



ЕВРОПА

ОЦЕНКА МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ В

БЕЛАРУСИ

На основе результатов анкетирования в рамках
исследовательского проекта в Минской и Витебской областях

Первичная медико-санитарная помощь в Европейском регионе ВОЗ

Design, layout & production

Phoenix Design Aid, Denmark



ЕВРОПА

**ОЦЕНКА МОДЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В**

БЕЛАРУСИ

На основе результатов анкетирования в рамках исследовательского
проекта в Минской и Витебской областях



РЕФЕРАТ

Во многих странах с переходной экономикой, реформирование системы здравоохранения является частью глубоких и всесторонних изменений, затрагивающих важнейшие социальные функции и ценности. Реформирование системы (первичной) медико-санитарной помощи далеко не всегда происходит на основании подтвержденных данных, прогресс скорее зависит от политической аргументации или интересов конкретных профессиональных групп, чем от обоснованных результатов исследований. Тем не менее в настоящее время лица, вырабатывающие политику, и руководители все больше ориентируются на данные, которые подтверждают прогресс в проведении реформ и оперативность услуг здравоохранения. Применение инструмента ВОЗ по оценке системы первичной медико-санитарной помощи (ИО ПМСП) позволяет структурировать подход к сбору данных о функционировании систем здравоохранения, учитывая такие аспекты, как управление, финансирование и формирование ресурсов, а также характеристики качественной первичной медико-санитарной помощи: доступность, полнота охвата, координация и непрерывность. В настоящем отчете представлен обзор результатов исследования, выполненного в Беларуси, включая аспекты оказания услуг для лечения больных ТБ и репродуктивного здоровья.

Проект был выполнен на территории Беларуси в 2008-2009 годах в рамках двухгодичного соглашения о сотрудничестве между Европейским региональным бюро ВОЗ и Министерством здравоохранения Республики Беларусь, в котором изложены основные области сотрудничества сторон. Другими партнерами являются Институт медицинских исследований Нидерландов (NIVEL) – центр ВОЗ для сотрудничества в области первичной медико-санитарной помощи – и другие заинтересованные стороны из структуры белорусской системы здравоохранения, такие как эксперты в области национальной политики, руководители, преподаватели медицинских учебных заведений, врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, и их пациенты.

Адрес, по которому следует отправлять запрос по поводу всех публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Полную онлайн форму запроса документации, медицинской информации или разрешения на цитирование или перевод можно загрузить с сайта регионального бюро (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

Ключевые слова

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ
АНАЛИТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
ПЛАНИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – управление и организация
РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПОЛИТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТУБЕРКУЛЕЗ
УСЛУГИ ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ
АНКЕТЫ
БЕЛАРУСЬ

© Всемирная организация здравоохранения, 2009 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения	4
Выражение благодарности	5
Предисловие	6
Исполнительное резюме	7
1 Оценка первичной медико-санитарной помощи: предпосылки	16
1.1. Теоретические рамки для обоснования инструмента оценки первичной медико-санитарной помощи	16
1.2. Описание процесса разработки и апробирования инструмента оценки первичной медико-санитарной помощи	25
1.3. Обзорный анализ применения инструмента оценки первичной медико-санитарной помощи в Беларуси	27
2 Краткая справка о Беларуси	31
2.1. Страна	31
2.2. Население и здоровье	32
2.3. Система здравоохранения	33
3 Первичная медико-санитарная помощь в Беларуси: национальная ситуация и контекст	36
3.1. Аспекты управления	36
3.2. Аспекты формирования ресурсов	50
3.3. Аспекты финансирования	54
3.4. Особенности оказания первичной медицинской помощи	56
3.5. Услуги в связи с ТБ и охраной репродуктивного здоровья	57
3.6. Актуальные темы развития первичной медико-санитарной помощи	60
4 Врачи общей практики и участковые терапевты о своей позиции в системе первичной медико-санитарной помощи: результаты исследования	64
4.1. Характеристика респондентов	64
4.2. Доступность медицинской помощи	66
4.3. Непрерывность медицинской помощи	70
4.4. Координация медицинской помощи	71
4.5. Комплексный характер медицинской помощи	76
4.6. Услуги в связи с ТБ и репродуктивным здоровьем	90
5 Пациенты о состоянии первичной медико-санитарной помощи в Минской и Витебской областях: результаты опроса	101
5.1. Характеристика респондентов	101
5.2. Доступность помощи	103
5.3. Непрерывность помощи	109
5.4. Координация медицинской помощи	114
6 Резюме, выводы и рекомендуемые действия	117
Приложение 1: Глоссарий терминов по первичной медико-санитарной помощи	130
Приложение 2: Услуги по репродуктивному здоровью на уровне системы первичной медико-санитарной помощи в Беларуси	133
Библиография	151

СОКРАЩЕНИЯ

ВМС	внутриматочное средство
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВОП	врач общей практики
ДПС	двухгодичный план сотрудничества между Европейским бюро ВОЗ и государствами-членами
ДОТС	стратегия лечения больных ТБ под прямым наблюдением
ИО ПМСП	инструмент оценки первичной медико-санитарной помощи
ИППП	инфекция, передаваемая половым путем
МЗ	Министерство здравоохранения
NIVEL	Институт медицинских исследований Нидерландов
НПО	неправительственная организация
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
РЗ	репродуктивное здоровье
ТБ	туберкулез

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) выражает признательность всем, кто внес свой вклад в реализацию данного проекта.

Исполнительная группа проекта:

Основные авторы:

Винке Г.В. Бурма, NIVEL

Мартина Пеллни, Европейское региональное бюро ВОЗ

Терезе А. Виегерс, NIVEL

Дионне С. Крингос, NIVEL

Валентин Русович, Страновой офис ВОЗ в Республике Беларусь

Рецензенты и другие участники:

Пьерпаоло де Коломбани, Европейское региональное бюро ВОЗ

Гунта Лаздане, Европейское региональное бюро ВОЗ

Елена Воронко, заведующая кафедрой общей врачебной практики БелМАПО

Людмила Жилевич, Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Значительный вклад и практические рекомендации были внесены национальной рабочей группой проекта:

Людмила Жилевич, Министерство здравоохранения, отдел первичной медико-санитарной помощи

Людмила Гуринович, Министерство здравоохранения, отдел первичной медико-санитарной помощи

Александр Барсуков, Министерство здравоохранения, главный гинеколог

Елена Адаменко, Министерство здравоохранения, главный терапевт

Галина Волжанкина, Министерство здравоохранения, отдел организации первичной медико-санитарной помощи

Эдуард Глазков, Министерство здравоохранения, отдел международных связей

Геннадий Хулуп, БелМАПО, ректор

Елена Воронко, БелМАПО, кафедра общей врачебной практики

Людмила Мрочек, БелМАПО, кафедра общей врачебной практики

Людмила Богущ, главный специалист Министерства здравоохранения по общей врачебной практики

Владислав Подпалов, Витебский университет, факультет повышения квалификации терапевтов

Константин Егоров, Витебский университет, отделение поликлинической терапии

Раиса Хурса, Минский государственный медицинский университет, отделение поликлинической терапии

Таисия Боровая, Минское областное управление здравоохранения, отдел организации медицинской помощи

Степан Жуков, Витебское областное управление здравоохранения

Елена Скрыгина, НИИ пульмонологии и фтизиатрии

Олег Калечиц, НИИ пульмонологии и фтизиатрии

Вячеслав Граньков, Профсоюз медицинских работников

Михаил Киселев, Белорусская ассоциация врачей

Егор Зайцев, руководитель странового офиса ВОЗ в Беларуси

Проект выражает благодарность за участие всем пациентам, работникам службы оказания первичной медико-санитарной помощи, регистраторам, переводчикам и местным координаторам в Минской и Витебской областях, Беларуси.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Первичная медицинская помощь воплощает ценности и принципы, которых придерживается ВОЗ во всем мире, оказывая помощь странам для укрепления систем здравоохранения эффективным и справедливым образом. В последнем докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире за 2008 год еще раз подтвердила свои обязательства в отношении улучшения здравоохранения во всем мире, особенно среди самых бедных слоев населения, и призвала страны использовать данные, подтверждающие, что доступ к первичной медицинской помощи является основой для эффективной работы этой системы. Название этого доклада подчеркивает актуальность этого принципа – «Первичная медицинская помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо».

За последние 30 лет отмечено значительное улучшение состояния здоровья населения в 53 государствах-членах ВОЗ Европейского региона в целом, несмотря на значительные изменения моделей и тенденций в развитии заболеваний, демографической тенденции и воздействие основных факторов риска в быстро меняющихся социально-экономических условиях. Кроме того, в Европейском регионе наблюдаются тенденции, характеризующие переходом к интегрированным моделям оказания медицинской помощи и большему плюрализму в финансировании и организации систем здравоохранения. Правительства пересматривают свою роль и обязанности в защите здоровья населения и организации и оказании медицинской помощи, тем самым меняя контекст для разработки и реализации политики в области здравоохранения.

В настоящем отчете дается оценка развитию первичной медицинской помощи в Беларуси с использованием методики, характеризующей хорошую постановку системы первичной медицинской помощи, которая должна быть комплексной, доступной, скоординированной и интегрированной, обеспечивать непрерывность медицинской помощи и основываться на том, что все функции системы здравоохранения, изложенные в рамочном документе ВОЗ, должны быть задействованы равноценно, чтобы обеспечить улучшение систем здравоохранения в целом. Это означает согласование вопросов финансирования, оказания услуг, кадровых и других ресурсов (таких как адекватные учреждения, оборудование и лекарственные препараты) и, наконец, применение всех необходимых правовых рамок и положений, а также эффективное руководство всей системой. Таким образом, в настоящем отчете представлен структурный обзорный анализ сильных и слабых мест в организации и оказании услуг первичной медицинской помощи в стране, включая мнения профессионалов и пациентов, что может быть использовано лицами, определяющими политику, и другими заинтересованными сторонами. Особое внимание в отчете уделяется анализу выполнения функций системой здравоохранения и приводится перечень характеристических показателей для оценки. В то же время в нем не рассматривается процесс или конечные результаты и качество оказания медицинской помощи; тем не менее этот отчет является первым очень важным шагом для получения исходной информации о функционировании системы первичной медицинской помощи и обеспечении оптимальных результатов.

Мы, специалисты Европейского регионального бюро ВОЗ, надеемся, что этот отчет будет способствовать дальнейшей реформе первичной медицинской помощи в Беларуси.

Мы хотели бы поблагодарить многочисленных партнеров, которые внесли щедрый вклад в осуществление данного проекта, предложив свои идеи и опыт. Мы также хотели бы выразить особенную признательность за финансовую поддержку Министерству здравоохранения, благополучия и спорта Нидерландов, которая осуществлялась в рамках партнерской программы между Европейским региональным бюро ВОЗ и Нидерландами.

Энис Барос, MD, PhD

Директор, Страновые системы здравоохранения (DCS)

Европейское региональное бюро ВОЗ

ИСПОЛНИТЕЛЬНОЕ РЕЗЮМЕ

В данном отчете представлены основные результаты применения инструмента оценки первичной медико-санитарной помощи ВОЗ в Беларуси в 2008 и 2009 годах в рамках двухгодичного плана сотрудничества (ДПС) между Европейским региональным бюро ВОЗ и Министерством здравоохранения Республики Беларусь на 2008-2009 годы, в котором изложены основные области сотрудничества между сторонами. Другими партнерами являются Институт медицинских исследований Нидерландов (NIVEL) – центр ВОЗ для сотрудничества в области первичной медико-санитарной помощи – и другие заинтересованные стороны из структуры белорусской системы здравоохранения, такие как эксперты в области национальной политики, руководители, преподаватели медицинских учебных заведений, врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, и их пациенты.

Введение

Инструмент оценки первичной медико-санитарной помощи (ИО ПМСП) отражает аспекты первичной медико-санитарной помощи как со стороны поставщиков, так и со стороны потребителей услуг первичной медико-санитарной помощи. Он помогает министерствам здравоохранения и другим заинтересованным сторонам в системе здравоохранения отслеживать результаты реализации политики и реформирования первичной медико-санитарной помощи и помогает определить новые приоритеты, основываясь на доказательных данных, с целью укрепления системы оказания первичной медико-санитарной помощи.

Методика

Для разработки ИО ПМСП была использована методика, описанная в Докладе Всемирной организации здравоохранения о состоянии здравоохранения в мире 2000 года «Системы здравоохранения: улучшение деятельности» (Health Systems Framework) (1), согласно которой успешность той или иной системы определяется путем организации выполнения ее основных функций. Основными функциями системы здравоохранения являются: управленческая, формирование ресурсов, финансирование и оказание услуг. Структура инструмента оценки первичной медико-санитарной помощи включает все указанные четыре функции, а также ключевые характеристики службы первичной медико-санитарной помощи, в том числе: доступность, непрерывность, координация и комплексность услуг. Кроме того, для каждой из характеристик или функций первичной медико-санитарной помощи, был идентифицирован ряд ключевых параметров и подтем, которые на вторичном этапе были переведены в определенные показатели или соответствующие отличительные характеристики. Для комплексной оценки системы первичной медико-санитарной помощи сбор информации осуществлялся на самых разных уровнях, учитывая мнение и поставщика и потребителей медицинских услуг. Поэтому настоящий инструмент включал в себя три инструмента: контрольный перечень вопросов, касающихся системы здравоохранения и состояния первичной медико-санитарной помощи на национальном уровне; анкету для терапевтов / врачей общей практики (ВОП): и анкету для пациентов. Вместе эти три анкеты отражали все функции первичной медико-санитарной помощи, ранее определенные в схеме организации, а также параметры и пункты, указанные в этой схеме. Кроме того, в каждую анкету были включены дополнительные вопросы для анализа медицинской помощи в отношении медицинских услуг в связи с туберкулезом и репродуктивным здоровьем. Анкеты для ВОП и пациентов были заранее структурированы, а варианты ответов были заданы заранее. Анкеты, предназначенные для национального уровня, содержали как заранее структурированные, так и открытые вопросы, а также поля для внесения запрошенных статистических данных.

Этот инструмент был использован осенью 2008 года в двух областях Беларуси: Минской (исключая город Минск) и Витебской. Все три анкеты были тщательно заполнены экспертами по вопросам национальной политики и другими заинтересованными сторонами системы здравоохранения; участковыми терапевтами, ВОП и их пациентами. Обработка и анализ данных проводились с ноября 2008 года по февраль 2009 года. Подход, использованный при проведении обследования, подразумевает, что полученные результаты основаны на анализе поведения или опыта, указанного самими респондентами.

Результаты

На национальном уровне (на основе информации, полученной из анкеты по системе здравоохранения и интервьюирования республиканских экспертов в области политики)

Управление/координация

Централизованная иерархическая система здравоохранения в Беларуси, управляемая и финансируемая государством, оставляла недостаточно возможностей для развития региональной политики здравоохранения. В то же время существовали некоторые различия в качестве оказываемых медицинских услуг между сельскими и городскими районами и между районами с различными уровнями экономической активности. В целом реформирование системы здравоохранения, заключающееся в постепенном внесении изменений и реформировании первичной медико-санитарной помощи, началось относительно недавно по сравнению с другими странами. Специальный отдел по организации первичной медико-санитарной помощи был основан в МЗ только в 2007 году. Модель оказания первичной медико-санитарной помощи на основании внедрения ВОП удалось реализовать только в сельских районах. В то же время, по мнению некоторых заинтересованных сторон, ВОП не могут быть основными кураторами медицинской помощи, поскольку это будет ущемлять конституционное право пациентов на получение всех видов медицинской помощи. Тем не менее жители закрепляются за учреждениями здравоохранения на основании территориального принципа. Для того чтобы работать в качестве ВОП врачу необходимо пройти курс переподготовки. В соответствии с государственной программой, утвержденной в 2006 году, началось внедрение модели организации помощи в сельских регионах по принципу ВОП. Однако существенных изменений в перераспределении финансовых ресурсов с приоритетным уклоном на первичную медико-санитарную помощь до сих пор не наблюдается. Набор и закрепление ВОП на рабочих местах остается сложным, несмотря на некоторое увеличение заработной платы.

Неправительственные организации и организации пациентов не были вовлечены в развитие политики здравоохранения; участие других заинтересованных сторон было ограничено. Закона о правах пациента нет, но существует широкое нормативное регулирование для указания информации о степени удовлетворенности пациентов и порядке рассмотрения жалоб пациентов.

Финансирование

В целом удельный вес врачей и сестер на душу населения в Беларуси был чрезвычайно высоким. Однако лишь 12,4% всех врачей и 18% медсестер работали в системе первичной медико-санитарной помощи, что намного ниже, чем в странах ЕС с сильной системой ПМСП (таких как Дания, Великобритания и Нидерланды). Только 9,9% врачей первичной медико-санитарной помощи являлись ВОП. Несмотря на то что Белорусская ассоциация врачей общей практики проводит ряд мероприятий для повышения профессионального уровня

и имеются научные публикации по теме, медицинского журнала по общей врачебной практике не издается. Подготовка врачей по программе ВОП проводилась только в двух из пяти высших медицинских учебных заведений; в стране не было профессоров по общей врачебной практике для подготовки врачей общей практики или специалистов в области семейной медицины. Контроль качества услуг осуществлялся с помощью системы строгих инструкций, многочисленных инспекций, частой и подробной отчетности и санкций. В стране было разработано много республиканских клинических протоколов, но врачи ВОП не принимали участие в разработке ни одного из них.

Оказание медицинских услуг

» Оказание медицинских услуг общего характера

На национальном уровне данных о спросе на услуги первичной медико-санитарной помощи и о потреблении таких услуг недостаточно. Точно так же не представлено подтвержденных данных об оказании медицинских услуг ВОП, терапевтами или педиатрами, равно как и данных о выдаче направлений к медицинским специалистам или о назначении лекарств врачами. Исходя из этого, для получения такой информации мы будем полагаться на результаты обследований с использованием ИО ПМСП среди врачей и пациентов.

» Медицинские услуги в связи с ТБ

Официально рекомендованная ВОЗ стратегия «Остановить ТБ» была внедрена лишь недавно. Скрининг на ТБ на уровне первичной медико-санитарной помощи в основном проводился среди широких групп населения, а не среди тех, кому грозит риск. В сельских районах фтизиатрические службы были больше интегрированы в системы первичной медико-санитарной помощи по сравнению с городскими районами, где такая помощь в основном оказывалась в специализированных учреждениях и специалистами-фтизиатрами.

» Услуги в связи с репродуктивным здоровьем

Многочисленные осмотры и меры вмешательства, которые рассчитаны на беременных женщин, не отвечают международным рекомендациям, основанным на доказательных данных. Раздробленность услуг в связи с репродуктивным здоровьем, оказываемых многочисленными специалистами на различных уровнях и в специализированных учреждениях, являлось неблагоприятным условием с точки зрения непрерывности и координации медицинской помощи.

На уровне врачей общей практики и пациентов (на основании мнения респондентов, указанного ими в анкете по первичной медико-санитарной помощи)

Доступность помощи

Хорошее географическое распределение учреждений первичной медико-санитарной помощи наблюдается как в Минской, так и в Витебской области. В учреждениях первичной медико-санитарной помощи (поликлиниках или амбулаториях) чаще всего работают ВОП, участковые терапевты, участковые медицинские сестры и лаборанты, иногда – патронажные сестры, акушерки, фельдшера и стоматологи. Амбулатории имеют хорошую доступность в рабочие часы, за исключением того, когда пациенту требуется только консультация по телефону. Доступность медицинской помощи в нерабочие часы удовлетворительная, но может быть улучшена. Это также может позволить реорганизовать работу скорой помощи, которая принимает необоснованно большое число больных после окончания работы основных учреждений первичной медико-санитарной помощи. Пациенты были удовлетворены обращением персонала и менее удовлетворены временем ожидания приема. По

данным, указанным в анкетах, ВОП обслуживали почти 2100 пациентов при норме 1200 пациентов. Терапевты также обслуживали больше пациентов, чем предусмотрено нормами. Врачи тратили в среднем 18 минут на одну консультацию и в среднем имели 27 визитов на дом в неделю. ВОП намного реже направляли пациентов к специалистам по сравнению с терапевтиками. В целом, врачи, работающие в сельских амбулаториях, реже направляли своих пациентов к специалистам по сравнению с врачами, работающими в городах.

Координация медицинской помощи

Координация медицинской помощи среди врачей ПМСП является недостаточно оптимальной. Около 27% ВОП и участковых терапевтов сотрудничали с другими врачами ПМСП, находящимися в том же здании или вблизи. Отмечено очень умеренное количество прямых контактов с коллегами для обсуждения состояния пациентов. Врачи регулярно контактировали с неврологами, хирургами и гинекологами и несколько реже с дерматологами, врачами по внутренним болезням и педиатрами. Несмотря на то, что ВОП и терапевты в каком-то смысле выполняют роль фильтра (координатора) направления на специализированный этап медицинской помощи, их роли как координаторов в процессе лечения и ведения пациентов должны быть улучшены, например, путем использования мультидисциплинарного подхода к пациентам с хроническими заболеваниями. Были получены данные, указывающие на возможность дальнейшей интеграции услуг в связи с ТБ в систему первичной медико-санитарной помощи в соответствии с последними данными и рекомендациями, особенно, что касается методики проведения скрининга. Услуги в связи с репродуктивным здоровьем, особенно для беременных женщин, были самыми различными и оказывались фрагментарно многочисленными специалистами на различных уровнях, в том числе через специализированные учреждения.

Непрерывность помощи

Пациенты обычно закреплены за своими врачами по месту жительства и не были полностью уверены в возможностях смены врача. В целом они были удовлетворены обращением со стороны персонала и получаемой медицинской помощью, но чувствовали, что врачи не знакомы с их личностными немедицинскими обстоятельствами и проблемами. Врачи регулярно делали записи в медицинской документации и пользовались клиническими руководствами. В практике ПМСП компьютеры использовались довольно редко. Компьютеры редко использовались в системе первичной медико-санитарной помощи, особенно в Минской области.

Комплексный характер медицинской помощи

ВОП имеют сильную позицию, а участковые терапевты несколько более слабую позицию в качестве врача первого контакта при возникновении проблем со здоровьем. Оба типа врачей играли большую роль в лечении и последующем ведении часто-встречающихся заболеваний. Однако степень их участия в выполнении медицинских технических процедур (например, мелкие хирургические операции) оказалась очень низкой. Несмотря на отсутствие достаточного объема учебных мероприятий для ВОП и терапевтов по вопросам оказания услуг в области репродуктивного здоровья, большая часть ВОП и незначительная доля терапевтов оказывали такие услуги. Медицинские услуги для матери и ребенка в основном оказывали ВОП и в меньшей степени терапевты; то же самое касалось фтизиатрических услуг. Большинство ВОП оказывали услуги для обнаружения ТБ и сопровождения больных ТБ; однако уровень интеграции таких услуг в систему первичной медико-санитарной помощи отличался между городскими и сельскими районами. В частности уровень приверженности к схеме лечения больных ТБ по принципу ДОТ (под прямым наблюдением) в системе первичной медико-санитарной помощи был не оптимальным на момент исследования.

