1
Новообразования	52,3	0,08	11,2	0,05	28,6	0,06	7,1	0,04	182,7	5,2	158,1	3,6
в том числе злокачественные	34,0	0,07	4,9	0,03	18,1	0,05	3,5	0,03	187,8	5,5	141,3	2,6
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3,0	0,02	0,9	0,01	1,9	0,02	0,5	0,01	159,4	3,7	178,6	4,9
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	58,8	0,09	7,7	0,04	28,3	0,06	5,4	0,04	207,6	6,7	142,0	2,6
болезни ЩЖ	26,0	0,06	2,7	0,02	11,2	0,04	2,7	0,03	232,4	8,3	98,3	-0,1
сахарный диабет	24,6	0,06	2,6	0,02	16,0	0,05	1,5	0,02	154,0	3,4	173,9	4,6
Психические расстройства и расстройства поведения	69,9	0,09	15,7	0,06	54,2	0,08	7,9	0,04	129,0	1,8	198,8	6,2
Болезни нервной системы и органов чувств	114,0	0,12	46,9	0,10	71,5	0,09	30,0	0,08	159,5	3,7	156,2	3,5
Болезни системы кровообращения	277,6	0,16	35,6	0,09	127,3	0,12	14,9	0,06	218,0	7,4	239,0	8,7
из них: АГ	86,1	0,10	9,7	0,05	33,8	0,07	2,6	0,03	254,8	9,7	374,1	17,1
ИБС	112,9	0,12	10,5	0,05	28,2	0,06	3,5	0,03	400,4	18,8	300,8	12,6
в том числе на фоне АГ	80,4	0,10	6,5	0,04	13,8	0,04	2,3	0,02	582,6	30,2	284,0	11,5
ОИМ	1,9	0,02	1,7	0,02	10,9	0,04	0,9	0,02	17,3	-5,2	176,6	4,8
ЦВБ	53,5	0,08	7,9	0,04	19,0	0,05	2,6	0,03	281,7	11,4	303,5	12,7
в том числе на фоне АГ	32,8	0,07	4,7	0,03	7,2	0,03	1,6	0,02	455,4	22,2	294,1	12,1
Болезни органов дыхания	252,2	0,16	216,0	0,19	285,1	0,16	240,0	0,21	88,5	-0,7	90,0	-0,6
хронический ринит, назофарингит, фарингит	7,0	0,03	1,4	0,02	4,2	0,02	0,9	0,01	165,9	4,1	159,0	3,7
хронические болезни миндалин	4,3	0,02	1,0	0,01	4,9	0,03	1,1	0,02	87,7	-0,8	93,8	-0,4

продолжение табл. 2

А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
бронхит хронический, неуточненный, эмфизема легких	10,2	0,04	0,9	0,01	18,9	0,05	1,7	0,02	53,7	-2,9	54,7	-2,8
астма	6,3	0,03	0,4	0,01	3,2	0,02	0,3	0,01	196,1	6,0	121,6	1,4
Болезни органов пищеварения	87,3	0,10	18,1	0,06	82,9	0,10	21,7	0,07	105,3	0,3	83,3	-1,0
из них:												
язва желудка и 12-перстной кишки	21,4	0,05	1,7	0,02	17,9	0,05	15,8	0,06	119,8	1,2	10,5	-5,6
гастрит и дуоденит	24,6	0,06	3,0	0,03	22,0	0,05	31,4	0,09	111,8	0,7	9,7	-5,6
болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей	12,1	0,04	1,9	0,02	10,4	0,04	1,1	0,02	116,1	1,0	172,8	4,6
болезни поджелудочной железы	4,5	0,02	0,8	0,01	0,9	0,01	0,2	0,01	496,8	24,8	393,7	18,4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	45,0	0,08	35,8	0,09	34,7	0,07	26,9	0,08	129,6	1,9	133,2	2,1
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	104,2	0,11	48,2	0,10	62,1	0,09	26,3	0,08	167,7	4,2	183,4	5,2
Болезни мочеполовой системы	78,1	0,10	33,4	0,08	44,1	0,07	20,9	0,07	177,2	4,8	159,9	3,7
ВПП	1,6	0,01	0,2	0,01	0,8	0,01	0,9	0,01	198,0	6,1	17,8	-5,1
Внешние воздействия	76,6	0,10	75,4	0,12	72,3	0,09	71,2	0,13	106,0	0,4	105,8	0,4

