

---

---

# Научные исследования

---

---

## АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В БАЗОВЫХ РАЙОНАХ

А.А.Гракович, С.И.Антипова, И.Н.Починчик, А.Ф.Примаков, Е.Н.Топчий,  
Г.С.Будревич, П.Ф.Талайко, А.Г.Дубовик

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,  
информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск  
Пружанская ЦРБ, Брестская область  
Верхнедвинская ЦРБ, Витебская область  
Клецкая ЦРБ, Минская область  
Кореличская ЦРБ, Гродненская область  
Наровлянская ЦРБ, Гомельская область  
Осиповичская ЦРБ, Могилевская область

*Обобщены результаты исследований, проведенных в базовых районах в 2006-2007 гг., которые позволили оценить итоги работы организаций здравоохранения в новых условиях хозяйствования в сопоставлении с таковыми в Беларуси в целом. В базовых районах, как и в целом по Беларуси, на фоне роста заболеваемости отмечается рост числа обращений за амбулаторно-поликлинической помощью, что логично при сокращении коечного фонда и снижении уровня госпитализации. В расчете на 1000 жителей за четыре года число обращений к врачам (кроме стоматологов и СМП) возросло от 68,9% в Пружанском районе до 10,8% в Наровлянском. В ЛПО, расположенных в сельской местности (ВА, УБ, АВОП), выполняется 41,1–57,8% обращений населения за врачебной амбулаторно-поликлинической помощью. Высока роль ФАПов в оказании медицинской помощи сельскому населению. Если в обращаемости населения за амбулаторной медицинской помощью учесть и обращения в ФАП, то среднее число обращений за АПП в расчете на одного жителя возрастет на 23,6–38,2%, и потребность жителей сельских районов в АПП составит не менее 14000 на 1000 населения.*

При сохранении принципа бюджетного финансирования и государственных гарантий оказания медицинской помощи за счет средств бюджета, с 2003 г. в здравоохранении Республики Беларусь осуществлен переход на новую модель хозяйствования.

Во исполнение Закона Республики Беларусь от 11.11.1999 г. "О государственных минимальных социальных стандартах" Советом Министров Республики Беларусь постановлением от 18.07.2002 г. №963 "О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения" и постановлением от 30.05.2003 г. №724 "О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики" введены система мини-

мальных социальных стандартов в области здравоохранения и (на их основе) разработка и выполнение территориальных программ государственных гарантий по обеспечению медицинским обслуживанием граждан республики.

Итоги работы организаций здравоохранения в условиях внедрения новых методов хозяйствования за период 2003–2006 гг. проанализированы по материалам Пружанского, Верхнедвинского, Клецкого, Кореличского, Наровлянского и Осиповичского районов.

Использованы следующие источники информации: статистические отчетные формы лечебно-профилактических организаций (ЛПО) районов, ответы из ЦРБ районов на запросы по отдельным вопросам, официальные статистические издания

[1–4], первичные статистические материалы Минстата Беларуси.

Базовые районы расположены в каждой области и отличаются по численности населения – от 12,8 тыс. в Наровлянском до 58,8 тыс. в Пружанском районе при тенденции к уменьшению численности. Сравнивая 2006 и 2002 год, следует констатировать, что численность населения в целом по районам уменьшилась к 2006 г. на 7,3%, в том числе детей 0–14 лет – на 1,2%, 15–17 лет – на 4,7%. Удельный вес лиц пенсионного возраста возрос к 2006 г. и составил от 22,8% в Осиповичском районе до 34,5% в Кореличском. Лиц старше 85 лет от 0,8% в Осиповичском районе до 1,6% в Кореличском.

Анализируя деятельность организаций здравоохранения базовых районов за 2002–2006 гг., можно отметить реструктуризацию медицинской помощи: сокращение коечного фонда районов – от 47,3% в Верхнедвинском районе до 10,0% в Наровлянском и 12,2% в Осиповичском, рост числа коек в дневных стационарах при амбулаторно–поликлинических организациях (АПО) (кроме Пружанского района); использование стационаров на дому (кроме Осиповичского района). Некоторые трудности в предоставлении амбулаторной помощи сельскому населению ежегодно имеют место из–за нехватки кадров. Уменьшение числа ФАПов отмечено в двух районах.