Таблица 1. Выборочный обзор показателей, отражающих функционирование системы первичной медико-санитарной помощи в Минской и Витебской областях Беларуси

Функции	Выбранные параметры/показатели или характеристики	Данные врачей (N=212) пациентов (N=1704)
Администрирование/Управление	Специализированное управление Министерства здравоохранения (МЗ), непосредственно отвечающее за первичную медико-санитарную помощь (ПМСП)	Да (с 2007 г.)
	% амбулаторий/поликлиник, где пациенты знакомы с процедурой обращения с жалобами на оказание медицинской помощи	75%
Финансирование	Статус занятости врачей системы ПМСП	Нанимаются государством (получают зарплату)
	% пациентов, указывающих на необходимость доплачивать за препараты, выписанные в системе ПМСП для амбулаторного лечения	75%
Формирование ресурсов	% активных врачей Беларуси, работающих в ПМСП	12,4%
	% ВОП, работающих в системе ПМСП	9,9%
	Средний возраст ВОП	49 лет
	Средний возраст участковых терапевтов	45 лет
	Количество часов, которое ВОП или терапевты тратят на чтение специальной литературы (в месяц)	20 часов
	Медицинские университеты, в структуру которых входит кафедра общей практики / семейной медицины	1*)
	Среднее количество единиц медицинского оборудования (из списка, включающего в себя 30 единиц), доступного для ВОП	24 единиц
	% врачей, отмечающих отсутствие или недостаточную доступность лаборатории	1%
	% врачей, отмечающих отсутствие или недостаточную доступность рентгенологического оборудования	4%
	% врачей, имеющих доступ к компьютеру в центре/амбулатории	27%
Оказание помощи		
Доступность помощи	% пациентов, живущих в пределах 20 минут пути от ВОП или терапевта	62%
	Среднее количество зарегистрированных пациентов на одного ВОП	2086
	Среднее количество зарегистрированных пациентов на одного терапевта	2109
	Среднее количество пациентов, приходящих на прием, в день на одного ВОП	30
	Среднее количество пациентов, приходящих на прием, в день на одного терапевта	31
	Среднее количество визитов на дому в неделю на одного ВОП	27
	Среднее количество визитов в неделю на одного участкового терапевта	28
	Среднее количество рабочих часов на одного ВОП в неделю	43
	Среднее количество рабочих часов на участкового терапевта в неделю	41

Функции	Выбранные параметры/показатели или характеристики	Данные врачей (N=212) пациентов (N=1704)
	Средняя продолжительность консультации одного пациента (минуты)	18
	Среднее количество визитов (частота) на пациента в год (по анкете)	4
	% врачей ПМСП, принимающих пациентов в вечернее время хотя бы один раз в неделю	78%
	% пациентов, указавших на то, что они приходили на консультацию к врачу в тот же день при необходимости	76%
	% всех пациентов – в поликлинике и на дому – направленных ВОП или терапевтами к узким специалистам второго уровня**)	ВОП: 3,03% терапевты: 5,75%
	% всех пациентов – в поликлинике и на дому – направленных врачами в городских или сельских районах к узким специалистам второго уровня **)	Сельские: 3,23% городские: 6,53%
Координация	% врачей ПМСП, осуществляющих прием пациентов в одном помещении совместно с другим врачом ПМСП	27%
	% врачей ПМСП, регулярно проводящих собрания с медсестрами	68%
	% врачей ПМСП, регулярно проводящих собрания с акушерками	74%
	% врачей ПМСП, регулярно проводящих собрания с фармацевтами	55%
Непрерывность	% врачей, регулярно осуществляющих ведение записей в медицинской документации	90%
	% пациентов, закрепленных за своим ВОП (пациент не выбирал врача сам)	79%
	% пациентов, обслуживаемых одним и тем же ВОП в течение не менее 1 года	79%
Комплексность	% врачей, регулярно пользующихся клиническими руководствами	86%
	% врачей, имеющих доступ к компьютеру по месту работы	27%
	% Среднее количество единиц медицинского оборудования (из списка, включающего в себя 30 единиц), доступного для ВОП	80%
	Оценка роли ВОП в оказании помощи при первичном контакте с пациентом для 18 выбранных проблем со здоровьем (возможное количество баллов от 1 (никогда) до 4 (всегда))	2.52
	Оценка роли терапевта в оказании помощи при первичном контакте с пациентом для 18 выбранных проблем со здоровьем (возможное количество баллов от 1 (никогда) до 4 (всегда))	1.74
	Оценка участия ВОП в лечебном процессе для 19 выбранных болезней (возможное количество баллов от 1 (никогда) до 4 (всегда))	3.10
	Оценка участия терапевтов в лечебном процессе для 19 выбранных болезней (возможное количество баллов от 1 (никогда) до 4 (всегда))	2.79
	Оценка участия ВОП или их помощников в проведении 16 выбранных профилактических и медико-технических процедур (возможное количество баллов от 1 (никогда) до 4 (всегда))	1.56
	Оценка участия терапевтов или их помощников в проведении 16 выбранных профилактических и медико-технических процедур (возможное количество баллов от 1 (никогда) до 4 (всегда))	1.26
	Рутинное проведение ВОП мероприятий по улучшению общественного здоровья (исходя из 7 наименований = 100%)	81%
	Рутинное проведение терапевтами мероприятий по улучшению общественного здоровья (исходя из 7 наименований = 100%)	61%

Функции	Выбранные параметры/показатели или характеристики	Данные врачей (N=212) пациентов (N=1704)
	% врачей, участвующих в программе для скрининга на рак шейки матки	ВОП: 65% терапевты: 25%
	% врачей, оказывающих услуги по планированию семьи/ контрацепции	ВОП: 56% терапевты: 32%
	% ВОП, осуществляющих рутинное антенатальное ведение	77%
	% терапевтов, осуществляющих рутинное антенатальное ведение	53%
	% ВОП, прошедших специальную подготовку по консультированию больных ТБ	78%
	% терапевтов, прошедших специальную подготовку по консультированию больных ТБ	45%
	% врачей, участвующих в ведении больных ТБ	ВОП: 88% терапевты: 53%
	% врачей ПМСП, регулярно встречающихся с местными органами управления	79%

*) Это БелМАПО. Два учреждения (из 5) проводят подготовку по ОП; но не на отдельной кафедре
 **) Самостоятельное обращение к узким специалистам не учитывается.

Рекомендуемые действия в области политики развития ПМСП: кратко

- Результаты оценки показали – особенно что касается комплексности медицинской помощи, – что правильная подготовка ВОП позволит значительно усилить систему первичной медико-санитарной помощи в Беларуси по сравнению с системой ПМСП на основе терапевтов. По этой причине рекомендуется ускорить внедрение модели ПМСП на основе ВОП во всех сельских амбулаториях страны.
- Результаты показывают, что внедрение данной модели ПМСП также практически осуществимо в городских районах. По этой причине все специалисты в системе первичной медико-санитарной помощи в стране должны улучшить свое понимание политики, касающейся ПМСП.
- Профиль услуг ВОП в сельских районах указывает на то, что ВОП могут играть основную роль при условии должной их подготовки. Рекомендуется проанализировать эти возможности и, следовательно, изменить определение обязанностей и ответственности ВОП.
- Для улучшения эффективности первичной медико-санитарной помощи требуется критический анализ административных требований и требований в отношении отчетности, расширенная компьютеризация в сфере ПМСП, делегирование немедицинских обязанностей от врачей другим работникам здравоохранения, таким как медсестры или неспециалистам из местного сообщества, и проведение обучения для сотрудников по вопросам рационализации управления услугами.
- Рекомендуется пересмотреть нынешние показатели моделей конечных результатов в системе первичной медико-санитарной помощи. Модели конечных результатов, определяемые на основе существующих показателей, лишь косвенным образом соотносятся с результатами деятельности работников системы первичной медико-санитарной помощи, или результатами их усилий.

- Для привлечения и сохранения нужного числа ВОП и медсестер, необходимых для сильной системы первичной медико-санитарной помощи, требуются планы подготовки кадровых ресурсов и соответствующие условия для такой подготовки. ВОП могут быть только те врачи, которые прошли последипломную специализацию в области общей медицинской практики/семейной медицины. Нынешняя система обязательного распределения выпускников медицинских вузов в системе первичной медико-санитарной помощи должны рассматриваться только как временная или чрезвычайная мера, пока не будет подготовлено необходимое число ВОП в соответствии с международными нормами.
- Необходимо разработать эффективные схемы оплаты труда врачей в системе первичной медико-санитарной помощи с учетом аспектов индивидуальных особенностей работы врачей (например, схема оплаты за каждого закрепленного пациента в сочетании с дополнительными элементами оплаты за некоторые конкретные услуги или дополнительно оплачивать достижение конкретных показателей, которые можно легко измерить).
- Смещение акцента в сторону ПМСП подразумевает изменение в системе финансирования – выделение больше средств для ПМСП и последующее сокращение средств на второй уровень медицинской помощи и больничный сектор. Изменение в системе финансирования должно быть прозрачным и должно проводиться параллельно процессу пересмотра обязанностей работников системы первичной медико-санитарной помощи, например, когда ВОП берут на себя некоторые функции в связи с ТБ и репродуктивным здоровьем, которые в настоящее время выполняются специалистами.
- С целью широкого принятия реформы рекомендуется вовлекать заинтересованные стороны в процесс выработки и реализации политики, в том числе НПО и представителей пациентов.
- Необходимо исключить перекрытие функций скорой помощи и первичной медико-санитарной помощи. Рекомендуется разработать и постепенно внедрить новую схему оказания помощи в нерабочее время, включая разделение услуг, оказываемых скорой помощью и системой первичной медико-санитарной помощи.
- ВОП и терапевты должны активнее участвовать в выполнении технических медицинских процедур и манипуляций. Учебная программа должна уделять достаточное внимание для выработки умений и навыков, необходимых для оказания таких услуг непосредственно в системе ПМСП.
- Безотлагательное открытие соответствующих учебных кафедр для специалистов общей врачебной практики во всех медицинских вузах Беларуси и подготовка профессоры в области общей практики и семейной медицины позволит укрепить потенциал для подготовки и обучения ВОП и усилить статус общей практики.
- Для усиления экономической эффективности служб по ТБ требуется более активное интегрирование противотуберкулезной помощи в систему первичной медико-санитарной помощи, в том числе в городских районах. Выявление случаев ТБ, применение контролируемого лечения после выписки из стационара и поддержка пациентов – все это является возможным для уровня первичной медико-санитарной помощи. Для выполнения таких функций необходимы дополнительное обучение медработников ПМСП.

- В настоящее время скрининг на ТБ проводится в основном среди групп с низким уровнем риска. Для усиления экономической эффективности скрининга на ТБ необходимо следовать рекомендациям ВОЗ, а сам скрининг проводить только среди групп с повышенным уровнем риска.
- Оценка услуг по репродуктивному здоровью также показала, что в настоящее время настоятельно требуется пересмотреть действующие медицинские нормативы. Многочисленные обязательные осмотры, например для беременных женщин, не соответствуют международной признанной практике и рекомендациям.
- В настоящее время услуги по репродуктивному здоровью оказываются раздробленно с участием большого числа специалистов в самых различных учреждениях. Рекомендуется сократить число тех, кто оказывает услуги по репродуктивному здоровью, с тем чтобы четко определить их задачи и отношения (например, в виде протоколов и направлений) и создать условия для командной работы на различных уровнях оказания медицинской помощи, что обеспечит более высокий уровень интеграции услуг по репродуктивному здоровью.
- Репродуктивное здоровье является важным аспектом первичной медико-санитарной помощи, что требует соответствующей подготовки врачей.
- Пациенты могут играть более активную роль в системе первичной медико-санитарной помощи – для этого требуется повышение роли пациента в плане укрепления здоровья и оказания обоснованного объема самопомощи при распространенных заболеваниях и расстройствах. Информирование и медико-санитарное просвещение являются важными направлениями такой работы, и медработники системы первичной медико-санитарной помощи должны уделять этому большое внимание. Все учебные программы подготовки сотрудников для системы первичной медико-санитарной помощи должны включать вопросы эффективной коммуникации с пациентами.

1. ОЦЕНКА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ: ПРЕДПОСЫЛКИ

1.1. Теоретические рамки для обоснования инструмента оценки первичной медико-санитарной помощи

Почему требуется проведение оценки первичной медико-социальной помощи?

Несмотря на то что укрепление первичной медико-санитарной помощи является одним из приоритетов во многих странах, как в Центральной/Восточной, так и в Западной Европе, предпосылки и исходные условия для проведения реформ различны. В Западной Европе акцент на систему первичной медико-санитарной помощи позволит дать ответы на вопросы повышения стоимости услуг и регулирования спроса, обусловленного изменениями в демографии и эпидемиологии. Страны Центральной и Восточной Европы, также так и страны, ранее входящие в состав Советского Союза, пытаются фундаментально улучшить функционирование и повысить экономическую эффективность своих систем здравоохранения. Первичное звено, ранее слабо развитое или несуществующее вообще в этих странах, в настоящий момент начинает развиваться с тем, чтобы повысить экономическую эффективность системы в целом и обеспечить адекватное медицинское обслуживание, приближенное к населению. Во многих из этих стран, реформы здравоохранения были и продолжают быть частью глубоких и всесторонних изменений важнейших социальных функций и ценностей (2).

Оценка и определение качества исполнения играют все более важную роль в реформировании здравоохранения. Всем заинтересованным сторонам нужна такая информация, чтобы руководствоваться ею в процессе принятия решения и улучшения результатов работы систем здравоохранения (3). В прошлом реформы не всегда опирались на доказательную информацию, а прогресс зачастую скорее зависел от политических аргументов и интересов специфических профессиональных групп, а не от результатов обоснованных исследований. В настоящее время ситуация меняется. Стороны, заинтересованные в улучшении системы здравоохранения, и не в последнюю очередь правительства, обязаны отчитываться за свои действия, что требует наличия доказательной информации, например, о ходе реформ.

Кроме того, демографические и эпидемиологические изменения диктуют необходимость в адаптации систем здравоохранения к новым потребностям населения в области охраны здоровья. Для этого требуется оценка отзывчивости системы здравоохранения с точки зрения пациентов. Такая оценка позволяет получить информацию о доступности и удобстве получения услуг, о том, как медработники обращаются с пациентами, что думают пациенты об информации и коммуникации, касающихся состояния их здоровья, от которого зависит их собственное поведение и благополучие, и, наконец, как налажена система управления медицинской помощью – на уровне системы первичной медико-санитарной помощи и выше.

Кроме того, результаты оценки, включая оценку исполнения, необходимо пояснять с учетом конкретного (странового) контекста. Только в таком случае информация о качестве исполнения услуг может использоваться непосредственно для разработки политики и нормативного регулирования. В то же время роль правительства выходит за рамки прямого использования информации. Роль управления и координации также подразумевает создание необходимого

потока информации, доступной для других заинтересованных сторон в системе первичной медико-санитарной помощи, а также наличие необходимого аналитического потенциала (3).

И последнее важнейшее требование к проведению оценки, включая оценку исполнения, с самого начала требует наличия четких рамок для разработки соответствующих мер. Выведение показателей на основе приемлемых рамок повышает уровень актуальности таких показателей (или их характеристик) и обеспечивает хороший охват сфер, оговоренных такими рамками. В последующих разделах описана схема, использованная для разработки инструмента оценки первичной медико-санитарной помощи (ИО ПМСП).

Оценка системы первичной медико-санитарной помощи и схема организации систем здравоохранения

Систему здравоохранения можно определить как структурированный набор ресурсов, исполнителей и учреждений, связанный с финансированием, регулированием и обеспечением мероприятий в области здравоохранения, направленных на оказание медицинской помощи населению. Мероприятие в области здравоохранения понимаются как любые действия, направленные в первую очередь на улучшение или поддержание здоровья людей. Общей целью системы здравоохранения является поддержание оптимального состояния здоровья всего населения в течение всего жизненного цикла, с учетом преждевременной смертности и инвалидности (4).

Системы здравоохранения направлены на достижение трех основных целей, приведенных ниже.

- *Улучшение здоровья* (например, улучшение состояния здоровья или снижение неравенства в отношении здоровья).
- *Повышение отзывчивости к ожиданиям пациентов*, включая:
 - » уважение личности (включая достоинство, конфиденциальность и самостоятельность);
 - » ориентация на потребителя (включая быстрое получение профессионального внимания, доступность услуг, качество основных услуг и выбор поставщика услуг);
- *Гарантированное финансовое равноправие* (в том числе для домохозяйств, которые несут свою долю расходов в рамках национального бюджета здравоохранения; и защита от финансовых рисков, возникших в результате оказания медицинской помощи).

Степень реализации указанных целей непосредственно определяет качество функционирования системы в целом. Тем не менее, поскольку существуют различия в состоянии здоровья и в системах здравоохранения между странами, особенности страны должны приниматься во внимание при сравнении эффективности функционирования систем. Поэтому оценка эффективности работы системы должна включать определение степени достижения поставленной цели и оценку наличия ресурсов и процессов.

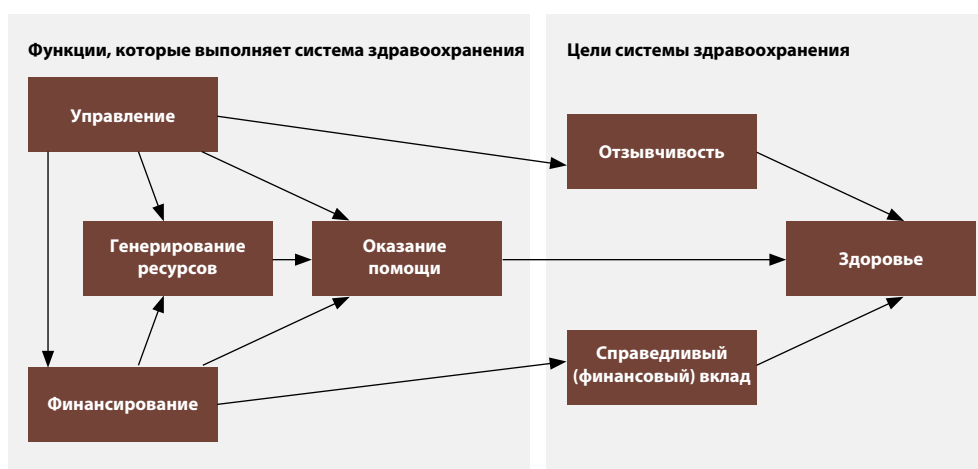
В соответствии с предложенной ВОЗ схемой оценки функционирования системы здравоохранения (см. рис. 1) видно, что эффективность исполнения определяется тем, как выполняются следующие четыре основных функции (3):

- *Управление (координирование)*

- генерирование ресурсов
- финансирование
- оказание медицинских услуг.

На самом деле, в зарубежной литературе можно найти и другие подходы к оценке функционирования системы (5,6,7,8), тем не менее и там прослеживаются такие же или аналогичные взгляды на соответствующие концепции. Эти четыре функции могут быть применены ко всей системе здравоохранения страны целиком – или, например, только на уровне первичной медико-санитарной помощи – с учетом специфических характеристик службы и ее роли в обеспечении первичной помощи.

Рисунок 1: Функции и цели системы здравоохранения по ВОЗ.



Что подразумевается под четырьмя функциями системы?

Управление

Самой важной функцией является управление (ее следует понимать в более широком смысле, чем регулирование) – с ее помощью осуществляется контроль над всеми основными функциями здравоохранения. Она оказывает прямое и не прямое воздействие на конечные результаты системы здравоохранения (1). Управление включает определение видения и направления развития политики здравоохранения, оказание влияния посредством нормативного регулирования и пропаганды, а также сбор и использование информации. Оно покрывает три основных аспекта: а) определение, практическое применение и мониторинг правил для системы здравоохранения; б) обеспечение равнозначных правил и условий для потребителей, поставщиков и пациентов; и с) определение стратегических направлений развития системы здравоохранения в целом. Управление можно подразделить на шесть подфункций: общее планирование системы, оценка функционирования, определение приоритетов, регулирование, внутрисекторная пропаганда и защита прав потребителей (4). Вкратце, управление имеет дело с: администрированием, распространением информации, координацией и регулированием системы здравоохранения на различных уровнях.

Генерирование ресурсов

Для правильного функционирования системы здравоохранения на любом уровне необходимо сбалансированное разнообразие ресурсов, которые надо постоянно развивать (и расширять), с тем, чтобы поддерживать услуги здравоохранения с течением времени на всех уровнях и в различных географических зонах. К необходимым ресурсам относятся физические активы (оборудование, объекты), расходные материалы и сырье, человеческие ресурсы и знания/информация. Очень важно, чтобы качество и количество человеческих ресурсов соответствовало потребностям в услугах на различных уровнях медицинской помощи и адекватно распределялось по стране. Естественно, для того чтобы гарантировать качество оказываемой помощи, навыки и знания поставщиков медицинских услуг должны быть современными и идти в ногу с развитием медицинских технологий и доказательной медициной. Развитие политики здравоохранения по вопросам планирования человеческих/физических ресурсов, а нормативные рамки для поддержания качества медицинских услуг и защиты прав потребителей также являются задачей управления. Тем не менее, фактическое положение, касающееся наличия и распределения рабочей силы и профессионального развития (подготовка, непрерывное медицинское образование, исследование, генерация знания) обычно относится к функции формирования ресурсов.

Финансирование

В целом, финансирование связано с мобилизацией, накоплением и распределением фондов системы здравоохранения в соответствии с медицинскими потребностями людей, индивидуальными и коллективными (9). Определение финансирования системы здравоохранения было сформулировано в работе (Murray и Frenk) (4) как “процесс, который обеспечивает получение средств из первичных и вторичных источников, аккумуляцию средств в общем фонде и распределение средств среди поставщиков услуг”. Могут быть выделены три подфункции: сбор средств, формирование фондов и приобретение услуг. Под сбором средств подразумевается мобилизация финансовых ресурсов из первичных (домохозяйства, фирмы) и вторичных источников (правительство, донорские организации). Существует ряд механизмов для мобилизации ресурсов, которые зависят от систем здравоохранения, напр., оплата услуг за свой счет, добровольное страхование в зависимости от дохода, добровольное страхование в зависимости от рисков, обязательное страхование, общее налогообложение, адресные налоги, пожертвования НПО и переводы донорских организаций. Чтобы разделить и снизить риски здравоохранения, средства могут быть получены путем реализации различных форм медицинского страхования. Распределение средств для покрытия затрат (на персонал, предметы длительного пользования и текущие расходы) по различным организациям (институциональным или индивидуальным), оказывающим медицинские услуги – это приобретение услуг (4). В зависимости от методов организации и реализации этих трех подфункций определяется доступность медицинских услуг.

Оказание услуг

Оказание услуг включает различные мероприятия, необходимые для обеспечения рабочего процесса в рамках специфических организационных условий, направленных на осуществление медицинских мер вмешательства (4). Это относится к профилактическим, лечебным и реабилитационным услугам, направленным на индивидуального пациента, и к услугам, предназначенным для широких масс (например, просвещение по вопросам здорового образа жизни, пропаганда) через государственные и частные структуры. Оказание услуг это то, что осуществляет система здравоохранения (и существует четыре ключевых характеристики для определения “хорошего оказания услуг”; смотри ниже) – но не то, чем система здравоохранения является.