Таблица 3

**Фактический объем лабораторных исследований у диспансерных больных в 2008 г. и потребность в них в соответствии с постановлением №92**

Наименование показателей	Всего	В том числе			
		гематологических	анализов мочи общих	биохимических	в том числе гормональных
Проведено анализов: всего (тыс.)	280824	91329,7		63360,6	1381,5
больным АПО (тыс.)	150818,8	54890,3		23832,6	
Требуется исследований в АПО согласно постановлению №92 (тыс.)		2110,0	1771,0	1222,0	274,8
Соотношение количества требуемых и фактически осуществленных исследований (в процентах)		3,8		5,1	19,9

Таблица 4

**Фактический объем профилактических эндоскопических исследований у диспансерных больных в 2008 г. и потребность в них в соответствии с постановлением №92**

Наименование исследований	Всего	В том числе ФГДС
Проведено диагностических эндоскопических исследований в 2008 г. (тыс.)	773,9	580,9
Требуется по постановлению №92 (тыс.)	246,6	246,6
Соотношение количества требуемых и фактически осуществленных исследований (в процентах)	31,9	42,5

ни системы кровообращения и онкологические заболевания. В характере проблем здоровья происходят изменения, которые можно было лишь отчасти предвидеть и темпы которых оказались совершенно неожиданными. Старение населения и последствия плохо управляемой урбанизации и глобализации способствуют ускорению темпов распространения

инфекционных болезней во всем мире и увеличивают бремя хронических неинфекционных заболеваний. У многих людей наблюдаются комплекс симптомов и множество болезней, что требует от системы здравоохранения разработки и реализации методов интегрированного комплексного ведения пациентов и вторичной и третичной профилактики.

Таблица 5

**Фактический объем ультразвуковых исследований у диспансерных больных в 2008 г. и потребность в них в соответствии с постановлением №92**

Наименование исследований	Всего (тыс.)	Требуется по постановлению №92	Соотношение количества требуемых и фактически осуществленных исследований (в процентах)
Всего проведено ультразвуковых исследований:	7198,2	644,6	9,0
из них:			
сердечно-сосудистой системы	511,5	14,1	2,8
органов брюшной полости	2190,2	261,6	11,9
органов мочеполовой системы	2877,0	137,6	4,8
щитовидной железы	709,7	289,1	40,7
костно-суставной системы	29,0	4,9	16,8

Таблица 6

**Фактическое число посещений врачей амбулаторно-поликлинических организаций различного профиля, в том числе с профилактической целью, и соотношение последних с регламентированным постановлением №92 расчетным числом посещений врачей с профилактической целью (данные за 2008 г.)**

Наименование специальности врача	Фактическое число посещений АПО (тыс.)	Из них профилактических (тыс.)	Удельный вес посещений врачей с профилактической целью (в процентах)	Соотношение регламентированного постановлением №92 и фактического числа посещений врачей АПО с профилактической целью (в процентах)
1	2	3	4	5
Врачи всего:	96230,7	30043,4	31,2	
в том числе:				
терапевты	22350,3	4840,2	21,7	112,6
из них участковые:	15755,2	2899,4	18,4	
терапевты участков:				
городских	14500,5	2536,8	17,5	
приписных	1254,7	362,6	28,9	
пульмонологи	129,3	0,8	0,6	46623,6
ревматологи	302,9	11,1	3,7	1616,3
кардиологи	1136,4	81,8	7,2	1431,7
гастроэнтерологи	161,7	3,1	1,9	11575,3
гериатры	233,7	5,2	2,2	
нефрологи	101,5	3,1	3,1	9688,0
эндокринологи	2467,2	543,2	22,0	221,8
аллергологи	217,7	1,8	0,8	4936,2
гематологи	146,6	1,2	0,8	3250,3
офтальмологи	5683,7	2100,4	37,0	43,4
отоларингологи	5147,4	2060	40,0	13,3
неврологи	4896,4	2085,3	42,6	42,2
общей практики	3253,1	1039,9	32,0	
терапевты + ВОП + гериатры	25837,1	5885,3	22,8	112,6