Регистрируется рост числа обращений за амбулаторно–поликлинической помощью: в расчете на 1000 жителей за четыре года число обращений к врачам (кроме стоматологов) возросло от 10,8% в Наровлянском районе до 68,9% в Пружанском районе. Такая ситуация, когда происходит рост числа обращений в АПО на фоне сокращения коечного фонда, вполне логична. Рост амбулаторно–поликлинического приема превышал планы территориальных программ на 2–6%.

Накопленный практический и научный опыт позволяет отметить, что, учитывая политико–экономическую обусловленность как общественного здоровья, так и индивидуального, зарегистрированные уровни заболеваемости и потребления медицинских услуг зависят от: а) факторов пациента (вредные привычки, характер питания, своевременное обращение за медицинской помощью, медицинская активность пациента, отношение к собственному здоровью, уровень гигиенической и общей культуры и др.), б) факторов системы здравоохранения (доступность, качество, своевременность диагностики и лечения, уровень диагностических и лечебных возможностей, взаимоотношение врач–пациент, укомплектованность

кадрами и квалификация медперсонала и др.), в) немедицинских факторов (низкий экономический статус пациента, отдаленность ЛПО и транспортные проблемы и др.).

Потребность в медицинской помощи (а значит, и обращаемость в ЛПО), в основном, саморегулирующийся процесс, зависящий как от состояния здоровья и самочувствия пациента, так и состояния системы здравоохранения и немедицинских факторов. Следует различать потребность в медицинской помощи и потребление медицинской помощи.

Несмотря на ограниченные финансовые возможности на современном этапе потребности здравоохранения возрастают из–за старения населения и роста числа дорогостоящих современных медицинских технологий. Совершенствование организации медицинской помощи и рациональное использование ресурсов на основе государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения – основное направление деятельности системы здравоохранения.

В ходе настоящего исследования установлено, что среднереспубликанский показатель потребности в амбулаторно–поликлинической помощи (АПП), определяемый ежегодно Минздравом числом посещений на 1000 населения, фактически не соответствовал потребности – посещений в республике выполнялось больше.

С учетом постепенно проводимой реструктуризации здравоохранения и акцента в последние годы на АПП в регионах республики отмечается ежегодный рост числа обращений в амбулаторно–поликлинические организации. Так, за период 2003–2006 гг. среднегодовой темп прироста числа обращений за АПП в расчете на 1000 жителей в среднем по Беларуси составил 3,57% (зарегистрирован рост с 10367 до 11511 обращений). Рост числа обращений отмечался не только у терапевтов и педиатров, но и врачей–специалистов (кардиологов, аллергологов, гериатров, онкологов, психиатров, наркологов, реабилитологов и др.), по многим специальностям более выраженный, чем у участковых врачей. Такая ситуация зависит не только от уровня заболеваемости населения, но и от наличия врачей–специалистов в ЛПО.

Устойчивая тенденция в сторону увеличения показателей обращаемости к врачам амбулаторного звена позволяет определить перспективный уровень потребности в медицинской помощи, оказываемой в различных условиях, на основании традиционного способа расчета с использованием коэффициента среднего прироста за последние годы (минимум – за 3–5 лет).

Ежегодный рост числа обращений населения за медицинской помощью на фоне обеспеченности медицинскими кадрами ЛПО в соответствии с нормативными правовыми актами Минздрава создает ситуацию неудовлетворенности – наблюдается несоответствие кадрового обеспечения потребностям населения в той или иной специализированной помощи. В силу этого, считается целесообразным проводить пересмотр штатных нормативов по тем или иным видам и профилям медицинской помощи не реже одного раза в 5 лет.

Показатели амбулаторно–поликлинической помощи в базовых районах за 2002–2006 гг. сравнивали по статистической отчетной форме 30. Учитывая некоторые особенности районов, с целью получения усредненных данных и нивелирования влияния случайных отклонений в каком–то регионе, проведено суммирование показателей всех районов за каждый год.

Представленные аналитические таблицы отражают средние показатели, которые правомерно сравнивать в динамике. С целью более рационального подхода к анализу данных за 2003–2006 гг. и сравнения с 2002 г. рассчитывался средний показатель за 2003–2006 гг., который сравнивался с таковым за 2002 г. Данные за 2002 г. практически мало отличались от предыдущих лет, что дает право на сравнение только с 2002 г. Увеличение или снижение показателей указывалось только при статистической достоверности различий.