Схема оценки состояния первичной медико-санитарной помощи

Характеристики первичной медико-санитарной помощи в различных странах отличаются; существует много различных определений составляющих первичной медико-санитарной помощи (см. также Приложение 1). Тем не менее комплексная и хорошо развитая система первичной медико-санитарной помощи должна соответствовать следующим характеристикам:

Первичная медико-санитарная помощь – это уровень системы оказания медицинской помощи, на котором осуществляется первый контакт по поводу всех новых потребностей и проблем со здоровьем пациента, оказание ориентированной на пациента (а не только его болезнь) медицинской помощи в течении длительного периода времени, оказание помощи при подавляющем большинстве заболеваний, кроме очень редких или необычных ситуаций, и это уровень, осуществляющий координацию или интеграцию помощи, оказываемую где-либо еще в системе здравоохранения другими специалистами (10).

Схема оценки состояния первичной медико-санитарной помощи (см. рис. 2), на основе которой был разработан инструмент оценки (ИО ПМСП), включает в себя четыре функции системы здравоохранения (указанные ранее), скомбинированные с четырьмя ключевыми характеристиками службы первичной медико-санитарной помощи, которые являются частью процесса оказания услуг, что видно из приведенного ранее определения.

Рисунок 2: Схема оценки состояния первичной медико-санитарной помощи



Что подразумевается под четырьмя ключевыми характеристиками хорошо функционирующей системы первичной медико-санитарной помощи?

Доступность услуг

В целом, доступность медицинских услуг можно определить на основании того, насколько легко можно получить медицинскую помощь (6). По-другому ее можно определить как “возможность пациента получить помощь там, где и когда она нужна” (11). Существуют различные препятствия физической, психологической, социокультурной или финансовой природы, ограничивающие доступность. В схему ИО ПМСП также включены, например, географические ограничения (расстояние до учреждений или распределение общей практики = географический доступ), факторы, связанные с организацией первичной медико-социальной помощи (часы работы, дистанционное консультирование, своевременность = организационный доступ), а также затраты, которые несет пациент (распределение затрат, совместный платеж = финансовый доступ).

Непрерывность услуг

Важной характеристикой первичной медико-санитарной помощи является то, что меры вмешательства, направленные на охрану здоровья пациента, должны быть долговременными и подразумевать успешное лечение/излечение. Общее определение непрерывности это “осуществление последовательного ведения пациента от одного визита до другого” (12). ВОЗ предлагает более широкое определение, учитывающее также (возможное) привлечение различных лиц, оказывающих медицинские услуги. Это описывается как “возможность привлечения соответствующих лиц, оказывающих услуги, чтобы предложить меры вмешательства, которые должны быть либо последовательными в краткосрочном плане, независимо от того, оказываются ли они одними и теми же лицами или разными группами лиц (поперечная непрерывность), либо должны представлять собой непрерывную серию контактов в течение длительного периода времени (долгосрочная непрерывность)” (11).

Были выделены различные уровни осуществления непрерывности помощи (13): первый уровень – информационная непрерывность, связанная с ведением медицинской и социальной истории болезни каждого пациента, доступной для любого медицинского специалиста, осуществляющего его лечение. Второй уровень – относится к долгосрочной непрерывности, указывает на местоположение, где пациент постоянно получает медицинскую помощь от организованной команды в доступной и знакомой обстановке. Третий уровень – межличностная непрерывность, которая определяется как непрерывные личные взаимоотношения между пациентами и лицом, оказывающим услуги, характеризуется личным доверием и уважением (13). Кроме того, в своей работе (Reid и др.) (14) авторы предложили другой уровень, назвав его, непрерывность ведения: предоставление своевременных и дополняющих услуг в рамках единого плана ведения. Схема ИО ПМСП включает информационную, долгосрочную и межличностную непрерывность медицинской помощи.

Координация услуг

В частности, поскольку первичная медико-социальная помощь является основной точкой получения медицинских услуг и часто занимается распределением потока пациентов по другим уровням оказания помощи, координация первичного уровня является важным определяющим элементом оперативности услуг здравоохранения и всей системы в целом. Потенциальными проблемами координации могут быть особенности взаимодействия между первичным и вторичным звеном или между терапией и немедицинскими услугами (общественного здравоохранения), направленными на пропаганду здорового образа жизни (15). В общем, координацию можно определить как “метод социального взаимодействия между различными процессами, протекающими одновременно и направлены на обеспечение максимальной пользы для всех” (9). В частности, ее можно определить как “характеристику услуг, обеспечивающую последовательные планы лечения для отдельных пациентов. Каждый план должен включать четкие цели и необходимые и эффективные меры вмешательства, не более и не менее. Перекрестная координация означает координацию информации и услуг внутри одного эпизода лечения. Продольная координация касается взаимосвязи между членами персонала и учреждениями в течение длительного эпизода лечения” (11). В рамках ИО ПМСП различные параметры координации включают сотрудничество внутри одной и той же амбулатории общей практики, внутри одного и того же первичного уровня оказания медицинских услуг (например, ВОП, участковые медсестры, физиотерапевты и т.д.) и между первичным и другими уровнями через систему направления на консультацию.

Комплексность

Комплексность может быть определена как предоставление полного спектра медицинских услуг непосредственно одним врачом первичной медико-санитарной помощи или другим лицом, оказывающим услуги, или специфическая организация таких услуг где-то в другом месте (16). В первичной системе медико-санитарной помощи комплексность подразумевает то, что служба несет лечебную, реабилитационную и поддерживающую нагрузку, занимается пропагандой здорового образа жизни и профилактикой заболеваний (15, 17). Комплексность услуг определяется не только специфическим набором оказываемых услуг, но и условиями, средствами и оборудованием, а также уровнем профессиональных навыков лиц, оказывающих медицинские услуги. Кроме того, имеет значение и социальная ориентация работников первичного звена. Все эти параметры были учтены при разработке схемы ИО ПМСП.

Схема оценки систем первичной медико-санитарной помощи

Взяв за основу схему оценки состояния первичной медико-санитарной помощи (1), мы сфокусировались на специфических особенностях, политике и приоритетах здравоохранения, характерных для каждой страны. Схема состояла из измеряемых тем и единиц, связанных с существенными особенностями и национальными приоритетами по улучшению первичной медико-санитарной помощи и сопутствующих условий. Схема оценки состояния первичной медико-санитарной помощи, в свою очередь формирующая инструмент оценки первичной медико-санитарной помощи (ИО ПМСП), структурирована в соответствии с нижеперечисленным:

- управление
- финансирование и стимулирование
- формирование ресурсов
- оказание первичной медико-санитарной помощи – подразделяется на:
 - » доступность
 - » непрерывность помощи
 - » координация помощи
 - » комплексность услуг

В таблице 2 показано, что в качестве критериев адекватного функционирования системы первичной медико-санитарной помощи был выделен ряд ключевых показателей. Каждый параметр в свою очередь был переведен в одну или несколько информационных единиц или характеристических показателей для данного параметра.

Таблица 2. Обзорный анализ функций, параметров и информационных единиц

ФУНКЦИЯ	ПОДФУНКЦИЯ	ПАРАМЕТР	ВЫБРАННЫЕ ПУНКТЫ/ПОКАЗАТЕЛИ
УПРАВЛЕНИЕ		РАЗРАБОТКА ПОЛИТИКИ	ПРИОРИТЕТЫ В ОБЛАСТИ ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ ПМСП
		ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ	СИСТЕМА (РЕ-) АККРЕДИТАЦИИ ДЛЯ ПМСП
			МЕХАНИЗМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ДЛЯ ПМСП
		УСЛОВИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ	ЗАКОНЫ И ДРУГИЕ НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ
			ПЛАНИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИХ РЕСУРСОВ
		УСЛОВИЯ ДЛЯ ОТЗЫВЧИВОСТИ	ВОВЛЕЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛОВ И ПАЦИЕНТОВ В ПРОЦЕСС ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В ОБЛАСТИ ПОЛИТИКИ ПРАВА ПАЦИЕНТА; ПРОЦЕДУРА РАЗБИРАТЕЛЬСТВА ЖАЛОБ
ФОРМИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ		РАБОЧАЯ СИЛА	КОЛИЧЕСТВО И ПЛОТНОСТЬ
			РОЛЬ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ
		ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ	ОБРАЗОВАНИЕ В СИСТЕМЕ ПМСП
			НАУЧНОЕ РАЗВИТИЕ И КАЧЕСТВО ПОМОЩИ
		ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ МОРАЛЬ	УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ СОБСТВЕННОЙ РАБОТОЙ
		УЧРЕЖДЕНИЯ И ОБОРУДОВАНИЕ	МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДРУГОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
ФОРМИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ		ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ/ ПМСП	ФИНАНСИРОВАНИЕ ПМСП
		РАСХОДЫ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	РАСХОДЫ НА ПМСП
		СТИМУЛЫ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ	ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВО ФОРМА ОПЛАТЫ ЗА ТРУД
		ФИНАНСОВАЯ ДОСТУПНОСТЬ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАТРАТ / ОПЛАТА ЗА ПМСП
ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ			
	ДОСТУП К УСЛУГАМ	ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ДОСТУП	РАССТОЯНИЕ ДО УЧРЕЖДЕНИЯ ПМСП
			РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВРАЧЕЙ В СИСТЕМЕ ПМСП
		ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ ДОСТУП	СПИСОЧНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАГРУЗКА НА РАБОТНИКОВ В СИСТЕМЕ ПМСП
			ПМСП В НЕРАБОЧИЕ ЧАСЫ
			ВИЗИТЫ НА ДОМУ В СИСТЕМЕ ПМСП
			ЭЛЕКТРОННЫЙ ДОСТУП

ФУНКЦИЯ	ПОДФУНКЦИЯ	ПАРАМЕТР	ВЫБРАННЫЕ ПУНКТЫ/ПОКАЗАТЕЛИ
			ПЛАНИРОВАНИЕ КОНСУЛЬТАЦИЙ В НЕОСТРЫХ СЛУЧАЯХ
		ОТЗЫВЧИВОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
			АСПЕКТЫ УСЛУГ
			КЛИНИКИ ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ
	НЕПРЕРЫВНОСТЬ	ИНФОРМАЦИОННАЯ НЕПРЕРЫВНОСТЬ	КОМПЬЮТЕРИЗАЦИЯ УСЛУГ
			ВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ
		ПРОДОЛЬНАЯ НЕПРЕРЫВНОСТЬ	СПИСКИ ПАЦИЕНТОВ
			ПРИВЫЧКИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРВОМ ПОСЕЩЕНИИ ВРАЧА/НАПРАВЛЕНИЕ К СПЕЦИАЛИСТАМ
			ПРОЧНОСТЬ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ПАЦИЕНТАМИ И ТЕМИ, КТО ОКАЗЫВАЕТ УСЛУГИ
		МЕЖЛИЧНОСТНАЯ НЕПРЕРЫВНОСТЬ	ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ПАЦИЕНТАМИ И ТЕМИ, КТО ОКАЗЫВАЕТ УСЛУГИ
	КООРДИНАЦИЯ	ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВНУТРИ СИСТЕМЫ ПМСП	УПРАВЛЕНИЕ РАБОТОЙ СИСТЕМЫ ПМСП
			СОТРУДНИЧЕСТВО МЕЖДУ ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/СЕМЕЙНЫМИ ВРАЧАМИ
			СОТРУДНИЧЕСТВО МЕЖДУ ВРАЧАМИ СИСТЕМЫ ПМСП И ДРУГИМИ РАБОТНИКАМИ, ОКАЗЫВАЮЩИМИ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ
		КООРДИНАЦИЯ С ДРУГИМИ УРОВНЯМИ ПОМОЩИ	СИСТЕМА НАПРАВЛЕНИЯ К СПЕЦИАЛИСТАМ/ функция рационального фильтра
			ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СОВМЕСТНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
	КОМПЛЕКСНОСТЬ	УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ	ПОМЕЩЕНИЯ, ОБОРУДОВАНИЕ
		ОКАЗАНИЕ УСЛУГ	МЕДИЦИНСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ
			ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ, ПРОСВЕТИТЕЛЬСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ
			ВЕДЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ
		СОЦИАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ	ПОЛИТИКА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ
			МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА
			СВЯЗИ С МЕСТНЫМ СООБЩЕСТВОМ
		ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ УМЕНИЯ И НАВЫКИ	ТЕХНИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

Для того чтобы произвести оценку сложности любой системы первичной медико-санитарной помощи, следует произвести сбор информации на различных (административных) уровнях, включая уровень поставщика и потребителя услуг, т.е. тех, кто оказывает медицинские услуги,

и пациентов. Поэтому инструмент оценки первичной медико-санитарной помощи включает три отдельных анкеты:

- анкета, отражающая ситуацию в области политики и структур для оказания первичной медико-санитарной помощью на национальном уровне,
- анкета для врачей системы первичной медико-санитарной помощи / ВОП, и
- анкета для пациентов.

Вместе, эти три анкеты охватывают все идентифицированные функции системы первичной медико-санитарной помощи, их параметры и информационные единицы, представленные на схеме. Анкеты для ВОП и пациентов имеют заранее определенную структуру, включая оговоренные варианты ответов. Анкеты, предназначенные для национального уровня, включают оговоренные варианты ответов и открытые вопросы, а также поля для внесения запрошенных статистических данных.

1.2. Описание процесса разработки и апробирования инструмента оценки первичной медико-санитарной помощи

Разработка инструмента оценки первичной медико-санитарной помощи (ИО ПМСП) началась в феврале 2007 и была закончена в мае 2008, когда итоговый инструмент стал доступен для использования ВОЗ с целью оказания помощи государствам-членам в рамках поддержки развития систем первичной медико-санитарной помощи. Последовательность разработки, начиная с проведения исследований и включая обсуждение параметров и характеристических показателей, пилотное применение и проведение международного совещания для обсуждения опыта и результатов, описана более подробно в документах (18,19).

Обзор литературы

На первом этапе, исследователи NIVEL выполнили целевой анализ литературных источников на основании предложенной ВОЗ схемы оценки систем здравоохранения (1). Целью проведения обзора литературы был сбор информации о возможных путях практического применения основных функций системы первичной медико-санитарной помощи. Особое значение уделялось показателям качества работы системы первичной медико-санитарной помощи и существующим инструментам и анкетам, используемым для оценки и измерения характеристик работы системы ПМСП. В результате чего был составлен предварительный перечень параметров и пунктов для инструмента.

Первое обсуждение с экспертами в регионе ВОЗ

Результаты анализа литературных источников были обсуждены во время международной встречи в марте 2007 года. Основными целями совещания были обсуждение и достижение консенсуса по ключевым концепциям и определениям, обсуждение и валидация предварительного набора параметров, характеристических показателей и информационных единиц и доработка первой версии схемы (см. таблицу 2) для разработки вопросов для анкет. Были сделаны первые шаги для пилотного апробирования разрабатываемого инструмента.

Разработка, выверка и перевод анкет

Предварительные варианты анкет были разработаны на основании информации и отзывов, полученных во время совещания экспертов. Все комментарии экспертов по поводу предварительных версий были учтены при составлении новых версий трех анкет. Эти версии в последующем были адаптированы к условиям двух стран, где планировалось апробировать этот инструмент – Турции и Российской Федерации. Сроки были оговорены в соответствии с национальной ситуацией, и на основании запроса органов здравоохранения обеих государств были включены некоторые дополнительные вопросы, связанные с национальными приоритетами в оказании первичной медико-санитарной помощи. Окончательный вариант был переведен на языки соответствующих стран, при этом перевод прошел двойную проверку. Вначале документ был переведен на местный язык, затем были получены замечания эксперта по вопросам первичной медико-санитарной помощи, после чего документ был переведен обратно на английский язык и сверен с оригиналом.

Два пилотных проекта для практического применения инструмента

Предварительный вариант инструмента был апробирован в рамках пилотных проектов на территории двух провинций Турции и двух районов Московской области в Российской Федерации. Под контролем Европейского регионального бюро ВОЗ и соответствующих министерств здравоохранения двух стран местные партнеры при техническом руководстве со стороны NIVEL организовали работу для проверки инструмента в местных условиях, включая составление выборок, подготовку сотрудников для работы на местах, организацию системы сбора и ввода данных. В обеих странах были организованы встречи с экспертами для обсуждения и оценки ответов в анкетах национального уровня. Все данные были проанализированы, были сделаны выводы и даны рекомендации по вопросам политики и составлен предварительный отчет, включая раздел с описанием уроков, полученных в рамках апробирования инструмента (18,19).

Консультативное собрание в Копенгагене

Предварительный вариант отчета был обсужден в ходе аналитического совещания с участием международных экспертов в Европейском региональном бюро ВОЗ в Копенгагене 14 и 15 апреля 2008 года. Во время этого совещания были пересмотрены все три анкеты, при этом участники подчеркнули необходимость внесения следующих изменений:

- Вопросы были сформулированы более конкретно, без необходимости высказывать мнение;
- Анкета для национального уровня была видоизменена и представлена в виде анкеты/формы для получения более комплексного исходного документа, который должна подготовить небольшая группа местных экспертов, для дальнейшего его обсуждения и выверки во время специальной встречи экспертов под руководством ВОЗ и NIVEL;
- Анкеты для врачей и пациентов были сокращены в объеме;
- Терминология и формулировка фраз в анкетах были пересмотрены и согласованы;
- Помимо результатов обследований следует использовать другие дополняющие источники информации, такие как имеющиеся литературные источники, статьи, интервью с работниками здравоохранения и экспертами и личные наблюдения по итогам анализа сайтов;
- Для практического применения инструмента страны должны иметь возможность включать дополнительные вопросы, касающиеся конкретных национальных приоритетных

сфер (таких как уход за больными ТБ и услуги по охране репродуктивного здоровья – что актуально для Беларуси);

- Итоговый отчет должен включать набор характеристических показателей.

После пересмотра инструмента он был представлен для использования в странах. Для информирования партнеров в государствах-членах была разработана «схема реализации» с описанием последовательных шагов для практического применения ИО ПМСП.

1.3. Обзорный анализ применения инструмента оценки первичной медико-санитарной помощи в Беларуси

Контекст ДПС

Применение инструмента оценки первичной медико-санитарной помощи на территории Беларуси было оговорено в двухгодичном плане сотрудничества (ДПС) на 2008-2009 годы между Европейским региональным бюро ВОЗ и Министерством здравоохранения Республики Беларусь. Было договорено, что при этом особое внимание будет уделено роли системы первичной медико-санитарной помощи в защите репродуктивного здоровья и решении проблемы туберкулеза. Первые шаги к применению инструмента были сделаны во время визита представителей ВОЗ в Беларусь 27 – 30 апреля 2008 года. Партнерами по данному проекту выступили Институт медицинских исследований Нидерландов (NIVEL) в качестве центра ВОЗ для сотрудничества в области первичной медико-санитарной помощи и БелМАПО, Медицинская академия последипломного образования в Минске, Беларусь. Фактическое исполнение проекта было начато в июне 2008 года.

Посещение страны с целью информирования и планирования

С 16 по 20 июня 2008 года исследователь NIVEL посетил Беларусь с целью информирования коллег – а также сотрудников странового офиса ВОЗ – о целях и мероприятиях, связанных с практическим применением инструмента, а также для подготовки последующих шагов, касающихся методики и логистики. В частности:

- переведенные анкеты были пояснены и обсуждены совместно с национальной рабочей группой, созданной специально для данного проекта, и представителей партнеров – БелМАПО и Витебского медицинского университета;
- вопросы, касающиеся репродуктивного здоровья и туберкулеза, были сформулированы, обсуждены и включены в основные анкеты для данного инструмента;
- все шаги и процедуры по практическому применению инструмента были пояснены и обсуждены с ранее упомянутыми партнерами, а также с местными органами здравоохранения Минской и Витебской областей;
- дальнейшее планирование мероприятий было обсуждено с национальным координатором, в том числе процедура отбора целевых групп врачей и больных, процедура составления выборки и организация работы на местах.

Подготовка и проведение исследования

По предложению Министерства здравоохранения инструмент был применен в Минской и Витебской областях. В последнее десятилетие в этих двух областях реализованы несколько

пилотных проектов по реформированию системы первичной медико-санитарной помощи. Это могло привести к некоторому улучшению ситуации в системе первичной медико-санитарной помощи по сравнению с другими регионами страны.

Планирование полевых исследований, включая отбор участников исследований, врачей и пациентов, проводилось следующим образом: Что касается врачей, минимальное число респондентов должно было составлять 200 человек (50 участковых терапевтов и 50 ВОП в каждой области). С учетом вероятности неполучения ответов в первоначальную выборку были включены всего 235 врачей. На основании списков сотрудников, предоставленных региональными органами здравоохранения, в Минской области были выбраны 12,5% терапевтов (каждый восьмой) и 50% ВОП (каждый второй); в Витебской области были выбраны 50% ВОП и 16,8% терапевтов (каждый шестой). В случае болезни или отсутствия по другой причине в список участников включался следующий по списку человек.

Исследование среди пациентов планировалось следующим образом: целевая группа участников выбиралась среди пациентов, закрепленных за 50% врачей, включенных в исследование. Необходимо было получить как минимум 15 заполненных анкет на врача. Работник, участвующий в исследованиях на местах, должен был посетить каждое из отобранных учреждений первичной медико-санитарной помощи и попросить – отобранных по принципу произвольной выборки – пришедших на прием пациентов заполнить (добровольно) анкету, и так до тех пор, пока не наберется 15 согласных на участие пациентов. Если пациентам было менее 18 лет, с этой просьбой обращались к сопровождающим их взрослым.

Работники, участвующие в исследованиях на местах, играли ключевую роль в процессе получения данных от пациентов. Они рекрутировали и информировали пациентов, раздавали и собирали анкеты для пациентов и врачей учреждений первичной медико-санитарной помощи, которые они посещали. Распределение анкет для врачей, которых не посещали работники, участвующие в исследованиях на местах, осуществлялось с помощью местных органов здравоохранения. Заполненные анкеты возвращались в закрытых конвертах и направлялись для обработки в БелМАПО в Минск. За вовлечение в проект работников, участвующих в исследованиях на местах, также отвечало БелМАПО и NIVEL. Предварительная подготовка таких работников включала следующую тематику:

- пояснение контекста и целей исследования;
- основные принципы и структура инструмента и типы используемых вопросов;
- специфические темы и вопросы для анкет;
- как беседовать с респондентами и оказывать им помощь; как установить хороший контакт путем четкого пояснения цели исследования и принципов соблюдения конфиденциальности; что делать в случае неполучения ответов; как свести к минимуму систематические ошибки со стороны работников, участвующих в исследованиях на местах (нейтралитет, терпение и отчужденность);
- создание подходящей обстановки для пациентов при заполнении анкеты;
- проверка читаемости и полноты ответов;

- логистика, т.е. решение вопросов с назначением работников, участвующих в исследованиях на местах, планированием, транспортировкой и т.д.

Сбор информации на национальном уровне

Анкета/ контрольный перечень вопросов, отражающий национальную ситуацию в области первичной медико-санитарной помощи, заполнялись небольшой группой экспертов из министерства здравоохранения. Ответы и собранные статистические данные были переведены на английский язык и направлены ВОЗ, NIVEL и местным экспертам из национальной рабочей группы. Впоследствии полученные данные выверялись и обсуждались во время проведения встречи с участием 12 таких экспертов, организованного в Минске 10 октября 2008 года. Целью этой встречи было проверить и проанализировать ответы в более широком плане и собрать как можно больше детализированной информации, где это возможно и где необходимо. Ответы и результаты можно найти в главе 3 настоящего отчета.