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Сайт "Новости медицины" <http://www.medinfo.ru/mednews/12191.html>
2. Салтман, Р.Б. Реформы системы здравоохранения в Европе: Анализ современных стратегий / Р.Б.Салтман, Дж.Фигейрас. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 432 с.
3. Бойко, Ю.П. Концептуальные подходы к реформированию систем охраны здоровья в мире / Ю.П.Бойко, Г.А.Комаров, Л.А.Меламед // Проблемы управления здравоохранением. – 2002. – №3. – С.5-14.

## SOME PROBLEMS IN ORGANIZATION OF DISPENSARY CASE FOLLOW-UP

S.I. Antipova

The need for visits to doctors and examinations of the followed-up patients according to Regulation No.92 of 12.10.2007 of the Ministry of Health "On Organization of Dispensary Follow-Up of the Adult Population" edited by the Ministry of Health as No.11 of 03.02.2009 was calculated as compared with the need of Order No.770 of 30.05.1986 of the Ministry of Health of the USSR "On Procedure of General Dispensarization of the Population". It was emphasized that there were some differences in the

number of the followed-up nosological forms and the frequency of follow-up. A gap between the need for doctor's consultations and various examinations regulated by Regulation No.92 during the case follow-up of the chronic patients and real potentialities of public health was established. Great expenses for laboratory and instrumental examinations led to a necessity in review of approaches to the followed-up patients' examination under conditions of the limited financial resources. It would be advisable to carry out necessary examinations depending on the course of the disease.

Поступила 16.11.2010 г.

## ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПОМОЩНИКА ВРАЧА В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПРИМЕРЕ УЗ "34-я ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА СОВЕТСКОГО РАЙОНА г. МИНСКА"

Д.Е.Шевцов

34-я центральная районная клиническая поликлиника Советского района, г. Минск

*Оценен опыт работы помощника врача в учреждении здравоохранения "34-я центральная районная клиническая поликлиника Советского района г. Минска" в течение 2010 г. Сделан вывод о том, что введение должности помощника врача является своевременным, актуальным и позволяет упорядочить работу терапевтического участка в целом и четко разграничить функции между врачом, помощником врача и участковой медицинской сестрой. Для работы помощников врача с максимальной отдачей необходимо повысить их статус, разрешив подтверждение выписки рецептов льготной категории граждан личной печатью помощника врача и выдачу ими листков нетрудоспособности сроком до 3 дней с последующим осмотром и закрытием (либо продлением) врачом-терапевтом участковым.*

Средний медицинский персонал – важное звено здравоохранения. В связи с происходящими в стране процессами реструктуризации и реформирования здравоохранения роль и значение специалистов среднего звена и их ответственность за результаты своего труда существенно возрастают.

Реформирование здравоохранения, характеризующееся расширением самостоятельности организаций здравоохранения, нестабильной демографической ситуацией, изменениями социально-экономических условий, усиливает спрос на высококвалифицированные сестринские кадры. Сегодня одним из ведущих ориентиров кадровой политики системы здравоохранения является эволюция сестринской профессии с расширением профессиональных функций, эффективным исполь-

зованием потенциальных возможностей медицинских сестер.

Создание эффективной системы управления деятельностью сестринских служб, способной формировать в практическом здравоохранении среду для использования медсестер современного уровня, становится важнейшей составляющей системы управления качеством в здравоохранении.

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.06.2009 г. №61 "Об утверждении номенклатуры должностей служащих с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием" введена должность помощника врача по амбулаторно-поликлинической практике. Введение данной должности на-