Как видно из табл. 1, количество посещений врачей АПО районов на 1000 жителей в целом по всем специальностям за 2002–2006 гг. практически не изменилось. Ежегодно 4,6–6,0% посещений обслуживались на платной основе, 46,6–59,0% приема врачей в поликлинике отнесены в ф.30 к профилактическим. Визиты врачей на дом составляли ежегодно 5,4–6,0% всех посещений: в основном, это визиты терапевтов и педиатров (13,6 и 16,1% соответственно).

В структуре обращаемости несколько уменьшились обращения к терапевтам, фтизиатрам, акушерам–гинекологам, психотерапевтам, возросла обращаемость к кардиологам (в 1,4 раза), инфекционистам (в 1,4 раза), профпатологам (в 1,45 раза), травматологам (в 1,3 раза), урологам (на 12%), онкологам (в 1,45 раза), дерматовенерологам (в 1,2 раза), реабилитологам (в 1,4 раза) и, в связи с этим, к врачам по лечебной физкультуре (в 2,5 раза) и физиотерапевтам (в 5,7 раз).

У врачей амбулаторий, работающих по принципу врача общей практики (АВОП), в структуре приема основным является прием терапевтического профиля. Терапевтический прием в АВОП Пру-

жанского района составил от 47,2% в 2002 г. до 59,1% в 2005–2006 гг., в Верхнедвинском районе – от 68,9% в 2002 г. до 71,5% в 2005 г., в Клецком районе – от 59,4% в 2002 г. до 55,7% в 2005г., в Кореличском районе – от 42,3% в 2002 г. до 32,4% в 2005 г., в Осиповичском районе – от 88,9% в 2002г. до 76,0% в 2005 г. Педиатрический профиль обращений к ВОП колебался в исследуемый период от 17,5% до 2,7%. Процент обращений к врачу общей практики больных, страдающих заболеваниями ЛОР–органов, болезнями глаз, болезнями акушерско–гинекологического, неврологического, хирургического профилей, был небольшим и незначительно изменялся из года в год.

Число обращений за медицинской помощью в АПО всех уровней в расчете на 1000 жителей в 2002–2005 гг. в базовых районах было ниже среднего по республике (табл. 1), хотя и имелась тенденция к ежегодному росту обращаемости. В 2006 г. обращаемость несколько превысила среднереспубликанскую в Пружанском и Осиповичском районах. По областям число обращений в расчете на 1000 жителей было выше, чем в базовом районе соответствующего региона: Брестская область – 11821, Витебская – 11187, Гомельская – 11690, Гродненская – 12258, Минская – 10766, Могилевская – 11561 [1].

В связи с ростом обращаемости населения за медицинской помощью в республике за период 2003–2006 гг. отмечался ежегодный рост функции врачебной должности по врачам всех специальностей в целом (в среднем +3,0% в год).

Рост обращаемости за АПП наблюдается на фоне роста заболеваемости (табл. 2). Статистически эта зависимость подтверждена рассчитанным парным коэффициентом прямолинейной корреляции заболеваемости и обращаемости для негруппированных данных.

Коэффициент корреляции обращаемости и первичной заболеваемости статистически достоверен и по уровню  $0,80 \pm 0,27$  соответствует характеру сильной прямой связи; коэффициент корреляции обращаемости и общей заболеваемости статистически не достоверен, хотя по уровню  $0,62 \pm 0,35$  соответствует характеру средней прямой связи [5].

Колебания коэффициента корреляции обращаемости и первичной заболеваемости от 1,07 до 0,53 говорят о прямой возможной с высокой вероятностью и возможной зависимости обращаемости от первичной заболеваемости; коэффициент корреляции обращаемости и общей заболеваемости от 0,97 до 0,27 (с учетом степени достоверности) говорит все же о прямой возможной зависимости обращаемости от общей заболеваемости. Но