Обработка и анализ данных и составление отчета

Ввод данных осуществлялся в Минске в БелМАПО. Программа для ввода данных была разработана NIVEL с использованием SPSS Data Entry Station версия 3.0.3. Необработанные файлы с данными пересылались исследовательской группе NIVEL для последующей обработки и анализа. Проект отчета с полученными результатами и предварительными рекомендациями обсуждался на встрече с БелМАПО и экспертами Беларуси и ВОЗ в Минске 17 и 18 марта 2009 года. Учитывая предложения о внесении изменений, предложения о проведении дополнительного анализа и дополнительную информацию, представленную в ходе этой встречи, а также необходимость выполнения дополнительного экспертного анализа, проект отчета был пересмотрен и уточнен в июне 2009 года. Краткая информация о практическом применении ИО ПМСП на территории Беларуси представлена в таблице 3.

Таблица 3. Ключевые данные о практическом применении инструмента в Беларуси.

ЭЛЕМЕНТЫ ПРОЦЕССА ПРИМЕНЕНИЯ	ПОЯСНЕНИЯ
Целевые группы	<ul style="list-style-type: none"> • Врачи ПМСП (участковые терапевты и ВОП) • Пациенты (посетители учреждений ПМСП) • Эксперты здравоохранения (национальный уровень)
Места проведения исследования	<ul style="list-style-type: none"> • Минская область (исключая город Минск) • Витебская область
Тип сбора данных	<ul style="list-style-type: none"> • Врачи ПМСП: обследование с использованием структурированных анкет (распределялись работниками на местах и БелМАПО) • Пациенты: обследование с использованием структурированных анкет (распределялись работниками на местах) • Эксперты здравоохранения: смешанные анкеты и личные встречи для валидации данных / консенсуса
Метод составления выборки	<ul style="list-style-type: none"> • Врачи ПМСП: случайная выборка по 2 областям • Пациенты: первые 15 пациентов, посетивших выбранного врача • Эксперты здравоохранения: определялись местным партнером / ВОЗ
Планируемый размер выборки	<ul style="list-style-type: none"> • Врачи ПМСП: 235 (123 ВОП+112 терапевтов) из них: <ul style="list-style-type: none"> » Из Минской области: 61/122 ВОП + 50/400 терапевтов¹⁾ » Из Витебской области: 62/124 ВОП + 62/369 терапевтов • Пациенты 1755 (от ≈50% выбранных врачей; от каждого по 15 пациентов), из них: <ul style="list-style-type: none"> » Из Минской области: 30 ВОП x 15 пациентов = 450 25 терапевтов x 15 пациентов = 375 » Из Витебской области: 31 ВОП x 15 пациентов = 465 31 терапевтов x 15 пациентов = 465 • Эксперты здравоохранения: не менее 10 (выбираются с учетом из опыта)
Доля ответивших на анкету при обследовании	<ul style="list-style-type: none"> • Врачи: 212 • Пациенты: 1704
Инструкции	<ul style="list-style-type: none"> • Местный координатор: методика составления выборки и привлечение участников • Региональные органы здравоохранения: определение участников обследований; списки ВОП и терапевтов; логистика при проведении обследований • Работники на местах: пояснение вопросов; отбор и информирование респондентов; вопросы качества • Респонденты: введение/инструктирование по вопросам заполнения анкет
Координация полевых исследований	<ul style="list-style-type: none"> • Местный координатор: общая ответственность • Местные органы здравоохранения: информирование учреждений ПМСП; координация транспорта; повторный сбор 50% анкет • Работники на местах: информирование респондентов; правильное управление сбором данных в учреждениях; сбор анкет • NIVEL: общий контроль во время и после проведения работы на местах
Период сбора данных	13 – 31 октября 2008 г.
Ввод данных	В БелМАПО (Минск)
Анализ и составление отчетов	В институте NIVEL (Утрехт, Нидерланды)

¹⁾ 61/122 ВОП означает: 61 ВОП, отобранный произвольно из общего числа 122 (=50% выборки). Аналогичным образом: 50/400 терапевтов означает: 50 терапевтов, отобранных произвольно из общего числа 400 (=12,5% выборки). И т.д.

2. КРАТКАЯ СПРАВКА О БЕЛАРУСИ²

2.1. Страна

Беларусь – равнинная страна, не имеющая выхода к морю, расположенная в Восточной Европе, граничащая на юге с Украиной, на востоке с Российской Федерацией, на западе с Польшей и на северо-западе с Литвой и Латвией. Численность населения страны медленно сокращается и на данный момент составляет 9,65 миллионов. Около 18% населения живет в столице городе Минске. Плотность населения относительно низкая, 46,9 жителей на км². Беларусь получила свою независимость в 1991 году, после распада Советского Союза. Сейчас является одним из основателей Содружества Независимых Государств (СНГ). Как показано на карте на рисунке 3, Беларусь делится на шесть административных регионов или областей: Брестскую, Гомельскую, Гродненскую, Могилевскую, Витебскую и Минскую область. Город Минск является самостоятельной административной единицей. Столица и области в свою очередь подразделяются на районы, со своими собственными органами власти. Инструмент оценки первичной медико-санитарной помощи (ИО ПМСП) был применен на практике в Минской и Витебской областях. В Витебской области живет почти 1,3 миллиона человек, она расположена на севере страны. В Витебской области самая низкая в Беларуси плотность населения – 32 жителя на км². Помимо ее столицы Витебска с населением около 340 000 человек, крупнейшими городами области являются Орша (около 125 000 жителей) и Новополоцк (около 107 000 жителей). Витебск поддерживает экономические связи с соседними странами: Латвией, Литвой и Россией. Население Минской области составляет около 1,5 миллионов жителей. Крупнейшими городами области являются Борисов, важный индустриальный центр с 150 000 жителей; Солигорск с более чем 100 000 жителей и Молодечно с населением почти 100 000 человек. Социальная и экономическая жизнь Минской области строго ориентирована на национальную столицу, расположенную в центре области, но с административной точки зрения не являющуюся ее частью.

Рисунок 3: Карта Республики Беларусь³



² Более подробную информацию см. в (20, 21)

³ Источник: www.geographicguide.net/europe/maps-europe/maps/belarus-map

2.2. Население и здоровье

В таблице 4 приводятся ключевые показатели для Беларуси в сравнении со средними значениями для Российской Федерации и государств-членов Евросоюза (ЕС) по состоянию до 2004 года (ЕС-15).

Таблица 4: Некоторые демографические показатели, показатели здоровья и образа жизни

Показатель	Беларусь	РФ	ЕС-15
Население 0-14 лет (%)	14,8	14,8	16,0
Население 65+ лет (%)	14,6	14,0	17,6
Плотность населения (на кв. км.)	46,9	Данных нет	Данных нет
Прирост населения 2005-2007 (%)	-1,33	Данных нет	Данных нет
Количество детей, родившихся живыми (на 1000 населения)	10,7	10,4	10,7
Общий уровень фертильности (детей на одну женщину)	1,37	Данных нет	1,58
Уровень смертности (на 1000 населения)	13,7	15,3	9,3
Средняя продолжительность жизни (лет)	Мужчины 64,6 Женщины 76,3	Мужчины 60,5 Женщины 73,3	Мужчины 77,4 Женщины 83,0
Аборты (на 1000 родившихся живыми детей)	447	951	247 (Всего ЕС)
Заболеваемость ТБ (на 100.000 населения), официальная	55,2 (61)	89,7 (107)	9,2 (13,1)
Заболеваемость ВИЧ (на 100 000 населения)	7,5	27,5	6,14
Заядлые курильщики (% 15+)	Мужчины 52,8 Женщины 8,7	Данных нет	Польша М: 37 Ж: 23 Нидерланды, М: 32,0 Ж: 26,3

Источник: База данных ВОЗ HFA на <http://data.euro.who.int/hfadb> (годы: 2007 или 2006)

Таблица 4 указывает на медленное количественное убывание населения Беларуси с 2005 по 2007 годы. Однако в последнее время показатель рождаемости несколько повысился и сейчас находится на уровне стран ЕС-15 и чуть выше, чем в Российской Федерации. В 2007 году показатель фертильности (показатель вычисляется по количеству детей, приходящихся на одну женщину) в Беларуси составлял 1,37, это несколько ниже, чем в странах ЕС-15. Уровень смертности выше среднего уровня по странам ЕС-15, но ниже, чем в Российской Федерации. Средняя продолжительность жизни мужчин и женщин намного ниже, чем в ЕС-15, однако на 3-4 года выше, чем в Российской Федерации. Уровень абортов в последние годы снизился, но по-прежнему остается намного выше, чем в ЕС-15. В то же время уровень абортов в Российской Федерации более чем в два раза выше, чем в Беларуси. Заболеваемость туберкулезом растет и в шесть раз выше, чем в ЕС-15, но значительно ниже, чем в Российской Федерации. Согласно последним оценкам ВОЗ для Беларуси, оценочные значения первичной заболеваемости туберкулезом составляют: число новых случаев (заболеваемость) 61 случай, с учетом рецидивов 69 и число смертей от ТБ 8 на 100 000 населения (22). Беларусь относится к 18 приоритетным странам по ТБ в Европейском регионе ВОЗ (23) и к 27 странам с высоким бременем ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) во всем мире, соответственно 10% и 44%

всех новых случаев ТБ и случаев ТБ, когда пациенты ранее получали лечение. Заболеваемость ВИЧ несколько выше средней для стран ЕС-15, но значительно ниже среднего показателя для Российской Федерации. Употребление табака мужчинами и женщинами в Беларуси существенно отличается. Более половины мужского населения старше 15 лет курят, тогда как только 9% женщин страны – курящие. Средние показатели для СНГ и ЕС отсутствуют, но для сравнения могут быть использованы данные соседней Польши и «малокурящей» Голландии. В Беларуси курят сравнительно меньшая часть женщин (9%), чем в Польше (23%) и в Нидерландах (26%). Ситуация среди мужчин совершенно иная. Курящих мужчин в Беларуси гораздо больше (53%), чем в Польше (37%), и существенно больше, чем в Нидерландах (32%).

2.3. Система здравоохранения

В строгой иерархической и централизованной организации системы здравоохранения Беларуси по-прежнему прослеживаются черты предшествующей системы Семашко: административная организация здравоохранения осуществляется в соответствии с административным делением страны. На национальном уровне главную ответственность за функционирование системы несет министерство здравоохранения (МЗ), оно же играет ключевую роль в финансировании и обеспечении услуг здравоохранения. Областные и районные органы управления отвечают за организацию и финансирование первичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи на своем уровне в соответствии с нормами, устанавливаемыми Министерством здравоохранения. Приватизация услуг в секторе здравоохранения или делегирование полномочий неправительственным структурам практически отсутствует. Финансирование системы здравоохранения в основном осуществляется за счет общего налогообложения. Население платит «из своего кармана» преимущественно за лекарственные препараты для амбулаторного лечения. Социальное медицинское страхование в качестве источника финансирования в Беларуси не представлено.

Таблица 5: Показатели обеспечения услуг здравоохранения

Показатели	Беларусь	РФ	ЕС-15
Больниц (всех) (на 100 000 нас.)	7,2	4,5	3,1
Больничных коек (на 100 000 нас.)	1123	966	554
Врачей (на 100 000 нас.)	484	431	338
Врачей в системе первичной медико-санитарной помощи (%)	12,4 % *)	Данных нет	31,1 % (ЕС всего)
Медсестер (на 100 000 нас.)	1198	806	805
Среднее пребывание в больнице	11,4 дня	13,6 дня	9,4 дня
Количество госпитализаций (на 100 000 нас.)	28,5	23,7	17,2
Количество амбулаторных визитов на человека	13,6 / год	9,0	6,8 (ЕС всего)
База данных ВОЗ HFA на http://data.euro.who.int/hfad (2007 или 2006 гг.)			
*) На основании данных, собранных для ИО ПМСР в Беларуси; база данных HFA ВОЗ: 7,8%			

Ключевые показатели, приведенные в таблице 5, характеризуют имеющиеся ресурсы и результаты работы белорусской системы здравоохранения в сравнении со странами СНГ и ЕС-15. На большой объем услуг в системе специализированной помощи второго уровня также указывает большое число стационаров и коек. Эти цифры превышают средние показатели для Российской

Федерации и в два раза выше, чем в странах ЕС-15. Строгая ориентация на специализированную помощь и стационарное лечение белорусской системы здравоохранения (или ее очень слабый упор на обеспечение первичной помощи) также очевидно из распределения врачей и уровня госпитализации. В Беларуси слишком высокая обеспеченность врачами. С учетом численности населения в Беларуси врачей на 12% больше, чем в Российской Федерации и на 43% больше, чем в странах ЕС-15. При этом только небольшая часть врачей работает в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (чуть более 12% – в соответствии с данными, полученными ИО ПМСП). Это сильно отличается от ситуации в странах ЕС, где почти одна треть врачей работает в сфере первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, общий уровень госпитализации в Беларуси (28,4%) намного выше, чем в Российской Федерации (23,7%) и странах ЕС-15 (17,2%). В Беларуси средняя продолжительность пребывания в больнице несколько ниже, чем в Российской Федерации, но выше чем в ЕС-15. Относительное число медицинских сестер в Беларуси почти на 50% больше, чем в Российской Федерации и в ЕС-15. Обеспеченность кадровыми ресурсами избыточная, однако такие ресурсы распределены неравномерно. Отмечается нехватка врачей и медицинских сестер в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельских районах. Услуги первичной помощи оказываются по-разному в городах и в сельской местности, что поясняется ниже. На вторичном уровне находятся районные и областные больницы. Районные больницы оказывают общую медицинскую помощь, тогда как областные больницы имеют дело со сложными случаями. Коечный фонд используется не только для лечения острых состояний, но также для оказания социального и долговременного ухода. Одним из наследственных элементов предшествующей системы Семашко является существование ведомственных или параллельных служб здравоохранения, например, военной, железнодорожной, специализированных медучреждений для обслуживания сотрудников правительственных учреждений. Доступ к этим службам, включая специализированные клиники, ограничивается кругом нынешних или ушедших на пенсию работников организаций или министерств и членов их семей. После 2000 года реформирование системы здравоохранения было в основном направлено на усиление системы первичной медико-санитарной помощи и профилактики, а также на внедрение механизмов финансирования на основе рабочих показателей. Тем не менее к настоящему моменту удалось достигнуть немногого, поскольку выбранный эволюционный подход позволяет делать только «небольшие шаги». Другие цели реформы, обсуждавшиеся в последнее время, включают повышение эффективности и улучшение качества услуг здравоохранения, предоставление большей финансовой независимости учреждениям здравоохранения и внедрение более эффективной системы поощрений и стимулов для персонала системы здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь

В городах первичная медико-социальная помощь в основном оказывается врачами (участковыми терапевтами и участковыми педиатрами) и медицинскими специалистами, работающими в поликлиниках. Функции рационального фильтра пациентов не существует; пациент может непосредственно обратиться к медицинскому специалисту. В больших городах существует деление на взрослые и детские поликлиники, часто расположенные в разных зданиях. Поликлиники могут быть очень большими, обслуживая более 50 000 жителей. В поликлинике обычно осуществляют прием пациентов следующие специалисты: хирург, ЛОР, офтальмолог, невролог, эндокринолог, кардиолог, гинеколог и фтизиатр. Кроме того, они также имеют такие диагностические службы, как лаборатория, рентген, УЗИ и эндоскопия. Специалистов, работающих в поликлиниках, обычно называют «узкими специалистами», чтобы отличить их от специалистов, работающих в стационарах (высшего уровня). В сельских районах существует два типа учреждений первичной медико-социальной помощи: амбулатории и ФАПы (фельдшерско-акушерские пункты). В амбулаториях первичную медико-социальную помощь оказывают участковые врачи

(терапевты для взрослых или педиатры для детей) или, что реже, врачи общей практики (прошедшие переподготовку). Кроме, как минимум, одного врача, в команду амбулатории входят стоматолог, фельдшер, акушерка, 2 или 3 медсестры, медсестра по физиотерапии, лаборант и обслуживающий персонал (уборщики и водители). В удаленных районах основной единицей, оказывающей первичную помощь, является ФАП, укомплектованный фельдшером или акушеркой. В ряде ФАПов условия для работы довольно плохие.

Важным дополнительным элементом первичной медико-санитарной помощи Беларуси является служба скорой помощи, особенно в экстренных ситуациях и в нерабочее время. Условный порог, когда может быть вызвана бригада скорой помощи низкий, и, следовательно, число вызовов бригад скорой помощи на дом большое. Обязанности в системе первичной медико-санитарной помощи в значительной степени включают стандартные профилактические мероприятия и решение административных задач. Большая часть населения нуждается в проведении регулярных профилактических осмотров, включающих консультации различных узких специалистов. Например, в течение первого года жизни младенцев осматривают все основные специалисты дважды, а начиная с одного года – раз в год. При нормальной беременности женщины за время беременности должны посетить гинеколога не менее десяти раз – помимо регулярного посещения акушерки. Ежегодные медосмотры проходят школьники, студенты, ветераны войны, лица, проживающие в Чернобыльской зоне, водители, больные хроническими заболеваниями (включая гипертензию и диабет) и определенные профессиональные группы. Кроме того, участковые врачи несут ответственность за выдачу листов нетрудоспособности начиная с первого дня болезни, что обычно требует посещения пациента на дому, проведения процедур по иммунизации и специфических процедур скрининга на оппортунистические инфекции (например, на ТБ или рак). Проведение профилактических осмотров и другие «обязательные» контакты с пациентами объясняет очень большое количество амбулаторных визитов пациентов в Беларуси в сравнении со странами СНГ и ЕС (смотри таблицу 5). И наконец, врачи и медсестры первичной системы медико-социальной помощи играют ведущую роль в предоставлении статистических данных по заболеваемости всем главным специалистам, касающихся заболеваемости и оказания медицинских услуг.

3 ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ В БЕЛАРУСИ: НАЦИОНАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ И КОНТЕКСТ

НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ, ПОЛУЧЕННЫХ ИЗ АНКЕТЫ ДЛЯ НАЦИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ

В данной главе представлен обзор существующей в Беларуси на данный момент системы первичной медико-санитарной помощи. Здесь будут рассмотрены аспекты политики и законодательства, финансирования, кадровых ресурсов, образования для тех, кто оказывает медицинские услуги, обеспечения качества и роль пациентов в системе первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, две дополнительные службы будут рассмотрены с точки зрения первичной медико-санитарной помощи, а именно: противотуберкулезная помощь и охрана репродуктивного здоровья.

Информация, представленная в этой главе, была получена из анкет для национального уровня с учетом замечаний и дополнений, сделанными экспертами при проведении специального совещания для анализа данных. Статистические данные любезно предоставлены министерством здравоохранения. При необходимости информация была дополнена данными по итогам обзорного анализа системы здравоохранения Беларуси (20).

В данной главе представлены общий контекст и предпосылки для получения результатов обследований, выполненных среди врачей и пациентов в Витебской и Минской областях, которые описаны в главах 4 и 5. При описании результатов делают ссылки на функции системы здравоохранения и определенные ее параметры, используемые в схеме оценки первичной медико-санитарной помощи в таблице 2.

3.1. Аспекты управления

3.1.1. Параметр: разработка политики

Предшествующая политика развития первичной медико-санитарной помощи

В отличие от других стран региона, после обретения независимости Беларусь внедрила подход постепенного внесения изменений в систему здравоохранения. Не было предпринято никаких немедленных или фундаментальных реформ; производимые изменения носили умеренный характер, а нововведения внедрялись в ограниченных масштабах, а не в масштабах всей страны.

Во второй половине 1990-х годов первичная медико-санитарная помощь и общая практика были введены в Беларуси в контексте относительно небольших двусторонних соглашений и в рамках пилотных проектов. В дополнение к подготовке врачей и сестер и уделению внимания вопросам создания условий для врачебной практики, данные проекты фокусировались на развитии политики здравоохранения, где в качестве основного партнера выступало министерство

здравоохранения. В результате появились первые инициативы в области политики оказания первичной медико-санитарной помощи, такие как приказ⁴ № 242 «О поэтапном переходе к организации первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей», изданный министерством здравоохранения в сентябре 1998 года. Приказ содержал описание обязанностей, ответственности и прав представителей новой профессии – врачей общей практики; также там перечислялись квалификационные требования и условия, для существования практики ОП. Кроме того, оговаривались положение и задачи медсестры ОП.

К концу того же года, в декабре 1998, министерством была выпущена еще одна директива по вопросам общей практики: Приказ № 384 «Об организации амбулаторно-поликлинической помощи взрослому и детскому населению и мерах по введению врача общей практики». Целью данного приказа было ускорение процесса перехода на систему общей практики, в частности через улучшение оснащения учреждений ОП и разработку клинических руководств по диагностике и лечению для врачей общей практики.

Для уточнения следует подчеркнуть, что оба нормативных акта были сфокусированы на оказании первичной медико-санитарной помощи только в сельских районах. В то время система общей практики и ВОП не считались оптимальным решением проблемы оказания первичной медико-санитарной помощи в городах. Кроме того, в отсутствие у первичного звена дополнительных ресурсов действие обеих приказов носило ограниченный характер. Никаких фундаментальных изменений в системе распределения ресурсов произведено не было, и постоянная нехватка кадров для работы в сельских регионах стала еще одной трудной проблемой.

Основное видение и планы развития первичной медико-санитарной помощи

Видение и основные планы развития первичной медико-санитарной помощи в Беларуси были в основном сформулированы в двух правительственных документах и Государственной программе. Правительственные документы включали постановление от 2000 года относительно нового принципа финансирования здравоохранения и «концепции» развития первичной медико-санитарной помощи на период 2003-2007 годов. Государственная программа была направлена на возрождение села. Эти документы и государственная программа описаны ниже.

Постановление о совершенствовании механизма финансирования в здравоохранении

Это постановление Совета министров (№ 1225 от 10 августа 2000г.), определяющее финансирование национального здравоохранения по принципу «на душу населения» после осуществления пилотного проекта в Витебской области. Порядок применения данного механизма финансирования был детализирован в циркулярном письме министерства здравоохранения и министерства финансов Республики Беларусь (№ 40/101 от 29 сентября 2000 года). В сотрудничестве с региональными органами исполнительной власти Витебска оба министерства совместно поддержали пилотный проект в этом северном регионе, целью которого была апробация более рационального принципа перераспределения ресурсов для здравоохранения, особенно в области оказания первичной медико-санитарной помощи и профилактики. Кроме финансирования на душу населения, была введена контрактная система для врачей первичного звена. Это постановление и последующее циркулярное письмо определили ежегодные

⁴ Приказ является административным указанием, предназначенным для центральных или региональных органов управления (здравоохранения), оговаривающий технические детали или механизм удовлетворения специфических потребностей

бюджетные и плановые нормы, как на республиканском уровне, так и на уровнях отдельных областей, включая город Минск.

Мероприятия, указанные в циркулярном письме министерства были направлены на:

- улучшение эффективности использования ресурсов путем определения приоритетности первичной медико-санитарной помощи и профилактики как более экономичного типа медицинских услуг по сравнению с больничным уходом;
- концентрацию ресурсов в тех областях здравоохранения, где они оказывают наибольшее экономическое и клиническое воздействие;
- обеспечение территориального перераспределения ресурсов в целях снижения неравенства в объемах, условиях и доступности медицинских услуг;
- децентрализацию управления в системе здравоохранением и придание ему большей независимости для выделения ресурсов в соответствии с региональными и местными потребностями и условиями;
- уменьшение неравенства между областями с точки зрения доступа и качества медицинской помощи путем снижения диспропорции в обеспечении амбулаторными и клиническими услугами для различных групп населения.

Планируемые мероприятия выглядели очень амбициозными, так как они впервые означали отход от принципа финансирования белорусской системы здравоохранения на основе финансирования по количеству коек. Вероятно по этой причине, данные мероприятия были реализованы не сразу. После того как они были повторно внесены в другие распоряжения и постановления, в конечном итоге в 2004 году началось их осуществление, но и по сегодняшний день они еще полностью не реализованы. Тем не менее в условиях Беларуси данные мероприятия стали первым шагом на пути признания ценности первичной медико-санитарной помощи для эффективного предоставления медицинских услуг.

Концепция развития системы здравоохранения Республики Беларусь на период 2003-2007 годов

Этот документ по вопросам политики включал ориентиры для будущего развития системы здравоохранения на период 2003-2007 годов. Данная концепция была принята Советом министров 8 октября 2003 года (согласно постановлению № 1276). Помимо определения основных принципов системы здравоохранения Республики Беларусь, заключающихся во всеобщем и бесплатном доступе к медицинским услугам, финансируемым за счет государственного бюджета, данная концепция обеспечивала план перехода на новые модели предоставления первичной медико-санитарной помощи. Перераспределение ресурсов при этом должно осуществляться в соответствии с этим новым приоритетом. Основные моменты данного документа включали:

- осуществление мер, прописанных в вышеупомянутых постановлении и циркулярном письме (по выделению бюджетных средств в расчете на одного жителя в соответствии с установленными нормативами);
- разработку необходимого законодательства в соответствии с новой моделью финансирования здравоохранения в расчете на одного жителя, а не на объеме оказываемых услуг;

- разработку и внедрение программ развития здравоохранения в регионах;
- особое внимание всех секторов здравоохранения решению основных проблем здоровья, затрагивающих работающее население (в частности сердечно-сосудистых заболеваний, цереброваскулярных заболеваний и несчастных случаев);
- улучшение стратегии по профилактике и санитарному просвещению;
- разработку стандартов медицинского обслуживания на первичном, вторичном и третичном уровнях;
- завершение внедрения модели оказания первичной медико-санитарной помощи, основанной на принципах общей практики, включая применение необходимого медицинского оборудования, во всех сельских районах до 2005 года;
- продолжение и усиление мер для борьбы с туберкулезом, алкоголизмом, наркоманией и заболеваниями, передающимися половым путем;
- применение ресурсосберегающих технологий;
- приоритетное внимание осуществлению наиболее экономически эффективных мероприятий;
- улучшение качества оказываемых услуг путем стандартизации медицинских технологий и согласования систем управления;
- совершенствование системы оплаты труда медицинскому персоналу на основе конечных результатов (что дает им возможность увеличить свои доходы);
- развитие унифицированной системы информационных технологий применительно к оказанию медицинских услуг.

Интересным элементом данной концепции стало внедрение модели общей практики применительно к медицинскому обслуживанию в городских районах. Таким образом, предназначение этой модели уже не ограничивалось исключительно сельскими районами. В концепции указывалось что, в зависимости от местных условий, принципы общей практики могут внедряться в пригородных районах. Кроме того, на экспериментальной основе отделения общей практики могут быть созданы в городских поликлиниках в целях содействия разделению функций (и сотрудничеству) между врачами общей практики и узкими медицинскими специалистами.

Возможности применения данной концепции сделали ее далеко направленной, однако не все цели были достигнуты и не все существенные аспекты были приведены в исполнение. К примеру, сельские больницы были преобразованы в учреждения социального ухода и сельские амбулатории стали медицинскими учреждениями, где работали врачи общей практики. Это усложнило достижение основной цели, заключающейся в уменьшении числа ненужных госпитализаций, экстренных вызовов и записей на прием к узким медицинским специалистам. Помимо отсутствия доверия пациентов к новой системе общей практики и низкому престижу работающих в ней врачей, общая нехватка врачей, занятых в системе первичной медико-санитарной помощи, стала препятствием на пути ее реального усиления. Выделение ресурсов в секторе здравоохранения для больничного ухода преобладает над финансированием для оказания первичной медико-санитарной помощи.

Государственная программа⁵ возрождения и развития села

Для реализации целей вышеупомянутой концепции Государственная программа возрождения и развития села на 2006 год предусматривала внесение существенного вклада в решение поставленных задач – и эта работа продолжается. Масштабы данной Государственной программы (рассчитанной на 2006-2010 годы) были шире простого оказания медицинской помощи. Главной ее целью было уменьшение различий в уровне жизни жителей сельских и городских районов, включая внедрение модели общеврачебной медицинской практики во всех сельских амбулаторных учреждениях к 2010 году. С этой целью планировалось качественно улучшить медицинское оборудование и общее состояние зданий медицинских учреждений и переподготовить врачей (терапевтов и педиатров), работающих в амбулаториях, во врачей общей практики. Внедрение этой концепции и Государственной программы способствовали вложению инвестиций в оказание первичной медико-санитарной помощи в сельских районах, а также улучшению качества и расширению доступа к медицинским услугам для сельского населения.

Другие меры в области политики

В дополнение к упомянутым выше основным инициативам, были приняты другие меры, актуальные для оказания первичной медико-санитарной помощи. Они имеют более узкую (техническую) область применения. Ниже приводится их краткое описание.

- В **2001** году Минздравом РБ был издан приказ № 132 “О мерах по усовершенствованию первичной медико-санитарной помощи населению в Республике Беларусь”. Приказ предусматривал расширение задач врачей общей практики в отношении проведения медосмотров и выдачи свидетельств о заболевании. Что касается регулярного медосмотра детей в школах и детсадах, студентов, ветеранов войны, то приказ не предусматривал участия узких медицинских специалистов, если только результаты обследования не выявляли необходимость обращения к таким специалистам.
- В январе **2002** года Министерство труда и социальной защиты издало постановление № 6 “О совершенствовании системы оплаты медицинских работников, занятых в системе министерства здравоохранения, финансируемой из государственного бюджета”. Документ предусматривал внедрение системы оплаты врачам общей практики в зависимости от конечных результатов. Врачи общей практики могли получить премию, составляющую 40% их основного оклада, при условии достижения ряда показателей: числа амбулаторных вызовов, госпитализаций, направлений к узким специалистам, а также в зависимости от пропорции принятых ими пациентов. Ожидалось, что данное постановление повысит качество оказываемой первичной медико-санитарной помощи, а также будут созданы лучшие условия для принятия на работу врачей общей практики и что они будут более мотивированы при оказании медицинской помощи.
- В июле **2002** года вступил в силу другой приказ № 116 Минздрава РБ “О упорядочении ведения учетно-отчетной документации врачами общей практики”. Данный приказ стал реакцией на жалобы со стороны врачей общей практики на высокий объем выполняемых ими административных задач и составление многочисленных отчетов. В приказе были перечислены все необходимые формы статистических отчетов, составляемых врачами

⁵⁾ Государственные программы обычно носят широкий характер и финансируются из национального бюджета и осуществляются вне системы МЗ.

общей практики. Отчеты и формы, не одобренные Министерством, будут изъяты из номенклатуры и запрещены.

- В феврале **2005** года Министерство труда и социальной защиты издало постановление, в соответствии с которым зарплата участковых терапевтов и педиатров, ВОП и участковых медсестер увеличивалась на 40% от размера их основного оклада.
- В мае **2005** года Министерство здравоохранения РБ издало приказ № 95 “Об утверждении штатных единиц медицинских работников амбулаторий”. Этот документ устанавливал нормы оказания медицинских услуг в системе первичной медико-санитарной помощи. Для врачей общей практики эта норма составляла 1200 человек (независимо от возраста и пола) на одну штатную единицу; для участковых терапевтов 1700 жителей; и для участковых педиатров 800 детей. Для медсестер и акушерок эта норма составляла 1500 женщин в возрасте от 15 лет. Данный приказ упорядочил ситуацию, при которой ранее врачи и медсестры, вследствие нехватки персонала, вынуждены были обслуживать большее число пациентов, не получая за это соответствующей зарплаты.
- Также в **2005** году была опубликована Национальная программа демографической безопасности, рассчитанная на 2006-2010 годы. Несмотря на то что она не была нацелена исключительно на здравоохранение, эта программа имела значение для предоставления населению медицинских услуг. В ответ на ухудшающуюся демографическую ситуацию в стране программа предусматривала ежегодное проведение диспансеризации всего населения с целью выявления сердечно-сосудистых заболеваний, болезней легких, включая туберкулез, сахарного диабета, а также гинекологических и раковых заболеваний. Такой подход потребует значительной части ресурсов в системе первичной медико-санитарной помощи.

Цели развития первичной медико-санитарной помощи

Вышеупомянутая Государственная программа возрождения и развития села на 2006 год по-прежнему остается важнейшим рамочным документом для будущего развития первичной медико-санитарной помощи в Беларуси. Она предусматривает полную реализацию модели общей медицинской практики в сельских районах, включая переподготовку на специалистов общей практики участковых терапевтов и педиатров, а также модернизацию помещений, оснащение медицинской аппаратурой и улучшение условий труда врачей общей практики и медсестер. В настоящее время разрабатываются две другие государственные программы: Государственная программа развития первичной медико-санитарной помощи и Государственная программа развития амбулаторной помощи. Ожидается, что данные программы будут включать следующие важные элементы:

- Постепенный переход в финансирования больничного сектора на финансирование поликлинической и первичной медико-санитарной помощи.
- Полное укомплектование системы первичной медико-санитарной помощи врачами и медсестрами.
- Расширение функций и обязанностей медсестер.
- Развитие новых услуг, таких как хирургия одного дня в клинике и медицинский уход на дому.

- Инвестирование в оснащение поликлиник оборудованием.
- Дифференциация вызовов по степени экстренности: при низкой степени экстренности машины скорой помощи не задействуются.
- Интеграция репродуктивного здоровья и противотуберкулезного лечения в систему оказания первичной медико-санитарной помощи.

Ожидается, что в ближайшем будущем первичная медико-санитарная помощь в Беларуси станет более четкой. Государственная программа развития системы первичной медико-санитарной помощи станет более конкретной по сравнению с предыдущими документами. Кроме того, внедрение моделей общей практики в оказание первичной медико-санитарной помощи в городских медицинских условиях уже больше не кажется чем-то неприемлемым. Однако развитие принципов общей практики в городских районах сталкивается с большим скептицизмом по сравнению с внедрением данной системы в сельских районах, что объясняется конфликтом интересов и общим отношением, когда предпочтение явно отдается узким медицинским специалистам.

Центральные и региональные полномочия

В иерархии системы здравоохранения Республики Беларусь Министерство здравоохранения стоит на вершине. Правительство страны совместно с Министерством здравоохранения несут основную ответственность за функционирование данной системы, что выражается в определении приоритетов в развитии медико-санитарной помощи, управлении процессами оказания медицинской помощи и разработки необходимых нормативных актов. Областные и районные органы здравоохранения несут ответственность за финансирование и предоставление качественных медицинских услуг на местах. Однако их роль в принятии решений ограничена. Преобладают процессы развития здравоохранения по так называемому вертикальному принципу «сверху вниз», что плохо способствует разделению полномочий между различными органами управления. Кроме того, поскольку ответственность за финансирование здравоохранения была возложена на местные органы управления, неравенство в обеспечении качественной медицинской помощью между более богатыми городскими районами и более бедными сельскими районами усилилось.

Позиция Министерства здравоохранения по отношению к развитию первичной медико-санитарной помощи

До недавнего времени развитие первичной медико-санитарной помощи осуществлялось совместно с системой оказания помощи узкими медицинскими специалистами в системе Министерства здравоохранения. И только в январе 2007 года при Министерстве здравоохранения был образован специальный отдел первичной медико-санитарной помощи. В обязанности отдела входит обеспечение амбулаторной и поликлинической медицинской помощи, поставка медицинских препаратов для системы первичной медико-санитарной помощи и скорой помощи.

Представители министерства указали, что создание данного отдела имело следующие последствия:

- улучшение отношений с другими министерствами,

- более системное и интегрированное оказание услуг и уменьшение раздробленности в работе,
- усиление приоритетов в оказании первичной медико-санитарной помощи внутри самого министерства,
- больше внимания мнению самих пациентов,
- повышение внимания улучшению качества оказываемых медицинских услуг в сельских районах.

Региональные различия в оказании первичной медико-санитарной помощи

Несмотря на то что региональным органам здравоохранения формально принадлежат больницы и поликлиники, находящиеся на территории той или иной области, тем не менее уровень их самостоятельности в реализации политики с учетом региональных приоритетов является недостаточным для определения различий между областями и районами в плане организации системы первичной медико-санитарной помощи и оказания услуг. Областные и районные органы здравоохранения исполняют центральные предписания и директивы Министерства здравоохранения. Однако, несмотря на то что модели организации и оказания медицинской помощи унифицированы в масштабах всей страны, способы их практического применения не всегда равноценны. Вследствие усиления роли местного финансирования определенные различия между богатыми и бедными районами все еще существуют. В частности, в районах, где больше развита промышленность, уровень оказываемых медицинских услуг обычно выше, нежели в районах, где экономическая база отсутствует. Это объясняет общее различие между городскими и сельскими районами. Вследствие обширности территорий с низкой плотностью населения обеспечение первичной медико-санитарной помощи в сельских районах в огромной степени зависит от интенсивности работы фельдшерских пунктов (ФАПов), где работают фельдшера и акушерки, а врачи, как правило, отсутствуют. Медицинская помощь с привлечением врачей осуществляется в сельских районах через амбулатории. Таким образом, доступ к медицинской помощи населения, живущего в удаленных районах, ограничен.

3.1.2. Параметр: профессиональное развитие

Лицензирование и (ре-)аккредитация

Врачи

В действительности, существуют формальные требования для врачей, работающих в системе оказания первичной медико-санитарной помощи; они касаются как врачей, работающих в государственном секторе, так и врачей (число которых невелико), занятых в частном секторе.

Здесь применяются следующие требования:

Во-первых, оказанием первичной медико-санитарной помощи могут заниматься только: терапевты (вне зависимости от того, работают ли они в системе первичной медико-санитарной помощи больнице или же в больнице); педиатры (опять же место работы не имеет значения); врачи общей практики (завершившие один из официальных курсов для переподготовки). Остальные специалисты, желающие работать в секторе оказания первичной медико-санитарной помощи, должны, прежде всего, пройти курсы по переподготовке на врача общей практики.

Во-вторых, врачам, работающим в системе первичной медико-санитарной помощи, необходимо подтверждать свою квалификацию каждые 5 лет, в течение которых они формально обязаны уделить как минимум 80 часов в рамках программы повышения квалификации. Обычно это время заполняется стандартными курсами, организованными БелМАПО (Белорусской медицинской академией последипломного образования в Минске). Участие в конференциях, одобренных Министерством здравоохранения или региональными органами здравоохранения, также считается повышением квалификации. Врачи, не подтвердившие квалификацию или не сдавшие экзамен, не получают более высокую квалификационную категорию и связанную с ней компенсацию. Как следствие, они могут быть переведены на более низкую должность, совместимую соответственно с более низкой квалификацией.

Медсестры и акушерки

Для медсестер и акушерок процедура подтверждения квалификации также происходит каждые 5 лет. Однако, время, затраченное на повышение квалификации, составляет 40 часов (за 5-летний период). Повышение квалификации для медсестер и акушерок организуется училищами для повышения квалификации медсестер. Как и для врачей, участие в конференциях, одобренных Министерством здравоохранения, может учитываться как повышение квалификации. Несдача экзаменов имеет аналогичные последствия, как и для врачей.

Показатели качества первичной медико-санитарной помощи

Для контроля качества оказываемой первичной медико-санитарной помощи Министерство здравоохранения ежегодно, в плановом порядке, использует методы, позволяющие выделить основные показатели конечных результатов работы:

- Наличие медицинского персонала (врачей, медсестер, акушерок); количество вакансий.
- Количество обращений пациентов за первичной медико-санитарной помощью (включая непосредственные обращения к медицинским специалистам в поликлиниках).
- Уровень смертности в перинатальный и младенческий период.
- Показатель рождаемости.
- Показатель смертности у населения в трудоспособном возрасте (с разбивкой по причинам смерти).
- Невыход на работу вследствие болезни (на 100 работающих в трудоспособном возрасте с разбивкой по категориям заболеваний – показывает эффективность работы медицинских работников).
- Первичная инвалидность в трудоспособном возрасте (количество новых выявленных случаев потери трудоспособности в течение длительного периода вследствие травмы или болезни).
- Процент лиц в возрасте 18 лет и старше, обследуемых на туберкулез или же другие легочные заболевания с помощью флюорографии.
- Процент женщин старше 17 лет, которым был назначен мазок Папаниколау (способный выявлять на ранней стадии рак шейки матки).

- Ежегодный показатель количества госпитализаций (на 1000 населения).
- Амбулаторные визиты (на 1000 населения).
- «Неадекватная медицинская помощь»: абсолютное число выявленных на поздней стадии случаев злокачественных новообразований или ТБ (такие случаи подвергаются расследованию в целях выявления некомпетентной медицинской помощи).
- Обоснованные жалобы пациентов (абсолютное число).

Не было получено информации о том, как такие показатели используются для мониторинга качества первичной медико-санитарной помощи и какие значения показателей послужат для применения мер с целью улучшения качества помощи.

3.1.3. Параметр: условия для оказания медицинской помощи

Установленные нормы обслуживания населения специалистами ПМСП

В таблице 6 указаны национальные нормы обслуживания (максимального) числа пациентов на ВОП, терапевта, педиатра и акушерку. Эти штатные нормы определяет Министерство здравоохранения. В действительности врачи и акушерки обычно обслуживают намного большее число пациентов по сравнению с национальными нормами. Основной причиной такой высокой нагрузки на медработников чаще всего является нехватка специалистов.

Таблица 6: Численность контингента на одного специалиста, работающего в системе первичной медико-санитарной помощи

Тип работников ПМСП	Численность обслуживаемого контингента (на ставку)
ВОП	1200
Участковый терапевт	1700
Участковый педиатр	800*)
Акушерка	1500**)
*) Дети до 18 лет	
**) Женщины старше 15 лет	

В таблице 7 приводятся данные, характеризующие нехватку специалистов в системе первичной медико-санитарной помощи.

Таблица 7: Нехватка специалистов в системе первичной медико-санитарной помощи на региональном или национальном уровне.

Профессии ПМСП	Недостатка в специалистах нет	Нехватка в отдельных регионах	Острая нехватка в стране в целом
Врачи общей практики		√	
Медсестры ПМСП		√	
Гинекологи		√	
Стоматологи	√		
Фармацевты	√		
Акушерки ПМСП		√	
Физиотерапевты	√		
Участковые терапевты			√
Участковые педиатры			√

Что касается участковых терапевтов и участковых педиатров, нехватка данных специалистов остро ощущается на республиканском уровне. Это именно те профессии, когда врачи позднее переqualифицируются в специалистов общей практики. Нехватка врачей общей практики присутствует только в некоторых районах. Данная проблема также актуальна для медсестер ПМСП, акушерок ПМСП и физиотерапевтов. Причина кадровой нехватки вышеназванных специалистов на региональном уровне заключается в непривлекательности некоторых районов для работы и проживания. Малонаселенные районы, такие как, например, Витебская область, не обладают достаточной степенью привлекательности. Что касается Гомельской и Могилевской областей, то причина непопулярности этих регионов по-прежнему связана с радиоактивным заражением после аварии на Чернобыльской АЭС.

Виды практики

Отсутствует информация о количестве врачей общей практики, работающих: самостоятельно, группами по 2 и 3 человека, большими группами по 4 человека и более, смешанными группами совместно с медицинскими специалистами.

Роль системы ПМСП как рационального фильтра

Ранее в Белорусской системе здравоохранения, формально пациентам не требовался визит к врачу общей практики, участковому терапевту или педиатру непосредственно перед обращением к узкому медицинскому специалисту. В настоящее время участковые терапевты и участковые педиатры обладают очень ограниченными профессиональными возможностями и, следовательно, не имеют права выступать в качестве «рационального фильтра», который выдает направление к специалистам. В городских поликлиниках у участковых терапевтов и педиатров фактически отсутствует необходимое оборудование для элементарного медицинского обследования или выполнения процедур, в частности, в области оториноларингологии, офтальмологии, неврологии и хирургии. Следовательно, эти услуги относятся к функциям соответствующих узких специалистов. Кроме того, участковым терапевтам и педиатрам нельзя выполнять комплексные медицинские осмотры, способные выявить патологии в вышеуказанных областях (оториноларингологии, офтальмологии, неврологии и ортопедии). Они также не имеют права выдавать пациенту листок о нетрудоспособности по патологии в этих областях.

3.1.4. Параметр: условия для отзывчивости оказания медицинских услуг

Роль заинтересованных организаций

Помимо Министерства здравоохранения, заинтересованным организациям в Беларуси (учреждениям медицинского образования, профессиональным ассоциациям и профсоюзам) отводится своя роль в системе оказания первичной медико-санитарной помощи. Как уже упоминалось ранее, Министерство здравоохранения играет доминирующую роль в определении стратегии ПМСП, в ее внедрении в общую систему оказания медицинских услуг, мониторинге процессов ее реформирования.

Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО) и медицинские университеты страны играют роль в развитии системы первичной медико-санитарной помощи. Эти учреждения вносят значительный вклад в принятие решений, касающихся повышения профессиональной квалификации медицинских специалистов.

Белорусская ассоциация врачей является важным партнером Министерства здравоохранения при обсуждении новых документов в области политики и вносит свой вклад в разработку и развитие программ медицинского обслуживания. Действуя под патронажем Белорусской Ассоциации врачей БАВОП (Белорусская ассоциация врачей общей практики) вносит значительный вклад в принятие решений относительно развития так называемой семейной практики в контексте ПМСП.

И, наконец, профсоюзы медицинских работников участвуют в защите условий труда и обеспечении социальной защищенности врачей, медсестер, акушерок, а также других работников сферы здравоохранения.

Вышеупомянутые организации организуют на регулярной основе совместные встречи с Министерством здравоохранения. В ходе этих встреч (коллегий) представители Министерства совместно со своими коллегами из других организаций обмениваются информацией и мнениями относительно проектов, планов, а также значимых вопросов, касающихся здравоохранения. Такие коллегии существуют как на республиканском уровне, так и на региональном.

Роль неправительственных организаций

Несмотря на то, что в Беларуси есть множество неправительственных организаций (НПО), их роль в системе здравоохранения невелика. Деятельность таких организаций эффективна в борьбе с последствиями аварии на Чернобыльской атомной станции 1986 года (при этом привлекаются иностранные средства). Помимо этого, существуют различные объединения и неофициальные инициативные группы пациентов с одним и тем же (хроническим) заболеванием, которые вносят в Министерство здравоохранения предложения об улучшении уровня и условий медицинского обслуживания для своих членов. Однако существует очень мало предпосылок для того, чтобы неправительственные организации в Беларуси выполняли структурную роль в принятии решений, влияющих на политику в секторе здравоохранения. Формально в Беларуси нет организаций, которые бы защищали интересы или права пациентов.