Работа врачей амбулаторного приема базовых районов

Наименование специальностей	Посещений АПО районов на 1000 населения				
	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Врачи – всего	6412,81	7177,85	6435,73	6320,0	6771,10
в том числе: терапевты	1684,75	1826,37	1431,95	1239,2	1290,39
из них участковые терапевты участков городских	984,13	1076,03	987,32	920,5	954,05
– приписных	276,49	267,63	269,83	260,7	180,43
Терапевты подростковые	125,43	142,82	133,58	149,5	57,82
Кардиологи	46,89	65,70	48,08	65,8	81,69
Эндокринологи	219,00	252,40	229,06	205,6	227,22
Инфекционисты	56,59	81,37	79,38	88,3	80,73
Физиотерапевты	3,54	4,87	13,15	15,5	47,04
Врачи по леч. физкультуре	2,67	4,36	4,14	5,0	12,92
Реабилитологи		79,44	57,83	74,60	120,29
Профпатологи		52,99	56,60	51,13	70,55
Хирурги	450,45	469,73	449,91	441,47	528,17
Травматологи-ортопеды	102,57	109,39	129,05	132,02	161,66
Урологи	40,14	40,79	41,93	42,82	54,11
Онкологи	68,69	84,15	85,96	114,47	112,91
Акушеры-гинекологи	428,13	414,42	444,25	418,56	411,49
Педиатры– всего	954,49	1037,41	918,57	939,31	1090,80
из них участковые педиатры участков: городских	786,32	848,81	687,27	227,03	1000,65
приписных	72,53	91,08	80,14	69,94	87,10
Офтальмологи	417,94	500,17	473,63	404,19	405,35
Оториноларингологи	399,93	451,96	477,28	434,99	479,02
Фтизиатры	143,45	159,36	113,54	103,99	125,00
Неврологи	373,40	415,11	425,14	385,18	385,01
Психиатры	165,90	201,30	241,33	243,67	254,84
Психиатры-наркологи	140,84	189,19	193,85	220,00	227,88
Психотерапевты	17,36	13,44	16,97	15,27	9,38
Дерматовенерологи	353,06	379,76	431,80	360,53	514,81
Общей практики	109,46	164,84	48,37		
Прочие	108,12	36,51	18,34	19,20	18,96
Процент посещений на дому	5,4	6,0	5,8	5,7	5,5
<b>Число обращений к врачам АПО всех уровней на 1000 жителей</b>					
Пружанский район	6619,6	7221,3	7321,6	7810,0	11177,2
Верхнедвинский район	6941,9	7238,1	8145,0	8396,2	10266,9
Наровлянский район	8701,7	10283	8707,9	8163,8	9384,6
Кореличский район	7881,6	9734,4	9560,9	10771,1	10522,8
Клецкий район	4819,8	5414,9	6690,0	6664,2	7370,0
Осиповичский район	8325,6	8956,3	9898,5	10480,3	11485,0
<b>Республика Беларусь</b>	<b>10100</b>	<b>10300</b>	<b>10900</b>	<b>11000</b>	<b>11100</b>

вряд ли можно однозначно сказать, что первично – заболеваемость или обращаемость.

Амбулаторно–поликлиническая помощь в сельских ЛПО районов оказывается во врачебных амбулаториях (ВА), амбулаториях врача общей практики, участковых больницах (УБ), больницах сестринского ухода (БСУ) – перепрофилированных УБ, где сохранялась амбулаторная помощь. Обобщен-

ные данные по базовым районам за 2006 г. представлены в табл. 3. Аналогичные данные по годам за исследуемый период различаются незначительно (за исключением БСУ, число которых увеличивается).

Укомплектованность сельских ЛПО физическими лицами составляет 75,9–79,2%, занятость должностей – 95,0–98,0%, число обращений на од-

Таблица 2

**Темпы прироста обращаемости и заболеваемости в базовых районах (2002–2006 гг.)**

Районы	Тпр обращаемости (в процентах) на 1000 населения	Интегрированный показатель (на все население)	
		Тпр первичной заболеваемости (в процентах)	Тпр общей заболеваемости (в процентах)
Пружанский	15,1	12,2	10,3
Верхнедвинский	10,5	0,4	0,1
Наровлянский	2,9	-3,3	0,9
Кореличский	8,0	3,4	3,1
Клецкий	11,5	10,0	8,0
Осиповичский	8,4	4,8	6,2
Республика Беларусь	2,4	2,0	4,1

Коэффициент корреляции при первичной заболеваемости $r = 0,80 \pm 0,27$ $t = 2,98$	Коэффициент корреляции при общей заболеваемости $r = 0,62 \pm 0,35$ $t = 1,75$
--	--