Право пациента на выбор

Право на получение свободного доступа к медицинской помощи для любого гражданина Республики Беларусь записано в Конституции. Современное понимание этого права заключается в том, что пациент имеет непосредственный доступ к любому виду медицинской помощи по своему выбору. Любое ограничение этого выбора, даже если оно было введено ради повышения эффективности распределения ресурсов, считается нарушением этого основного права и соответственно недопустимо. Такая интерпретация права на доступ к медицинской помощи стала основным препятствием для реформирования системы здравоохранения, целью которого станет более рациональное и эффективное использование ресурсов, к примеру, посредством введения системы доступа пациентов к специализированным медицинским услугам. До тех пор пока первичная медико-санитарная помощь воспринимается общественностью как нечто второстепенное по сравнению со специализированной помощью, введение в ПМСП принципа обязательной очередности будет сложно осуществимо. Эта ситуация сильно ограничивает дальнейшее развитие ПМСП в стране.

Основное право доступа к медицинской помощи предполагает то, что граждане могут бесплатно стать на учет в амбулатории или поликлинике по своему выбору. Обычно место жительства предопределяет выбор медицинского учреждения ПМСП. Однако в самом учреждении пациенты могут выбирать врача, к которому они хотят записаться на лечение. Данное право имеют как молодые люди (в возрасте 18 лет), так и люди старшего возраста. Однако несмотря на свои права, пациенты зачастую сталкиваются с ограничением в использовании в полной мере медицинских услуг. Географический фактор сказывается на ограничении выбора пациентов (большие расстояния усложняют в значительной мере доступ к получению медицинской помощи). Зачастую квалифицированную и своевременную помощь можно получить только в специализированных частных диагностических центрах, или в специальных платных кабинетах государственных учреждений в качестве дополнительной платной услуги непосредственно за наличный расчет.

Права пациентов и обратная связь

Вышеупомянутое право на доступ к получению медицинской помощи было заложено в Конституцию в 1994 году (с последующими поправками, внесенными в 1995, 1996 и 2004 годах). Раздел 2, статья 45, Конституции гласит: "Гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания"

Специальное законодательство /нормативные акты

Не существует специального законодательства, которое бы определяло права пациентов. Однако в главе 29 Закона о здравоохранении прописаны права и обязанности пациентов, включая "информированное согласие".

Жалобы пациентов

Принимая во внимание тот факт, что центральные органы здравоохранения серьезно воспринимают отзывы пациентов и пользователей медицинскими услугами, было разработано множество нормативных актов, регулирующих процедуры рассмотрения поступающих жалоб от пациентов. Эти вопросы детально регулируются в следующих документах:

- Закон "Об обращениях граждан" (от июня 1996, с поправками, внесенными в ноябре 2004 года).

- Декрет Президента № 2 от января 2005 года “О совершенствовании работы с населением”.
- Инструкция Министерства здравоохранения № 234 “Об утверждении инструкции по работе с обращениями пациентов в Министерство здравоохранение” (март 2007 г.). В этой инструкции разъясняется порядок рассмотрения письменных обращений пациентов; порядок принятия мер в ответ на жалобы и предложения, регистрируемые в специальном журнале; определены необходимые процедуры для рассмотрения жалоб пациентов с участием самих пациентов; а также порядок организации работы “горячей линии” в Министерстве или в региональных органах здравоохранения в целях оперативного рассмотрения жалоб пациентов.
- Декрет Президента Республики Беларусь № 2 от января 2005 года предписывает всем государственным учреждениям, включая учреждения системы первичной медико-санитарной помощи, иметь в наличии книгу жалоб и предложений, которая должна быть доступной для пациентов и предоставляться им по первому требованию. В течение 15 дней администрация медицинского учреждения должна дать письменный ответ пациенту, оставившему запись в данной книге. Все оставленные жалобы и предложения должны быть рассмотрены соответствующими органами управления (с последующей реакцией на них). Все жалобы и предложения должны рассматриваться органами здравоохранения.

Жалобы, касающиеся организационных вопросов, рассматриваются соответствующими специалистами или руководителями. Для рассмотрения других жалоб в медицинских учреждениях существуют специальные комиссии. Кроме того, органы здравоохранения серьезным образом относятся к вопросам оказания медицинских услуг, которые рассматриваются в средствах массовой информации.

Участие пациентов/ удовлетворение медицинской помощью

Министерство здравоохранения полностью осознает важность показателя удовлетворенности медицинской помощью пациентов. Специальный приказ обязал администрацию всех амбулаторных медицинских учреждений проводить ежеквартальное анкетирование пациентов и предоставлять эти отчеты анкетирования своему руководству. Для небольших учреждений составление таких отчетов является обременительным. Кроме того, достоверность этих отчетов можно подвергнуть сомнению, так как при их составлении не были задействованы внешние независимые органы. Другая причина, обуславливающая предвзятость результатов, заключается в том, что в руководители учреждений не заинтересованы в сообщении негативной информации на более высокий уровень своему руководству.

3.2. Аспекты формирования ресурсов

3.2.1. Параметр: работники в системе ПМСП

Таблица 8: Абсолютные и относительные цифры: количество медицинских и немедицинских работников в системе первичной медико-санитарной помощи

Действующие "поставщики медицинских услуг"	Кол-во (в 2007 г.)	В % от числа: *)
Врачи общей практики	525	Всех врачей системы ПМСП: 9,9%
Участковые терапевты	2 944	Всех врачей системы ПМСП: 55,3%:
Участковые педиатры	1 856	Всех врачей системы ПМСП: 34,8%
Все врачи в системе ПМСП*)	5 325	Всех врачей в Беларуси: 12,4%**)
Медсестры ПМСП	21 129	Всех медсестер в Беларуси: 18,2%***)
Акушерки ПМСП	≈ 2 532	Данных нет
Фельдшеры	≈ 3 742	Данных нет

*) Обще кол-во ВОП, терапевтов и педиатров; врачи скорой помощи не включаются.
**) Общее кол-во работающих врачей: 42 825 (2007); Согласно базе данных НФА ВОЗ, 7,8% всех врачей работает в системе ПМСП
***) Общее кол-во работающих медсестер: 116 337 (2006)

Как указано во вводной главе, в Беларуси число врачей и медсестер в расчете на численность населения очень высокое. Что касается медсестер, то за последнее десятилетие их необходимое количество было всегда стабильным. В настоящее время, нет признаков, указывающих на снижение роста числа врачей (20).

Из всего числа активно практикующих в стране врачей всего лишь одна восьмая часть работает в амбулаториях или поликлиниках в системе ПМСП. Большое число врачей, работающих в системе первичной медико-санитарной помощи, представляет собой традиционный тандем: "участковый терапевт/участковый педиатр". Несмотря на то что переподготовка на врачей общей практики осуществляется с середины 1990-х годов, на сегодняшний день число активно практикующих врачей общей практики составляет лишь 525 человек, или 10% от количества, необходимого для эффективной работы системы ПМСП. Создается впечатление, что большое число медицинских специалистов, переподготовленных на врачей общей практики, не могут остаться работать в системе ПМСП.

Число медсестер, занятых в системе ПМСП, составляет 21 129, или 18% от общего числа работающих в данный момент медсестер. В системе ПМСП отношение числа врачей к числу медсестер составляет 1:4, в то время как в системе здравоохранения в целом это отношение составляет 1:2,7.

Число акушерок и фельдшеров, работающих в системе ПМСП, составляет соответственно 2 532 и 3 742. В силу схожести данных профессий эти цифры могут быть неточными.

3.2.2. Параметр: профессиональное развитие

Профессиональные организации и публикации

Белорусская ассоциация врачей общей практики, которая является сегментом Белорусской ассоциации врачей, была создана в конце 1990-х годов как добровольная организация в рамках двустороннего проекта развития системы первичной медико-санитарной помощи. В настоящий момент эта ассоциация насчитывает 250 членов; таким образом, почти половина из активно практикующих в стране врачей общей практики состоят в этой ассоциации.

Одной из целей деятельности ассоциации является профессиональное развитие, включая разработку клинических нормативов для врачей общей практики, научную деятельность (практические исследования и анализ). Зачастую Министерство здравоохранения просит ассоциацию предоставить информацию относительно возникающих вопросов в системе ПМСП. Деятельность ассоциации ограничена вследствие недостаточного финансирования.

В Беларуси нет ни одного специализированного профессионального издания, посвященного семейной медицине или общей практике. Научные статьи, а также другие публикации, касающиеся первичной медико-санитарной помощи и общей практики, в настоящее время издаются в журнале “Медицина”

Медицинское образование

В Беларуси имеются следующие университеты и институты, которые являются медицинскими учреждениями образования (включая последипломное образование):

- Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
- Витебский государственный медицинский университет (Витебск)
- Гродненский государственный медицинский университет (Гродно)
- Гомельский государственный медицинский университет (Гомель)
- Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО, Минск)

Таблица 9: Медицинские институты которые предоставляют возможность для (пере)подготовки врачей общей практики; особенности программ (пере)подготовки; количество сертифицированных врачей общей практики

Институты дающие образование по специальности врач общей практики	Кол-во профессоров по данной специальности	Продолжительность курса программы (пере)подготовки ВОП	Период работы в системе ПМСП в течение курса (пере)подготовки	Кол-во сертифицированных врачей общей практики
Витебский государственный медицинский университет (отделение ВОП)	нет	6 месяцев (переподготовка терапевтов и педиатров)	2 месяца	около 200 (с 2001 г.)
Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО)	нет	6 месяцев (переподготовка терапевтов и педиатров)	2 месяца	около 600 (с 1998 г.)
	нет	24 месяцев (последипломная специализация)	6 месяцев	38 (с 2000 г.)

Подготовка врачей общей практики развита слабо в стране. Только два из пяти медицинских институтов предоставляют программы (пере)подготовки врачей общей практики: Витебский государственный медицинский университет и Белорусская медицинская академия последипломного образования (БелМАПО). Полная последипломная специализация по специальности общая практика доступна только в БелМАПО, однако ее возможности ограничены.

Учитывая тот факт, что на сегодняшний день в Беларуси семейная медицина и общая практика не считаются академической дисциплиной (ввиду их отсутствия в перечне академических научных дисциплин), то соответственно нет и профессоров в этих медицинских областях. Включение в список представляет большую сложность, хотя уже есть некоторые подвижки в этом направлении. Скепсис, присутствующий в медицинской среде Беларуси относительно этой новой специальности, является еще одной причиной сложившейся ситуации.

Стажеры, проходящие курс переподготовки, должны уделить два месяца из шести работе в системе ПМСП. Для прохождения полного курса специализации потребуются шесть месяцев из двух полных лет, отведенных на весь курс.

С момента введения в Беларуси общей практики (уже более десяти лет назад) порядка 838 врачей общей практики прошли курс переподготовки (большинство из них прошли сокращенные курсы). В этой связи представляется значимым приведение двух сравнений. Во-первых, учитывая тот факт, что, согласно оценкам, общее число врачей общей практики для Беларуси должно составлять 8000, можно сделать вывод, что образовательных возможностей недостаточно для окончательного внедрения модели общей практики в систему ПМСП страны. В настоящее время БелМАПО совместно с Витебским государственным медицинским университетом стабильно готовят 90-100 врачей общей практики. Во-вторых, из всех подготовленных врачей общей практики (838 специалистов) только одна треть в настоящее время работает по данной специальности. Это снижает образовательные возможности в подготовке специалистов для системы первичной медико-санитарной помощи, а также является индикатором непопулярности этой области медицинского обслуживания. Данная ситуация ставит под угрозу далеко идущие планы Министерства здравоохранения Республики Беларусь по развитию ПМСП.

Обеспечение качества

Командный метод управления является доминирующим методом управления в системе здравоохранения Республики Беларусь. Качество оказываемых медицинских услуг контролируется посредством четких медицинских и административных предписаний, частых инспекций, требований к составлению детальных отчетов и санкций в случае невыполнения установленных правил и нормативов.

Во всех учреждениях системы ПМСП на регулярной основе проводятся инспекции (за такие проверки отвечает главный врач района, где проходит проверка). Помимо этого, весь медицинский архив подвергается проверке, осуществляемой различными медицинскими специалистами из районных больниц. В процессе инспекции медицинской информации эти специалисты уделяют внимание специфическим аспектам той или иной специальности, так как при составлении клинических отчетов врачам необходимо руководствоваться индивидуальными требованиями, предъявляемыми к его (ее) специальности. Таким образом, складывается ситуация, при которой у врачей ПМСП появляется множество инспекторов, совместное координирование которых оставляет желать лучшего.

Другая мера, направленная на поддержание качества оказываемых медицинских услуг, заключается в проверке уровня медицинских знаний. Такая проверка проводится раз в пять лет и представляет собой элемент подтверждения квалификации врачей, медсестер, акушерок и фельдшеров.

В целях выполнения нормативов, относящихся к ПМСП, врачи, работающие в этой сфере, обязаны ежеквартально представлять стандартную форму отчета, разработанную Министерством здравоохранения и региональными органами управления. Данный отчет представляет собой итоговый документ о выполненной деятельности за указанный период времени. Данный документ предписывает предоставление информации о показателях уровня смертности и заболеваемости среди трудоспособного населения, о количестве выданных больничных листов, о деятельности по диспансеризации населения, а также информации о количестве выданных направлений к специалистам, госпитализаций и визитов в амбулаторные учреждения. Помимо этого, все учреждения системы ПМСП (даже небольшие) обязаны проводить ежеквартально анкетирование пациентов. Анкетирование населения направлено в первую очередь на оценку доступности пациентов к получению медицинской помощи, а не на проверку качества самой медицинской помощи.

Вся информация, полученная из итоговых отчетов и обследований, обрабатывается соответствующими центральными органами. Эта информация является основой для составления единых отчетов, используемых административными органами здравоохранения для оценки медицинской ситуации в различных регионах страны. Помимо составления этих плановых отчетов, в секторах, не относящихся к здравоохранению (например, в администрации Президента), могут проводиться «параллельные исследования».

Клинические руководства

Большое число инструкций по клинической практике было специально разработано для применения в системе первичной медико-санитарной помощи. Ниже приведены некоторые примеры заболеваний, по которым были разработаны рабочие инструкции для врачей общей практики и других медицинских специалистов системы ПМСП:

- артериальная гипертензия

- бронхиальная астма
- сахарный диабет (тип 2)
- внебольничная пневмония
- инфаркт миокарда (экстренная медицинская помощь)

В общей сложности было разработано более 400 стандартов диагностики и лечения – не только для системы первичной медико-санитарной помощи, но также для вторичной и третичной системы медицинской помощи.

Министерство здравоохранения является инициатором создания инструкций (в том числе связанными с аспектами управления) применительно к клинической практике. Медицинская экспертиза проводится соответствующими республиканскими центрами, а также квалифицированными медицинскими специалистами. Обычно инструкции по клинической практике применительно к системе ПМСП разрабатываются медицинскими специалистами без участия ВОП или других врачей системы первичной медико-санитарной помощи.

Данные руководства распечатываются и распространяются во всех медицинских учреждениях системы ПМСП. Они также доступны на веб-сайте Министерства здравоохранения.

В 2003 году была издана книга, содержащая 70 инструкций по клинической практике непосредственно для системы первичной медико-санитарной помощи. Книга была распространена во всех амбулаторных учреждениях. Каждая тема сопровождалась дополнением, связанным с лекциями по данной тематике.

Специальных инструкций для медсестер не издается. Единственными специалистами (помимо врачей), которые имеют право диагностировать и лечить пациентов, являются фельдшеры. В процессе клинической практики фельдшеры следуют вышеупомянутым инструкциям, разработанным для сферы ПМСП при содействии Министерства здравоохранения

3.3. Аспекты финансирования

3.3.1. Параметр: финансирование и расходы в системе ПМСП

Учреждения системы первичной медико-санитарной помощи являются государственными, однако финансируются из разных источников и контролируются районными органами здравоохранения, как правило, находящимися в районных больницах. Объем бюджетных средств зависит от численности населения в районе, закрепленном за тем или иным учреждением без поправки на возрастные категории больных. Медицинские специалисты, работающие в учреждениях системы ПМСП, являются государственными служащими, но получают заработную плату из местного бюджета (20).

3.3.2. Параметр: (финансовые) стимулы

Механизмы оплаты труда

Величина заработной платы для работников сферы здравоохранения устанавливается централизованно – применяются ежегодные стандартные надбавки за стаж работы, квалификацию,

а также занимаемую должность. Врачи и медсестры, работающие в частном секторе (аптеках, стоматологических клиниках и диагностических центрах) зарабатывают значительно больше. Однако доля частного сектора очень мала. В целом можно сказать, что в сфере здравоохранения заработные платы невелики, соответственно приходится регулярно повышать свою квалификацию с целью увеличения уровня зарплаты. Зачастую применяется премирование с целью привлечения и удержания в сельских районах врачей, работающих в сфере ПМСП. Но поскольку общий уровень заработной платы находится на низком уровне, эффективность такого стимулирования низкая (20).

В настоящее время, врачи общей практики и участковые терапевты не работают в частном секторе. Несмотря на то что уровень оплаты основан на количестве рабочих часов, по существу, заработная плата врачей общей практики и участковых терапевтов зависит от множества элементов. У врача есть базовая тарифная ставка, которая является основой для калькуляции дополнительных выплат. Например, в случае, когда врач или медсестра в системе ПМСП обслуживают больше пациентов, чем это установлено официальными нормами, в таком случае они имеют право получать в полтора раза больше своей базовой ставки (за переработку). Помимо этого заработная плата зависит от общего стажа работы, от стажа работы на одном месте, от стажа работы в системе ПМСП в качестве участкового терапевта, педиатра или врача общей практики (как уже указывалось ранее, в сельских районах существует система надбавок), от квалификационной категории врача (система классификация включает несколько категорий: отсутствие категории, вторая категория, первая категория, высшая категория).

И наконец, врачи имеют возможность получать ежемесячную надбавку по результатам итогового отчета о выполняемой деятельности (по указанным ранее моделям конечных результатов), который оценивается раз в три месяца).

Уровень доходов

Ниже в таблице 10 показан (оценочный) средний уровень дохода врача в возрасте сорока лет (по нескольким медицинским специальностям).

Таблица 10: (Оценочный) общий ежемесячный доход некоторых медицинских специалистов в возрасте 40 лет, занятых в государственной системе здравоохранения в Беларуси.

Медицинская профессия	Общий ежемесячный доход (US \$ / EU €)
Врач общей практики	\$ 500,- / € 345,-
Участковый терапевт	\$ 450,- / € 310,-
Участковый педиатр	\$ 450,- / € 310,-
Гинеколог	\$ 400,- / € 275,-
Специалист по внутренним заболеваниям (стационар)	\$ 500,- / € 345,-
Кардиолог (в поликлинике)	\$ 350,- / € 240,-

Из таблицы 10 видно, что фактор заработной платы не является определяющим при выборе студентов-медиков не в пользу ПМСП. В списке медицинских профессий врачи общей практики занимают первую позицию по уровню оплаты. Вопрос только в том, представляется ли значительной разница в 50 долларов в месяц (или 35 евро) от суммы, получаемой другими специалистами – 450 долларов. Складывается впечатление, что в контексте Беларуси все за-

рабочие платы, указанные в таблице, являются низкими по сравнению с другими профессиями со схожим уровнем образования и обязанностями. Пятидесяти долларов (или 35 евро) недостаточно, чтобы компенсировать низкий престиж профессии, а для специалистов, работающих в сельской местности, – тяжелые условия труда и неблагоприятные условия жизни.

3.3.3. Параметр: доступ к финансовым средствам

Несмотря на конституционные гарантии о всеобщей доступности услуг здравоохранения, существуют определенные финансовые барьеры, препятствующие этому доступу. Действительно, консультации врачей общей практики и районных врачей бесплатны, однако большинство пациентов в системе ПМСП (и в других учреждениях здравоохранения) вынуждены оплачивать выписанные им лекарства для амбулаторного лечения за счет собственных средств. Только особые группы населения и пациенты со специфическими заболеваниями имеют возможность не платить за лекарства либо платить меньше. Например, определенные категории нетрудоспособного населения оплачивают только 10% от общей стоимости выписанных им лекарств. В различных регионах страны ситуация с оплатой лекарств неоднородна. То что лекарственные препараты в системе первичной медико-санитарной помощи, например, для ряда хронических больных, не выделяются бесплатно, создает нежелательные последствия: пациенты, которые не могут позволить себе лекарственные препараты, требуют направления в стационар, где необходимые препараты предоставляются бесплатно.

3.4. Особенности оказания первичной медицинской помощи

3.4.1. Данные о потреблении и оказании медицинских услуг

Собираемая в плановом порядке информация о показателях спроса и предложения в системе ПМСП редко используется врачами общей практики и участковыми врачами в процессе своей профессиональной деятельности (и такую информацию трудно разбить по типам оказываемых услуг). Информация о ПМСП включает в себя деятельность узких медицинских специалистов, работающих в поликлиниках.

Кроме того, нет данных о количестве направлений пациентов из первичного сектора оказания медицинской помощи во вторичный сектор (без госпитализации); также отсутствует информация о количестве выписанных рецептов в системе ПМСП. Информация о рецептах, выписанных врачами общей практики, районными докторами и узкими медицинскими специалистами, позволила бы получить представление об аспектах качества оказываемых медицинских услуг, а также об основных статьях расходов на нужды здравоохранения.

Таблица 11: Показатели спроса и потребления услуг в системе первичной медико-санитарной помощи

Показатели	Норма
Число обращений пациентов в учреждения ПМСП на 1000 жителей, ежегодно	12,7 обобщений *) (на 1000 жителей)
Число направлений к узким медицинским специалистам на 1000 жителей – из системы первичной медико-санитарной помощи	Данных нет **)
Число госпитализаций на 1000 жителей в год – из системы первичной медико-санитарной помощи	274 госпитализаций *) (на 1000 жителей)
Число выписанных рецептов в системе ПМСП на 1000 жителей	Данных нет
*) включая посещение специалистов, работающих в поликлиниках; отдельных данных по ВОП нет	
**) чистое число направлений в сети было рассчитано на основе данных обследования среди врачей; см. главу 4	

Подробная информация о оказании медицинских услуг в системе первичной медико-санитарной помощи будет представлена в главе 4, где будут описаны результаты обследования среди ВОП и участковых терапевтов.

Следующие две главы включают общий обзор двух конкретных медицинских услуг – противотуберкулезных услуг и услуг для охраны репродуктивного здоровья, которые предоставляются в определенной степени в системе первичной медико-санитарной помощи, а также на других уровнях системы здравоохранения. Особое внимание уделено вопросам организации и управления такими услугами – как параллельно с работой системы первичной медико-санитарной помощи, так и внутри такой системы.

3.5. Услуги в связи с ТБ и охраной репродуктивного здоровья

3.5.1. Услуги в связи с ТБ

Развитие политики

В Беларуси реализуется международная стратегия «Остановить ТБ» и решаются некоторые серьезные проблемы, такие как расширение практики качественного лечения по принципу ДOTS и усиление и обеспечение адекватных мер вмешательства в связи с МЛУ-ТБ. Обеспечивается координация действий между Государственной программой борьбы с туберкулезом на 2005-2009 годы Минздрава, программой реализации 5-летнего гранта Глобального фонда (для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией) и технической помощью, оказываемой Европейским бюро ВОЗ в рамках стратегии «Остановить ТБ».

После 2006 года были изданы следующие министерские приказы:

- Октябрь 2006 г.: об утверждении карты противотуберкулезного лечения и регистра по ТБ в соответствии с рекомендациями ВОЗ.
- Июнь 2008 г.: о внедрении системы прямого участия сотрудников ПМСП в распределении противотуберкулезных препаратов, включая прямое наблюдение за приемом противотуберкулезных препаратов больными.

- Ноябрь 2008 г.: о создании национальной координационной рабочей группы по ТБ для координации мероприятий в связи с ТБ в стране – с целью пересмотра и разработки национальных нормативных положений в соответствии со стратегией «Остановить ТБ», включая интегрирование услуг в связи с ТБ в систему первичной медико-санитарной помощи.
- Январь 2009 г.: об утверждении последних протоколов противотуберкулезного лечения (в том числе лечения больных МЛУ-ТБ).

Финансирование

Большинство услуг по профилактике и лечению туберкулеза финансируются за счет централизованного бюджета. Сюда входит финансирование тубдиспансеров, оказывающих стационарную или амбулаторную медицинскую помощь: зарплата персонала, закупка оборудования и других основных материалов, финансируемых за счет областного бюджета. Все медицинские услуги в связи с ТБ, предоставляемые в системе ПМСП и на районном уровне (включая флюорографию, тест Манту, основное и последующее лечение) финансируются за счет областных бюджетов. Противотуберкулезные службы в Беларуси также получают дополнительные внешние ресурсы за счет гранта Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, который финансирует значительное число мероприятий, включая обучение сотрудников и оказание поддержки пациентам.

Оказание медицинской помощи

Для успешного лечения больных туберкулезом используются различные специализированные и стандартные медицинские услуги, обычно предоставляемые в разных учреждениях; при этом огромное значение имеет выполнение пациентом назначаемого лечения вплоть до его окончания. В Беларуси для взрослого населения и детей (в городских и сельских районах) имеются различные способы получения противотуберкулезного лечения. Система первичной медико-санитарной помощи участвует в профилактике и обнаружении случаев ТБ. В городских районах и районных центрах противотуберкулезное лечение вне стационара проводят фтизиатры, работающие в поликлиниках или тубдиспансерах. В сельских районах ВОП больше участвуют в обнаружении случаев ТБ и проведении амбулаторного лечения после выписки из больницы.

Профилактика и раннее обнаружение заболевания

Вскоре после рождения детей прививают в родильных домах с помощью вакцины БЦЖ. В возрасте 7 лет проводится повторная вакцинация детей с отрицательным результатом теста Манту, который делается ежегодно для всех детей от 1 года до 17 лет. Участковые педиатры или сельские ВОП обеспечивают проверку всех детей на ТБ проведением пробы Манту. В случае положительной реакции пробы Манту ребенка направляют к районному фтизиологу (специалисту по ТБ) для дальнейшего обследования.

Что касается взрослого населения, участковые терапевты или ВОП в сельских районах организуют массовый скрининг с использованием рентгенфлюорографического исследования. Особое внимание уделяется проведению скрининга среди определенных категорий населения; например, среди тех, кто представляет повышенную угрозу для других групп населения в случае заражения, например, учителя школ, работники детских садов, столовых и ресторанов. Другие группы, которым уделяется особое внимание, включают лиц, злоупотребляющих алкоголем, заключенных после их освобождения и пациентов, имеющих некоторые хронические заболевания. Для проведения флюорографии в сельских районах используются мобильные рентгеновские установки или рентгеновские кабинеты в ближайших поликлиниках. Участковые терапевты или ВОП отвечают за проведение обязательного скрининга среди жителей, которые

относятся к категориям риска. Если жители не могут придти в поликлинику для проверки на ТБ, врач обязан организовать другие возможности для флюорографии и/или обследования мокроты методом посева. Если у пациента обнаружен ТБ, он направляется для лечения в районную противотуберкулезную больницу (тубдиспансер).

Лечение и уход

В случае выявления туберкулеза больной всегда направляется для прохождения первой фазы лечения, так называемого интенсивного лечения, в областной противотуберкулезный стационар. После выписки пациента из клиники он должен пройти фазу продолжения лечения в местном учреждении первичной медико-санитарной помощи. В сельских амбулаториях фаза продолжения лечения проводится под контролем участкового терапевта или ВОП. Необходимые противотуберкулезные препараты предоставляются пациентам фельдшером или медсестрой в сельской амбулатории по принципу лечения под прямым наблюдением (ДОТ). Неспециалистам не разрешается помогать больным при прохождении фазы продолжения противотуберкулезного лечения. В городах фазу продолжения лечения проводят фтизиатры, работающие в тубдиспансерах или специальных кабинетах для противотуберкулезного лечения, организованных в районных поликлиниках. Противотуберкулезное лечение, оказываемое в системе первичной медико-санитарной помощи, контролируется районными и областными фтизиатрами.

Информация и просвещение

Информирование и просвещение пациентов по вопросам лечения и ухода в связи с ТБ организуется областными (районными) тубдиспансерами, а также работниками системы первичной медико-санитарной помощи. Областные (районные) тубдиспансеры также отвечают за их информирование работников в системе первичной медико-санитарной помощи по вопросам противотуберкулезного лечения и предоставление им последних инструкций органов здравоохранения.

3.5.2. Оказание услуг по репродуктивному здоровью

В целях улучшения сложившейся в Беларуси негативной демографической ситуации, были разработаны меры, направленные на улучшение качества медицинских услуг, связанных с репродуктивным здоровьем. В настоящем разделе описывается участие медработников системы первичной медико-санитарной помощи в оказании услуг по репродуктивному здоровью.

Организация и обеспечение услуг

Организация услуг в области репродуктивного здоровья осуществляется по-разному в городских и сельских районах. В сельских районах женщины обычно идут на первую консультацию к акушерке в амбулаторию или непосредственно на прием к гинекологу в районную поликлинику. Помимо своей этой обязанности принимать обратившихся к ним за первой консультацией женщин, акушерки должны проводить ежегодный скрининг на наличие рака шейки матки (посредством мазка Папаниколау) у женщин старше 18 лет. Совместно с врачами общей практики или участковыми терапевтами акушерки проводят выборочный (незапланированный) скрининг на наличие рака молочной железы. Данная процедура осуществляется путем пальпации в плановом порядке вне зависимости от цели визита к врачу. И наконец, в обязанности акушерки входит выполнение предписаний врачей-гинекологов относительно лечения, соответствующего уровню ее квалификации.

Беременные женщины без каких-либо патологий в первую очередь наблюдаются у акушеров, которые регулярно направляют их к узким медицинским специалистам. Визиты к акушеркам осуществляются со следующей периодичностью: раз в месяц до 20 недель беременности; два раза в месяц до 20-30 недель беременности и еженедельно начиная с 30 недель беременности. Помимо этого, при нормальном протекании беременности женщинам необходимо в обязательном порядке посетить участкового врача-гинеколога для назначения трехразового курса ультразвуковой диагностики, а также дважды пройти осмотр у офтальмолога, эндокринолога и оториноларинголога. Врачи общей практики и участковые терапевты проводят диагностику и лечение экстрагенитальной патологии у беременных. В городских районах медицинские услуги для защиты репродуктивного здоровья предоставляются в так называемых женских консультациях на базе поликлиник. Все вышеупомянутые медицинские услуги оказываются врачами-гинекологами, которым могут ассистировать акушерки, проводя предписанный гинекологами курс лечения (например, в целях профилактики берут мазок из влагалища для бактериологического исследования).

Политика по защите репродуктивного здоровья

Недавно Министерством здравоохранения было издано новое постановление о стимулировании репродуктивных возможностей. В рамках реализации этой новой политики стимулирования рождаемости женщины из так называемой «группе резервов родов» (в возрасте от 18 до 45 лет) приглашаются их ВОП или участковыми терапевтами для консультации относительно возможного планирования семьи. При этом они направляются к участковым врачам-гинекологам, а также другим узким медицинским специалистам для обследования, а в случае необходимости для проведения лечения с целью улучшения их репродуктивного потенциала. Если женщина не планирует рождения ребенка, то она может получить у гинеколога рекомендации по вопросам планирования семьи и контрацепции.

Взаимодействие между различными уровнями

В сельских амбулаториях акушерки, а в городских поликлиниках гинекологи отделений женской консультации, ответственны за первичное принятие обратившихся к ним женщин. Вторичный уровень ухода для защиты репродуктивного здоровья обеспечивается районными специализированными учреждениями. На районном уровне это родильные дома, где проходят роды без каких-либо осложнений. Учреждения репродуктивного здоровья на областном уровне включают в себя областные родильные дома и областные отделения женской консультации, в которых проходят роды с осложнениями и где производятся гинекологические операции.

Надзор

Надзор за предоставлением услуг по репродуктивному здоровью осуществляется на районном уровне системы первичной медицинской помощи. В каждой районной больнице есть главный врач-гинеколог, который несет ответственность за предоставление услуг по репродуктивному здоровью в данном районе, включая предоставление аналогичных услуг в учреждениях системы ПМСП.

3.6. Актуальные темы развития первичной медико-санитарной помощи

Видение путей развития ПМСП

Видение политики развития системы ПМСП в Беларуси в значительной мере обусловлено обеспокоенностью по поводу ситуации, сложившейся в сельских районах, в частности, в связи с неравным доступом к получению качественной медицинской помощи в сельских и городских

районах. Введение принципов общей практики ставило своей целью решение таких проблем. Стали развиваться программы подготовки врачей общей практики, модернизироваться сельские амбулатории. Казалось бы, что начало расти доверие жителей сельских районов к использованию системы общей практики и деятельности специалистов этого сектора медицины. Однако процесс внедрения принципов общей практики протекает очень медленно. Доля сельских амбулаторий, в которых работают врачи общей практики, мала, а уровень подготовки недостаточный для того, чтобы войти в специфику работы в короткие сроки. Необходимость улучшать эффективность и качество оказываемых медицинских услуг ПМСП в крупных городах и небольших населенных пунктах пока не приносит видимых результатов. Несмотря на появление в медицинских учреждениях пригородных районов Минска экспериментальных отделений общей практики, традиционная модель поликлиник с сегментированным предоставлением услуг узкими специалистами все еще сохраняется. Четкое видение путей развития системы ПМСП и ведущей роли центрального управления может способствовать изменению негативного отношения общественности к принципам общей практики.

Изменения в финансировании

Другая проблема, которую следует решить, заключается в том, что необходимо преодолеть существующие сомнения в реальной необходимости перераспределения финансовых потоков из специализированного сектора (больниц) в сектор ПМСП. Создается впечатление, что дальнейшее внедрение принципов общей практики и других видов первичной медицинской помощи, благоприятствующее реформированию здравоохранения, находится на стадии стагнации в плане необходимости принятия реальных мер. Для ускорения реформ в системе ПМСП и масштабной модернизации системы здравоохранения в целом необходимо использовать средства, которые недостаточно эффективно используются в больницах и на вторичном уровне медицинской помощи.

Нехватка кадров

Неравенство в нынешней системе здравоохранения связано с постоянной нехваткой кадров в сельских медицинских учреждениях. В настоящий момент складывается ситуация, при которой неопытные молодые врачи вынуждены работать в секторе ПМСП, что не является выходом из положения. Задача заключается в том, чтобы принять на работу в сельские амбулатории и удержать там кадры из квалифицированных врачей общей практики. Одним из основных инструментов в достижении данной цели будет служить система оплаты, где будет учитываться квалификация, рабочая нагрузка и эффективность выполняемой деятельности. Но помимо зарплаты существуют еще другие факторы. В сельских амбулаториях рабочая нагрузка и обязанности значительно выше, чем в поликлиниках, что не всегда признается специалистами по надзору и контролю. Кроме того, больше внимания можно было бы уделять улучшению рабочих условий и прекращению профессиональной изоляции в сельских амбулаториях. Предоставление врачам общей практики доступа к Интернету, удаленным средствам обучения и экспертным системам принесло бы большую пользу в повышении уровня их квалификации, а также дало бы дополнительную мотивацию к работе.

Другой способ, который может решить проблему нехватки кадров, заключается в пересмотре так называемого разделения ролей между врачами общей практики и медсестрами. Здесь возможно делегирование обязанностей медсестрам, в частности, что касается помощи пациентам с хроническими заболеваниями.

Эффективность

Существуют предпосылки к тому, что в системе ПМСП можно существенно повысить эффективность оказываемой медицинской помощи. В настоящее время врачи общей практики, а также другие работники ПМСП ведут различную статистическую отчетность, выполняют экспертизу временной нетрудоспособности, другие процедуры, которые могут быть сокращены или переданы другим работникам. Кроме того, создается впечатление, что эффективность профилактических мероприятий может быть улучшена путем повышения внимания пациентам из так называемых групп высокого риска, а не всему населению в целом. Наконец, оценка выполняемых в настоящее время в медицинских учреждениях избыточных диагностических процедур и лечебных курсов, эффективность которых не доказана (в особенности, что касается хронических заболеваний) может, как показывает практика, существенно высвободить дополнительные средства и человеческие ресурсы для ПМСП. Система первичной медицинской помощи, несомненно, повысит свою эффективность благодаря большей компьютеризации, внедрению информационных систем (такие системы уже доступны и с 2004 года ожидается их экспериментальное апробирование).

Услуги службы скорой помощи

Специалисты сходятся в том, что широкое использование услуг скорой помощи поглощает слишком много ресурсов, что в значительной мере сказывается на доступе к получению медицинских услуг в сельской местности. Услуги скорой помощи должны скорее дополнять систему ПМСП, а не подменять ее. Число бригад скорой помощи должно быть уменьшено при улучшении оснащения медицинским оборудованием для оказания подлинной неотложной помощи. Правильное консультирование и отбор по телефону позволит уменьшить потребление услуг скорой помощи в неэкстренных случаях. Оказание помощи в неэкстренных случаях в часы приема должно быть исключительной обязанностью ВОП и медсестер в системах первичной медицинской помощи (включая посещение на дому). Для вечернего, ночного времени и выходных могут быть использованы другие схемы.

Подготовка врачей общей практики

Еще одной проблемой является расширение и повышение качества подготовки врачей общей практики. В настоящее время ресурсы по подготовке данных специалистов недостаточны. Сейчас в республике только два медицинских учреждений образования из пяти готовят врачей общей практики. Расширение системы подготовки ВОП на базе медицинских университетов в Могилеве, Гродно и Гомеле не приведет к усилению учебного потенциала, однако, скорее всего, будет способствовать привлечению ВОП из этих областей. Кроме того, особого внимания заслуживает статус и содержание обучающих программ. Важным шагом в направлении развития принципов общей практики было бы утверждение (за короткий срок) профессорского состава для ведения общей практики во всех медицинских университетах, а также включение этой специальности в учебные программы медицинского образования.

Участие системы первичной медицинской помощи в лечении туберкулеза

На сегодняшний день стратегии борьбы с туберкулезом направлены на укрепление системы здравоохранения в целом. На использование такого широкого подхода указывают следующие последствия активного развития современной системы оказания противотуберкулезной помощи (24):

- Определение того, что необходимо осуществлять в плане укрепления систем здравоохранения, и того, что не является способствующим для успешных национальных программ борьбы с туберкулезом, а также, так называемых «не обсуждаемых» мерах усиления контроля за ТБ.

- Усиление системы здравоохранения с учетом соответствующего компонента гранта Глобального фонда.
- Подготовка медицинских специалистов для системы ПМСП (включая специалистов по управлению) в целях применения новых подходов к обнаружению и лечению, ориентированных на пациента (напр., практического подхода к здоровью легких, или ППОЗЛ)
- Бесплатное предоставление противотуберкулезных лекарств и создание надежной системы поставок и распределения таких лекарств в соответствующих медицинских учреждениях.
- Разработка новых методов оказания услуг вблизи мест проживания или работы пациента.
- Определение факторов, которые могут заставить пациентов прервать или полностью прекратить курс лечения и принятие во внимание этих факторов при лечении.

В настоящее время белорусская система здравоохранения и обеспечение противотуберкулезной помощи в частности находится в состоянии, когда очень сложно выполнять вышеназванные условия. Необходимо тщательнее изучать эффективность действующих на сегодняшний день методик определения ТБ, в которых флюорография играет главенствующую роль. Помимо этого, следует уделять большее внимание качественным и количественным аспектам трудовых ресурсов в сфере оказания противотуберкулезной помощи. Например, за последнее десятилетие в республиканском масштабе число специалистов по профилактике и лечению ТБ постепенно сокращается, большинство из них находятся в предпенсионном возрасте.

Оказание услуг по репродуктивному здоровью в системе первичной медицинской помощи

Проблема оказания услуг в области репродуктивного здоровья в какой-то степени схожа со сложностями, возникающими в других областях, и в определенной мере отличается. К основным недостаткам можно отнести: неэффективность распределения обязанностей, отсутствие должной координации, нехватку ресурсов, недостаток знаний и опыта у медицинского персонала. Интегрированное обеспечение услуг по репродуктивному здоровью обусловлено необходимостью четкого определения задач с целью их эффективного выполнения, а также необходимостью обучения персонала правилам командной работы (включая наличие и использование информации). Интегрированный характер предоставления услуг предполагает координацию дородовой помощи и ее структурирование на основе протоколов. Это позволит формализовать процесс обнаружения рисков во время беременности, улучшить координацию действий и уменьшить число специалистов, задействованных в оказании услуг в перинатальный период. Данный подход позволит сократить число посещений беременными женщинами медицинских учреждений, что в свою очередь облегчит работу врачам.

4 ВРАЧИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И УЧАСТКОВЫЕ ТЕРАПЕВТЫ О СВОЕЙ ПОЗИЦИИ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ:

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эта глава содержит результаты анкетирования среди врачей и терапевтов системы первичной медико-санитарной помощи в Минской и Витебской областях Республики Беларусь. Описанные результаты получены на основе их ответов на анкету. Обследование среди врачей касалось следующих тем: нормативы нагрузки и использование рабочего времени, доступность медицинских услуг для пациентов, качественные аспекты медицинской помощи, использование клинической информации, координирование и сотрудничество, оснащенность медицинским оборудованием, а также различные параметры клинической деятельности. Вначале приводится краткая характеристика обеих областей.

4.1. Характеристика респондентов

Обследование проводилось среди 212 врачей системы первичной медико-санитарной помощи; 112 в Минской области (в одном случае отсутствовала информация о городских районах) и 100 в Витебской области (см. таблицу 12). В обеих областях большинство респондентов были представлены врачами общей практики (Минская область – 65%, Витебская область – 59%), из которых большая часть (Минская область – 77%, Витебская область – 73%) занимались врачебной практикой в сельских районах. Респонденты составили значительную часть от общего количества медицинских специалистов, работающих в этой системе. В Минской области респонденты включали 12,5% терапевтов общей практики и 50% ВОП. В Витебской области респонденты из числа врачей общей практики составили 50%, а терапевты – 16,8%.

Таблица 12: Количество респондентов ВОП и терапевтов их системы первичной медико-санитарной помощи

Врачи	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого	
	Городские районы (N)	Сельские районы (N)	Городские районы (N)	Сельские районы (N)	Абс.	%
Врачи общей практики	8	64	11	48	131	62.1
Терапевты	18	21	16	25	80	37.9
ВСЕГО	26	85	27	73	211	100

Из таблицы 13 видно, что в системе первичной медико-санитарной помощи женщины составляют большую часть: три четверти от общего числа врачей-респондентов (74,9%). Таким образом, на основании этой информации нет причин утверждать, что в данной ситуации общая практика является более привлекательной специальностью в качестве медицинской карьеры для мужчин, чем для женщин. Однако относительно большее число мужчин прошло курс последипломного обучения или обучения по программе переподготовки: 74% мужчин и 58% женщин.

Таблица 13: Гендерное соотношение между врачами ПМСП в городских и сельских районах

Врачи	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого	
	Городские районы (N)	Сельские районы (N)	Городские районы (N)	Сельские районы (N)	Абс.	%
Врачи общей практики						
• Женщины	6	43	11	31	91	43,1
• Мужчины	2	21	0	17	40	19,0
Терапевты						
• Женщины	17	17	12	21	67	31,8
• Мужчины	1	4	4	4	13	6,2
ВСЕГО	26	85	27	73	211	100

Таблица 14 включает ключевую профильную информацию, касательно врачей и осуществляемой ими практики в обеих областях. В Минской области почти каждый пятый врач общей практики (18%) завершил официальную программу последипломной подготовки, в то время как в Витебской области этот показатель составляет 6%. Однако, в Витебской области большее число врачей (55%) завершили программу переподготовки по сравнению с Минской областью (48%).

Она из характерных черт новой системы общей практики заключается в том, что услуги ПМСП как для детей, так и для взрослых обеспечиваются одним и тем же врачом. 71% респондентов Минской области ответили, что они обслуживают пациентов всех возрастных групп (хотя 7 человек не дали ответа на вопрос). В Витебской области этот показатель составил 70% (здесь 29 человек не дало ответа на этот вопрос).

Таблица 14: Краткие данные, характеризующие врачей в Минской и Витебской областях

Характеристики	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)		
	Абс.	%	Действительное число	Абс.	%	Действительное число
Врачи мужчины	28	25	112	25	25	100
Врачи, завершившие последиplomную подготовку	20	18	110	6	6	99
Врачи, завершившие программу переподготовки	53	48	110	53	55	99
Врачи, обслуживающие взрослое и детское население	67	71	95	50	70	71
Врачи в возрасте до 50 лет	48	43	112	57	58	98
Госслужащие (получают заработную плату из государственного бюджета)	107	99	111	93	96	97
Средний возраст врача (лет) • Врачи общей практики • Терапевты	Городские районы 44,4 46,5	Сельские районы* 50,7 45,7	Городские районы 50,6 46,9	Сельские районы* 46,8 39,8		
Среднее кол-во лет работы в качестве: • Врачи общей практики • Терапевты	5,6 17,2			6,0 15,8		
* Включая малые города и сельские районы						

Средний возраст всех респондентов составляет 48 лет в Минской области и 45 лет в Витебской области. В среднем ВОП были на 5 лет старше терапевтов. В Минской области 43% респондентов были моложе 50 лет, в то время как в Витебской области этот показатель составлял 58%. Если принимать во внимание стаж по данной профессии, то разница будет еще меньше. Врачи общей практики в Минской области в среднем имеют 5,6 лет стажа (в данной специальности), у терапевтов – 17,2. В Витебской области эти показатели составляют соответственно 6,0 и 15,8 лет. В обеих областях практически все врачи работали в государственных учреждениях.