Таблица 3

**Амбулаторно-поликлиническая помощь в сельских ЛПО базовых районов (2006 г.)**

Показатели	ВА	АВОП	СУБ	БСУ
1	2	3	4	5
Число ЛПО	11	14	11	6
Укомплектованность врачскими кадрами (физическими лицами), %	75,9	77,1	79,2	77,8
Всего посещений врачей на одного обслуживаемого жителя	4,6	4,8	5,9	4,9
Из числа посещений врачей:				
посещений по поводу заболеваний, %	74,2	59,3	71,4	55,2
посещений терапевта, %	84,1	24,1	70,5	69,1
Посещений терапевта на дому, %	15,7	23,9	14,0	21,4
Из числа посещений врачей:				
посещений педиатра, %	17,5	7,5	21,8	30,9
Из числа всех посещений педиатра:				
посещений на дому, %	9,7	24,8	10,9	22,8
Из числа посещений врачей:				
посещений ВОП, %		65,2		
Из числа всех посещений ВОП:				
посещений на дому, %		21,2		
Среднее число посещений за год на один ФАП	3490,2	3002,1	3314,6	3853,2
Среднее число посещений ФАП на одного жителя		2,1		4,2
Число коек дневного стационара	34	69	63	
Средняя занятость койки ДС, дней	182,2	197,2	349,0	
Средняя длительность лечения в ДС, дней	7,3	6,0	8,4	
Оборот койки ДС	34,0	42,7	41,7	
Число ЛПО, практикующих стационар на дому	1	13	8	
Средняя длительность лечения в стационаре на дому, дней	8,7	7,0	7,9	

ного обслуживаемого жителя – от 4,6 до 5,9 в год. В большинстве случаев осуществлялся терапевтический прием, в том числе визиты на дом в 14,0–23,9%, основной прием – по поводу заболеваний,

педиатрический прием – 7,5–30,9%, визиты на дом в 9,7–24,8% случаев.

Практически все сельские ЛПО практикуют дневные стационары (ДС), кроме БСУ, некоторые

ЛПО – стационар на дому. Средняя длительность лечения в ДС 6,0–8,4 дней, в стационаре на дому 7,0–8,7 дней. Самая низкая занятость койки в ДС во врачебных амбулаториях, оптимальная – в участковых больницах.

Фельдшерско–акушерские пункты (ФАП), включенные в состав сельских ЛПО, несут значительную нагрузку по доврачебному приему пациентов. Отмечается рост числа обращений в ФАПы в расчете на одного жителя (кроме Кореличского и Осиповичского районов). Следует отметить, что в базовых районах (как и в целом по республике) уменьшается численность обслуживаемого одним ФАПом населения, что в определенной степени обуславливается малонаселенностью деревень и их территориальной отдаленностью.

Среднее число обращений в ФАП на одного обслуживаемого жителя за последние четыре года (табл. 4) возросло во всех районах, кроме Осиповичского, где отмечено снижение на 23,3% (по

сравнению с 2002 г.); в Кореличском районе после повышения обращаемости в 2004 и 2005 гг. к 2006 г. показатель снизился. Наиболее значительно выросло число обращений в ФАПы в Верхнедвинском (почти в два раза) и Наровлянском районах (в 2,3 раза), в других районах – от 23,5 до 32,1%. Среднее число обращений в ФАП в расчете на одного обслуживаемого жителя в 2006 г. составило от 4,9 до 10,9, что доказывает, что ФАПы все еще играют важную роль в медицинском обслуживании сельского населения.

Самая низкая средняя численность населения, приходящегося на один ФАП, отмечена в Наровлянском районе – 259 человек, что можно объяснить расположением района в постчернобыльской зоне, где снизилась численность сельских населенных пунктов и численность населения в них. Наибольшая средняя численность населения, обслуживаемого одним ФАПом – в Клецком районе (693 человека). Выше среднереспубликанской

Таблица 4

**Характеристика работы ФАПов базовых районов**

Район	Показатель	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Пружанский	Число ФАПов	36	36	34	34	33
	Средняя численность населения, обслуживаемого одним ФАПом	660	664	650	635	600
	Среднегодовое число обращений в ФАП на одного жителя	5,1	6	6,7	6,3	7,9
Верхнедвинский	Число ФАПов	18	18	18	18	18
	Средняя численность населения, обслуживаемого одним ФАПом	486	480	459	454	448
	Среднегодовое число обращений в ФАП на одного жителя	4,1	4,4	5,2	8,1	8,25
Наровлянский	Число ФАПов	12	12	12	12	12
	Средняя численность населения, обслуживаемого одним ФАПом	246	233	229	220	259
	Среднегодовое число обращений в ФАП на одного жителя	4,5	5,8	6,7	7,4	10,9
Клецкий	Число ФАПов	19	19	19	19	19
	Средняя численность населения, обслуживаемого одним ФАПом	794	776	745	722	693
	Среднегодовое число обращений в ФАП на одного жителя	3,8	4,0	5,1	5,0	4,9
Кореличский	Число ФАПов	21	21	21	21	21
	Средняя численность населения, обслуживаемого одним ФАПом	563	539	519	505	490
	Среднегодовое число обращений в ФАП на одного жителя	5,3	5,0	8,1	7,0	5,2
Осиповичский	Число ФАПов	15	13	13	13	13
	Средняя численность населения, обслуживаемого одним ФАПом	314	356	361	327	681
	Среднегодовое число обращений в ФАП на одного жителя	7,4	6,5	6,7	6,1	6,3
РБ	Средняя численность населения, обслуживаемого одним ФАПом	578	577	570	570	552
	Среднегодовое число обращений в ФАП на одного жителя	6,2	6,6	6,8	7	7,3

численность населения, обслуживаемого одним ФАПом, наблюдается в Пружанском, Клецком и Осиповичском районах.

По данным анкетирования сельских жителей (2005 г.) выявлено, что обращаемость за медицинской помощью в ФАПы, ВА и УБ зависит от отдаленности места жительства: из общего числа обращений в эти ЛПО 72,2–89,9% – это обращения в случае, если ЛПО расположены не далее 4 км от места жительства. Также от отдаленности ЛПО от места жительства зависит и частота обращений за медицинской помощью. В то же время, частота обращений в ЦРБ практически мало зависела от отдаленности места жительства пациентов, а коррелировала со степенью выраженности заболевания и необходимостью обращения за обследованием и лечением в ЦРБ, где имелись более широкие возможности получения специализированной помощи.

Число вызовов бригад скорой медицинской помощи (СМП), включенное в отчет о выполнении социальных стандартов и территориальных программ объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета, за пять лет (2002–2006 гг.) возросло в Пружанском районе, практически не изменилось в Клецком и Верхнедвинском районах, значительно снизилось в Наровлянском, Кореличском и Осиповичском районах (табл. 5).

Число выездов СМП (в сравнении двух крайних лет периода наблюдения – 2002 и 2006 гг.) к городскому и сельскому населению несколько возросло по Пружанскому району (+7,9%), значительно снизилось по Наровлянскому (в 2,4 раза; необходимо отметить, что показатель 2002 г. был очень высоким), Осиповичскому (–65,6%), Кореличскому районам (–51,5%); некоторое снижение отмечено по Верхнедвинскому и Клецкому районам. Число выездов к сельскому населению возросло в Пружанском (+26,1%), Кореличском (+16,5%), Клецком (+5,3%) районах, значительно снизилось в Наровлянском и Осиповичском

районах.

Число вызовов бригады СМП на 1000 городских жителей во всех районах превышает число вызовов на 1000 сельских жителей (от 2,2 раз в Наровлянском районе до 1,3 раза в Клецком районе). Следовательно, имеет место тенденция, аналогичная таковой в республике в целом, когда городские жители пользуются службой СМП в 1,3 раза чаще сельских. В базовых районах в 2006 г. зафиксирован следующий диапазон числа вызовов СМП – от 240 на 1000 населения в Пружанском до 294 в Наровлянском районе (по Беларуси – 293,7). В среднем по районам количество вызовов СМП в 2006 г. по сравнению с 2002 г. снизилось.

Таким образом, в базовых районах, как и в целом по Беларуси, на фоне роста заболеваемости отмечается рост числа обращений за амбулаторно–поликлинической помощью, что логично при сокращении коечного фонда и снижении уровня госпитализации. В расчете на 1000 жителей за четыре года число обращений к врачам (кроме стоматологов и СМП) возросло от 68,9% в Пружанском районе до 10,8% в Наровлянском районе. В ЛПО, расположенных в сельской местности (ВА, УБ, АВОП), выполняется 41,1–57,8% обращений населения за врачебной амбулаторно–поликлинической помощью (4,6–5,9 обращений на одного жителя из всех выполненных в 2006 г. обращений на одного жителя (7,3–11,5)). Высокая роль ФАПов в оказании медицинской помощи сельскому населению. Если в обращаемости населения за амбулаторной медицинской помощью учесть и обращения в ФАП, то среднее число обращений за АПП в расчете на одного жителя возрастет на 23,6–38,2%. То есть, потребность жителей сельских районов в АПП составит не менее 14000 на 1000 населения.

В России объем амбулаторно–поликлинической помощи возрос с 8900 посещений на 1000 населения в 2005 г. до 9800 в 2006 г.; на перспективу планируется ежегодный рост [6].

В Западной Европе до настоящего времени остается высокой доля одиночных практик ВОП

Таблица 5

**Число выездов бригад скорой медицинской помощи (на 1000 населения)**

Район	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Пружанский	222,2	224,9	255,0	244,0	239,8
Верхнедвинский	287,4	278,7	301,2	279,0	274,0
Наровлянский	708,2	450,0	267,8	283,0	294,0
Кореличский	374,0	267,2	221,3	225,0	246,9
Клецкий	296,2	276,5	309,8	284,0	281,3
Осиповичский	463,8	431,0	295,2	280,0	280,0

(в Нидерландах – 54%, в Великобритании – 30%), которые в основном функционируют в сельской местности с относительно низкой плотностью населения. В Великобритании ВОП посещает пациентов на дому менее интенсивно, чем в России, – в 15–20% случаев (визиты к пожилым и лицам, которые не могут прийти на прием), а в России – в 30–40%, причем существенная часть посещений не является обоснованной. Более того, прием ВОП в Великобритании и Нидерландах занимает в среднем до 8 мин.; обстоятельная беседа с пациентом, углубленные диагностические исследования, развернутые записи в амбулаторной карте не осуществляются [7].

Рост потребности в медицинской помощи обуславливает перемены, происходящие в организации медико-санитарной помощи, ставит проблемы и перед средним медицинским персоналом, связанные с изменением их роли в реализации потребностей здравоохранения в будущем.

Следует согласиться, что один из наиболее экономичных способов предоставления медицинских услуг на уровне ПМСП – сестринское обслуживание. На медицинскую сестру ОВП, если она соответствующим образом подготовлена, можно возложить многие обязанности, выполняемые сегодня врачом. Именно так с успехом работает сестринский персонал в европейских странах. Накопленный в ряде стран опыт показывает, что основными формами самостоятельной работы медицинских сестер ОВП являются патронаж больного на дому, проведение занятий в "школах для пациентов", прием в поликлинике [8]. Медицинская помощь, оказываемая фельдшером, имеющим сертификат специалиста по лечебному делу, также может быть расширена

при высоком качестве доврачебной медицинской помощи. Сохраняются важные медицинские традиции – оказание фельдшером медицинской помощи на дому взрослым и детям, в том числе и во внерабочее время. Все это повышает роль фельдшера в системе ОВП [9, 10]. Амбулаторное звено может существенно укрепиться за счет усиления средним медицинским персоналом из расчета фельдшера и двух медицинских сестер на численность обслуживаемого населения от 2800 до 3200 человек [11].

Значительное место должно быть отведено среднему медицинскому персоналу и в формировании представлений о здоровом образе жизни, ценностно-мотивационной ориентации и потребности в берегающем здоровье поведении.

В рамках службы здравоохранения средний медицинский персонал должен помимо основной своей деятельности играть важную роль в укреплении здоровья населения и профилактике заболеваний. Основными принципами в работе среднего медперсонала должны стать независимость и квалифицированность. Их роль должна заключаться не в том, чтобы работать только с врачом, но и в информировании и обучении населения здоровому образу жизни, профилактике заболеваний [12].

Таким образом, существует целый ряд проблем и направлений в оптимизации медицинской помощи сельскому населению, которые должны быть решены через анализ состояния здоровья населения, оценку медицинского обслуживания; определение стратегических целей, задач и приоритетов в развитии здравоохранения и деятельности ЛПО; определение реальной потребности в медицинских услугах на основе экспертных оценок.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник за 2006 г. – Минск, 2007. – 279 с.
2. Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник за 2005 г. – Минск, 2006. – 275 с.
3. Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник за 2004 г. – Минск, 2005. – 315 с.
4. Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник за 2003 г. – Минск, 2004. – 359 с.
5. *Марченко Б.И.* Здоровье на популяционном уровне: статистические методы исследования (руководство для врачей) / Под ред. д.м.н. Т.А.Кондратенко и д.м.н. И.П.Егоровой. – Таганрог: Изд-во "Сфинкс", 1997. – 425 с.
6. Основные показатели деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного финансирования на 2008 год и на период до 2010 года // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. – 2007. – №7. – С.14–17.
7. *Кириллов А.В.* // Российский семейный врач. – 2001. – №1. – С.43–46.
8. *Галкин Р.А., Садреева С.Х., Федосеева Л.С.* // Медицинская сестра. – 2001. – №2. – С.38–40.
9. *Бурсикова Д.В.* Научное обоснование оптимизации управления доврачебной помощью сельско-



- му населению: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иваново, 2002.
10. Головской Б.В., Артамонова О.А., Ховаева Я.Б. и др. // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2004. – №2. – С.43–44.
11. Михайлова Ю.В., Магнитский В.А. // *Главврач*. – 2002. – №6. – С.4–10.
12. Стародубов В.И., Соболева Н.П., Сковерняк Л.А. Основные направления в развитии медицинской профилактики // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. – 2007. – №2. – С.3–6.  
*Поступила 26.03.2008 г.*

## СЕЛЬСКОЕ НАСЕЛЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ: ДИНАМИКА ЧИСЛЕННОСТИ, НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО–САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

А.А.Донисевич, М.В.Щавелева

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

*Изучены особенности демографической ситуации, сложившейся в сельской местности Республики Беларусь. На сегодняшний день ярко выраженная депопуляция сельского населения сопровождается изменением характера его расселения: число малонаселенных районов республики (до 20 тыс. населения) в течение 1997–2007 гг. возросло более чем на 60% (с численностью до 10 тыс. населения – на 150%). Проблема оказания медицинской помощи сельскому населению становится все более актуальной. В связи с этим проанализирована обеспеченность жителей различных районов ФАПами, больницами сестринского ухода, амбулаториями и участковыми больницами.*

Особенность демографической ситуации в Республике Беларусь на протяжении почти всей второй половины 20–го века – сочетание двух разнонаправленных процессов: прирост общей численности населения при одновременном снижении численности сельских жителей. В 1950 г. общая численность населения республики составила 7745,1 тысяч человек, численность сельских жителей в этот период – 6072,3 тыс. (78,4% в структуре населения). На начало 1993 года численность жителей республики увеличилась до 10356,5 тыс., из них 3306,8 тысяч человек (31,9%) проживали в сельской местности.

С середины 1990–х гг. направленность этих процессов стала одинаковой. К 2008 году численность населения республики снизилась до 9689,8 тыс. человек [1]. Параллельно продолжалась убыль сельского населения – численность жителей села, проживающих в 118 районах республики, составила 2561,7 тыс. Доля сельских жителей республики снизилась до 26,6%, а коэффициент депопуляции сельского населения в 2007 г.

составил 2,23 (в 2006 г. – 2,47). Для сравнения: коэффициент депопуляции всего населения Республики Беларусь – 1,28 (2007 г.) и 1,43 (2006 г.) [2]. Таким образом, депопуляция сельского населения остается одной из важнейших проблем. Следовательно, совершенствование системы организации оказания медицинской помощи сельскому населению весьма актуально.

К основным принципам государственной политики Республики Беларусь в области здравоохранения относится обеспечение доступности медицинского обслуживания [3].

На доступность медицинской помощи для сельского населения влияет целый ряд специфических факторов:

- демографическая ситуация: депопуляция сельского населения, в том числе значительное его постарение, ведущее к увеличению доли лиц с тяжелыми хроническими заболеваниями, инвалидов, которые в определенной мере теряют способность самостоятельно обращаться за медицинской помощью в лечебно–профилактические организации;