4.2. Доступность медицинской помощи

4.2.1. Организационный аспект

Рабочая нагрузка

В таблице 15 показаны различные аспекты рабочей нагрузки. В целом, объем медицинских услуг в Минской области больше, чем в Витебской. Несмотря на то что общереспубликанская норма (то есть число жителей/пациентов, закрепленных за врачом) для ВОП и терапевтом различна, мы установили лишь незначительные отличия. Если же брать в расчет среднюю численность ВОП, то в обеих областях количество закрепляемых за врачами общей практики пациентов (1200 человек) оказалось выше общереспубликанского уровня. Что касается установленных норм для терапевтов, то в Минской области эти цифры были выше общереспубликанского уровня, а в Витебской области нормы для районных терапевтов были примерно на уровне республиканских. Это скорее всего может означать нехватку кадров, особенно в Минской области. Действительно, как показано в нижней части таблицы, большая доля респондентов

указала на нехватку кадров в течение длительного времени – более полугода. В Минской области 85% терапевтов и половина ВОП указали на нехватку медицинского персонала по своей специализации. В витебской области на это указали почти две три терапевтов и половина ВОП. Чаще всего респонденты указывали на нехватку семейных докторов (в общей сложности 79 раз), медсестер (41 раз), акушерок (23 раза) и обслуживающего персонала (17 раз).

Таблица 15: Рабочая нагрузка ВОП и терапевтов и использование рабочего времени, по областям

Аспекты рабочей нагрузки	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=212)	
	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во
Кол-во пациентов						
• Врачи общей практики	2153	72	2003	58	2086	130
• Терапевты	2388	39	1837	40	2109	79
Кол-во консультаций пациентов в день						
• Врачи общей практики	30	73	29	59	27	132
• Терапевты	33	39	30	40	28	78
Кол-во визитов на дом (в неделю)						
• Врачи общей практики	26	73	27	59	27	132
• Терапевты	28	38	29	40	28	78
Кол-во рабочих часов (в неделю)						
• Врачи общей практики	42,9	68	43,9	55	43,4	123
• Терапевты	43,1	38	38,8	37	41,0	75
Кол-во часов уделяемых на индивидуальное профессиональное совершенствование (чтение литературы)						
• Врачи общей практики	20,4	73	21,6	59	21,0	132
• Терапевты	21,7	39	19,5	41	20,6	80
Кол-во часов уделяемых на подготовку (в месяц)						
• Врачи общей практики	12,9	46	5,8	38	9,7	84
• Терапевты	8,1	30	11	28	9,5	58
Кол-во врачей, указавших на нехватку кадров						
• Врачи общей практики	35	73	29	59	64	132
• Терапевты	33	39	25	40	58	79

Исходя из информации, полученной от врачей общей практики, рабочая неделя обычно составляет от 42,9 до 43,9 часа. У терапевтов же в среднем она составляет 38,8-43,1 часа. Среднее количество времени, уделяемое на чтение профессиональных изданий по медицинской тематике, включая работу в Интернете, приблизительно составляет 20 часов для каждой группы. Врачи общей практики Минской области тратят в два раза больше времени на профессиональную подготовку, чем их коллеги из Витебской области (однако каждый третий врач обеих областей не ответил на этот вопрос).

Таблица 16: Рабочая нагрузка врачей в городских и сельских районах и использование рабочего времени, по областям

Аспекты рабочей нагрузки	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=212)	
	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во
Кол-во пациентов						
• Врачи городских районов	2512	26	1767	26	2139	52
• Врачи сельских районов	2137	84	1996	72	2072	156
Кол-во консультаций пациентов в день						
• Врачи городских районов	35	26	26	27	31	53
• Врачи сельских районов	29	85	31	72	30	157
Кол-во визитов на дом (в неделю)						
• Врачи городских районов	32	25	35	27	33	52
• Врачи сельских районов	25	88	25	72	25	157
Кол-во рабочих часов (в неделю)						
• Врачи городских районов	45,4	25	40,3	27	42,8	52
• Врачи сельских районов	42,2	80	42,5	65	42,3	145
Кол-во часов уделяемых на чтение специальной литературы						
• Врачи городских районов	15,4	26	17,7	27	16,6	53
• Врачи сельских районов	22,4	85	21,9	73	22,2	158
Кол-во часов уделяемых на подготовку (в месяц)						
• Врачи городских районов	12,5	19	9,2	22	10,7	41
• Врачи сельских районов	10,4	56	7,4	44	9,1	100
Кол-во врачей, указавших на нехватку кадров						
• Врачи городских районов	21	26	23	27	44	53
• Врачи сельских районов	46	85	31	72	77	157

В таблице 16 показаны те же аспекты рабочей нагрузки, что в предыдущей таблице – на этот раз с разбивкой на городские и сельские районы. В этом плане ситуация в обеих областях отличается. В Минской области количество пациентов, консультаций в день, визитов на дом и количество рабочих часов в неделю у городских врачей в среднем больше, чем у сельских врачей. В Витебской области положение обратное, за исключением числа визитов на дом в неделю. В обеих областях сельские врачи больше времени тратят на чтение специальной литературы или информации и меньше времени на профессиональное обучение по сравнению с городскими врачами. В обеих областях на нехватку кадров чаще указывали городские врачи (соответственно 81% и 85%).

Доступность и наличие медицинских услуг для пациентов

В обеих областях, пациенты, имеют возможность попасть на прием к врачу в любой день, если в этом есть необходимость (см. таблицу 17), и, по информации врачей, по меньшей мере раз в неделю они проводят прием в вечернее время. В обеих областях также есть часы приема пациентов в выходные дни (обычно в субботу). В случае если пациент не может попасть к врачу, у него есть возможность связаться с соответствующим медицинским учреждением по телефону (на это указали 93% респондентов в Витебской и 88% респондентов в Минской области). Это может быть связано с доступностью услуг скорой помощи в нерабочее время; эти услуги, возможно, лучше развиты в Витебской области (где большая доля респондентов была из городских районов), чем в Минской области (где количество учреждений вторичной медико-санитарной помощи меньше и больше врачей работают в сельской местности). Из

нижней части таблицы видно, что 60% врачей в Витебской области работают в радиусе 5 километров от больницы общего типа (фактически, более половины из них, или 32%, работали в расположенной рядом центральной поликлинике). В Минской области 46% врачей работают в радиусе 5 километров от больницы общего типа (32% работают в том же самом здании, в котором расположена больница).

Таблица 17: Показатели, характеризующие доступ пациентов к медицинской помощи

Аспекты доступа пациентов	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=212)	
	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во
Возможность приема в тот же день	99	112	100	100	99.5	212
Прием в вечернее время (по меньшей мере раз в неделю)	77	111	79	100	77.7	211
Прием по выходным (по меньшей мере раз в месяц)	98	111	98	100	98.1	211
Доступность контактного телефонного номера для пациентов (в случае невозможности попасть на прием)	88	110	94	99	90.9	209
Клиники или специальный прием для особых групп пациентов						
• Сахарный диабет	56	97	75	94	64.9	191
• Гипертензия	88	97	99	94	93.2	191
• Планирование семьи	53	96	48	94	54.7	193
• Беременность	70	96	59	93	64.6	189
• Прием пожилых пациентов	67	97	70	94	68.6	191
• Другие группы пациентов	16	97	31	93	23.2	190
Отсутствие клиник или специального приема для особых групп пациентов	12	111	5	99	8.6	210
Врачи работают на расстоянии 5 или более км от ближайшей больницы общего типа	54	112	40	100	47.2	212

4.2.2. Отзывчивость (соответствие ожиданиям пациентов) медицинских услуг

Большинство врачей общей практики и терапевтов указали на то, что у них есть специальные клиники или прием для хронических больных и других категорий пациентов. В Минском районе лишь 12% врачей-респондентов дали отрицательный ответ касательно наличия специальных клиник или приема для особых групп пациентов; в Витебской области этот показатель составляет 5%. (см. таблицу 17). В обеих областях наиболее часто упоминались специальные клиники или прием для больных гипертензией. Что касается больных сахарным диабетом, то данная проблема более актуальна для Витебской области и менее актуальна для Минской области. Что касается услуг по планированию семьи и клиник для беременных, то в Минской области в этой связи ситуация лучше. Три четверти врачей-респондентов в Витебской области указали на наличие специальных услуг для лечения пожилых (в Минском районе – две трети). Услуги для других групп пациентов слабо распространены в обеих областях.

4.3. Непрерывность медицинской помощи

4.3.1. Информационная непрерывность

Главным условием для обеспечения качества и непрерывности медицинской помощи является ведение в плановом порядке учета медицинской информации о пациентах, что входит в обязанности врачей в обеих областях (см. таблицу 18). Информационный поиск является нечто другим, но в равной степени важным аспектом. Определение групп пациентов на основе схожих диагнозов, факторов риска для здоровья или возрастных факторов способствует применению эффективных подходов для активного мониторинга здоровья пациентов и профилактики заболеваний. В обеих областях в настоящее время внедряются информационные системы с целью создания так называемого реестра категорий.

Таблица 18: Наличие и использование клинической информации

Performance	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=212)	
	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во
Регулярное ведение медицинской информации о пациентах (по всем посещениям)	89	112	91	100	90	212
Составление реестра пациентов на основе диагноза или фактора риска заболевания	84	112	84	99	84	210
Использование направлений к врачу (для всех или большинства пациентов)	94	111	97	99	95	210
Использования компьютера для:						
• Выдачи талонов на прием	0	111	25	97	12	208
• Выписки счетов / составление финансовой отчетности	1	111	2	97	1	208
• Медицинские рецепты	0	111	17	97	8	208
• Ведение медицинской документации для пациентов	7	111	20	97	13	208
• Выписывание направлений к врачу	3	111	16	97	9	208
• Поиск информации	4	111	9	97	6	208
• Неиспользование компьютера	91	111	56	97	75	208

Одним из основных элементов сотрудничества между первичной и вторичной системами оказания медицинской помощи является информация, сопровождающая пациента на стадии его обращения к медицинским специалистам или госпитализации. Большинство респондентов в обеих областях указали на факт использования ими направлений к врачу для большинства пациентов. Несмотря на позитивное отношение врачей к вопросу использования клинической информации, можно сделать вывод о том, что условия для ведения информации устарели. В Минской области лишь 9% респондентов указали на то, что они пользуются компьютерами и чуть более половины в Витебской области. В большинстве случаев врачи ведут записи и поиск информации вручную. Не более восьми врачей в Минской области использовали компьютер для выполнения задач, указанных в таблице. Для сравнения каждый четвертый врач в Витебской области использовал компьютер для выдачи талонов на прием. Примечательно то, что только один врач в Минской области и два врача в Витебской области использовали компьютер для составления финансовой отчетности.

4.4. Координация медицинской помощи

4.4.1. Согласование работы с системой первичной медико-санитарной помощи

Учреждения системы первичной медико-санитарной помощи чаще всего расположены в зданиях, где работают узкие медицинские специалисты. Эта ситуация более характерна для Витебской области (47%), чем для Минской области (37%). Чаще всего в учреждении работает один врач: на это указали 38% респондентов в Минской области и четверть респондентов в Витебской области (см. таблицу 19). Оказание услуг в учреждении, где работает два врача: на это указали соответственно 19% и 16% респондентов; оказание услуг в учреждении, где работает три или более врачей: на это указали соответственно 7% и 11% респондентов.

Таблица 19: Врачи, работающие в амбулаториях и поликлиниках

Работают в одном и том же здании	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=212)	
	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во
Один врач	38	42	26	25	32	67
Два врача	19	21	16	16	18	37
Три или более врачей	7	8	11	11	9	19
Врачи ПМСП и узкие медицинские специалисты работают в одном здании	37	41	47	46	41	87
ВСЕГО	100	112	100	98	100	210

В отличие от Витебской области, где почти все врачи указали, что они работали вместе с медсестрой в одном здании, в Минской области на это указали лишь три четверти врачей (см. таблицу 20). Однако в обеих областях почти все врачи работают в одном и том же здании с патронажными медсестрами; большинство указали на то, что они работали с акушерками, стоматологами, фельдшерами и лаборантами. Менее половины врачей указали на присутствие фармацевта. Чуть более четверти врачей указали на присутствие других специалистов, например, гинекологов (в Минской области) и неврологов или офтальмологов (в Витебской области).

Таблица 20: Другие специалисты, работающие в поликлиниках и амбулаториях

Другие специалисты	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=212)	
	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во
Участковая медсестра	77	111	94	100	85	211
Патронажная медсестра	99	111	95	100	97	211
Акушерка/ассистент при родах	85	111	85	100	85	211
Стоматолог	66	111	74	98	69	209
Фармацевт	42	110	39	98	40	208
Фельдшер	78	110	78	98	78	208
Лаборант	94	111	92	98	93	209
Другие	28	107	26	91	27	198

В обеих областях почти все респонденты отметили наличие регулярных встреч со своими коллегами по профессии – ВОП или терапевтами и с медсестрой (см. таблицу 21). Почти все респонденты указали на регулярные встречи с участковой медсестрой и акушерками (от двух третьих до трех четвертых всех врачей). В Витебской области малое количество врачей указало на наличие встреч с фармацевтами – в минской области на это указали больше врачей.

Таблица 21: Личные встречи с медицинскими работниками системы ПМСП

Личные встречи (по меньшей мере 1 раз в месяц) с:	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=212)	
	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во
Другими врачами общей практики / терапевтами	92	110	96	97	94	207
Участковой медсестрой	64	85	74	69	68	154
Патронажной медсестрой	90	106	92	79	91	185
Акушеркой / ассистентом при родах	71	79	78	73	74	170
Фармацевтом	47	76	63	67	55	143

4.4.2. Контакты с медицинскими специалистами другого уровня и с местным населением

Уровень контакта с другими медицинскими специалистами находится на традиционно высоком уровне. Практически все врачи в обеих областях регулярно обмениваются консультациями с неврологами и хирургами, а также, в меньшей степени, с гинекологами (см. таблицу 22). Однако только небольшое число врачей в обеих областях указали на контакты с педиатрами (с различной периодичностью).

Таблица 22: Обращение за консультацией с медицинским специалистам

Обращение за советом к следующим специалистам «часто» или «иногда»:	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=212)	
	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во	Абс.	Действ. кол-во
Педиатры	58	98	63	86	60,3	184
Специалисты по внутренним болезням	72	99	76	89	73,9	188
Гинекологи	83	107	86	93	84,5	200
Хирурги	90	110	98	97	93,7	207
Неврологи	92	110	92	97	91,8	207
Дерматологи	74	102	81	93	77,4	195

Число пациентов направленных к медицинским специалистам за четыре недели период, предшествующий заполнению опросного листа, выявил существенное различие, заключающегося в наибольшем количестве направлений к специалистам по внутренним болезням (см. таблицу 23). В обеих областях меньше всего пациенты направлялись к дерматологам и педиатрам вторичного уровня. Количество направлений к гинекологам, хирургам, неврологам и оториноларингологам в Минской области было немногим больше, чем в Витебской. Общее число направлений за 4-недельный период в Минской области составило 27,3, а в Витебской – 25,6. Это означает, что в обеих областях 4,0% всех контактов с пациентами (в учреждении или на дому) заканчивается направлением в медицинскому специалисту (здесь не учитываются обращения к специалистам по инициативе самого пациента). Анализ разбивки направлений по городским и сельским районам указывает на несколько иную картину (см. таблицу 24). Врачи в городских районах направляют своих пациентов в специалистам в два раза чаще, чем врачи в сельских районах (соответственно 6,5% и 3,2%). Таким образом, ВОП и терапевты в сельских амбулаториях чаще лечат пациентов сами, не направляя их к узким специалистам.

Таблица 23: Число пациентов направленных врачами системы первичной медико-санитарной помощи к узким медицинским специалистам в течение предшествующего 4-недельного периода, с разбивкой по областям.

Пациенты направленные к:	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=212)	
	Среднее (диапазон)	Действ. кол-во	Среднее (диапазон)	Действ. кол-во	Среднее (диапазон)	Действ. кол-во
Педиатрам	1,4 (0-10)	93	1,7 (0-14)	79	1,5 (0-14)	172
Терапевтам	5,8 (0-80)	102	5,8 (0-40)	92	5,8 (0-80)	194
Гинекологам	4,6 (0-94)	99	3,2 (0-20)	88	3,9 (0-94)	187
Хирургам	5,3 (0-80)	107	4,3 (0-41)	96	4,8 (0-80)	203
Неврологам	5,7 (0-50)	107	4,5 (0-24)	93	5,2 (0-50)	200
Дерматологам	1,4 (0-18)	98	1,4 (0-8)	88	1,4 (0-18)	186
Отоларингологам	4,0 (0-40)	106	3,4 (0-44)	91	3,7 (0-44)	197
Офтальмологам	4,1 (0-60)	104	4,0 (0-35)	87	4,0 (0-60)	191
Общее кол-во направлений за 4-недельный период	ВОП: 18,2 Терапевты: 45,3 Всего: 27,3		ВОП: 21,2 Терапевты: 33,5 Всего: 25,6		ВОП: 19,5 Терапевты: 39,5 Всего: 26,7	
Направления в виде % от всех контактов в медицинских учреждениях и на дому	ВОП: 2,89 % Терапевты: 6,16 % Всего: 3,99 %		ВОП: 3,21 % Терапевты: 5,32 % Всего: 4,01 %		ВОП: 3,03 % Терапевты: 5,75 % Всего: 4,00 %	

Таблица 24: Число пациентов направленных врачами системы первичной медико-санитарной помощи к узким медицинским специалистам в течение предшествующего 4-недельного периода, с разбивкой на городские и сельские районы

Пациенты направленные к:	Городские районы (N=53)		Сельские районы (N=158)		Итого (N=211)	
	Среднее (диапазон)	Действ. кол-во	Среднее (диапазон)	Действ. кол-во	Среднее (диапазон)	Действ. кол-во
Педиатрам	0,1 (0-2)	39	2,0 (0-14)	133	1,5 (0-14)	172
Специалистам по внутренним болезням	8,6 (1-38)	48	4,8 (0-80)	145	5,8 (0-80)	193
Гинекологам	8,6 (0-94)	47	2,3 (0-20)	139	3,9 (0-94)	186
Хирургам	6,7 (0-80)	51	4,2 (0-41)	151	4,8 (0-80)	202
Неврологам	8,1 (0-50)	49	4,2 (0-30)	150	5,2 (0-50)	199
Дерматологам	2,0 (0-18)	45	1,2 (0-15)	140	1,4 (0-18)	185
Отоларингологам	5,5 (0-21)	49	3,1 (0-44)	147	3,7 (0-44)	196
Офтальмологам	6,8 (0-60)	47	3,1 (0-45)	143	4,0 (0-60)	190
Общее кол-во направлений за 4-недельный период	ВОП: 32,1 Терапевты: 52,6 Всего: 45,2	ВОП: 17,6 Терапевты: 30,1 Всего: 21,0	ВОП: 19,5 Терапевты: 39,5 Всего: 26,7			
Направления в виде % от всех контактов в медицинских учреждениях и на дому	ВОП: 4,18 % Терапевты: 7,86 % Всего: 6,53 %	ВОП: 2,86 % Терапевты: 4,23 % Всего: 3,23 %	ВОП: 3,03 % Терапевты: 5,75 % Всего: 4,00 %			

В обеих областях контакты с общественностью (местным населением) находились на достаточно высоком уровне, включая регулярные встречи с местными органами управления и социальными работниками примерно в 80% всех случаев (см таблицу 25). Однако наличие представителей общественности в совете рассматриваемых медицинских учреждений не принято. В то же время только 12% врачей в Минской области и 24% врачей в Витебской области указали, что общественность (представители населения) участвуют в управлении работой учреждения или центра. Около четверти всех респондентов в обеих областях ответили, что они не знали, участвовали ли представители местного населения в такой работе или нет.

Таблица 25: Связи с местным сообществом

Тип контактов:	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=211)	
	%	Действ. кол-во	%	Действ. кол-во	%	Действ. кол-во
Регулярные встречи с местными органами управления	76	109	82	96	79	205
Регулярные встречи с местным населением/ социальными работниками	80	109	85	96	82	205
Представители общественности участвуют в управлении работой вашего медицинского центра/ учреждения	12	96	24	88	17	184

4.5. Комплексный характер медицинской помощи

4.5.1. Условия врачебной практики

Врачам был задан вопрос относительно доступности информационных материалов, таких как медицинские брошюры и проспекты в приемных покоех медицинских учреждений, где они проводят практику (поликлиника или амбулатория). Результаты опроса сведены в таблицу 26. Ситуация в обеспечении пациентов информационными материалами была хорошей в обеих областях (несколько лучше в Витебской области). Практически все врачи общей практики в Витебской области указали на доступность материалов, касающихся сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), здоровой диеты, вреде курения, ожирения, сахарного диабета и заболеваний, передающихся половым путем. В Минской области справочные материалы по ССЗ доступны в равной степени. В Минской области несколько меньшее число врачей указало на доступность материалов по здоровой диете, вреде курения, ожирению, сахарного диабета, заболеваний, передающихся половым путем, вакцинации и контрацепции. Информация об услугах социального характера, несомненно, была более доступна в Витебской области (71%), нежели чем в Минской области (51%).

Таблица 26: Доступность информационных материалов в приемном покое для пациентов

Содержание информационных материалов	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=212)	
	%	Действ. кол-во	%	Действ. кол-во	%	Действ. кол-во
Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ)	96	111	99	100	97	211
Здоровая диета	89	105	95	92	91	197
Вред курения	88	109	97	96	92	205
Ожирение	80	100	93	90	86	190
Сахарный диабет	86	103	97	93	91	196
Заболевания, передающиеся половым путем	83	99	93	89	88	188
Вакцинация	82	99	87	77	84	176
Контрацепция	83	99	84	83	84	182
Самостоятельное лечение при простудных заболеваниях	67	89	83	78	75	167
Социальные услуги	51	88	71	73	60	161

4.5.2 Медицинское оборудование

Врачей попросили указать, какие из 30 наименований медицинского оборудования (указанных в списке) они имеют в своем распоряжении. Таблицы 27 и 28 и диаграмма на рисунке 4.1 дают краткие сведения о наличии медицинского оборудования. Врачи Витебской области в некоторой степени лучше оснащены своих коллег из Минской области. В среднем количество наименований медицинского оборудования на одного врача (из вышеуказанного списка 30

наименований оборудования) составляло 24 в обеих областях. В обеих областях 16% врачей указали, что у них было не более 20 наименований оборудования; в Минской области два врача указали, что у них было лишь девять наименований оборудования, в то время как в Витебской области наихудшая оснащенность врача медицинским оборудованием составила всего лишь пять наименований. В обеих областях оснащенность медицинским оборудованием врачей общей практики и терапевтов была на одинаковом уровне (соответственно 23,5 и 24,1 в Минской области и 24,4 и 23,5 в Витебской области). Таким образом, уровень оснащения ВОП был не лучше чем у терапевтов. Если проводить различие между врачами, работающими в городских и сельских районах (см. таблицу 28), оснащенность медицинским оборудованием отличается незначительно. Врачи, работающие в городских районах, оснащены чуть лучше по сравнению с сельскими амбулаториями.

Таблица 27: Количество наименований медицинского оборудования, доступного для врачей, с разбивкой по областям

Наименований оборудования	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=212)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
15 или менее	6	5	6	6	12	5
16 – 20	12	11	10	10	22	10
21 – 25	52	46	43	43	95	45
26 – 30	42	38	41	41	83	39
ВСЕГО	112	100	100	100	212	100
Среднее число наименований оборудования на одного врача (из списка 30)	23,7		24,0		23,9	

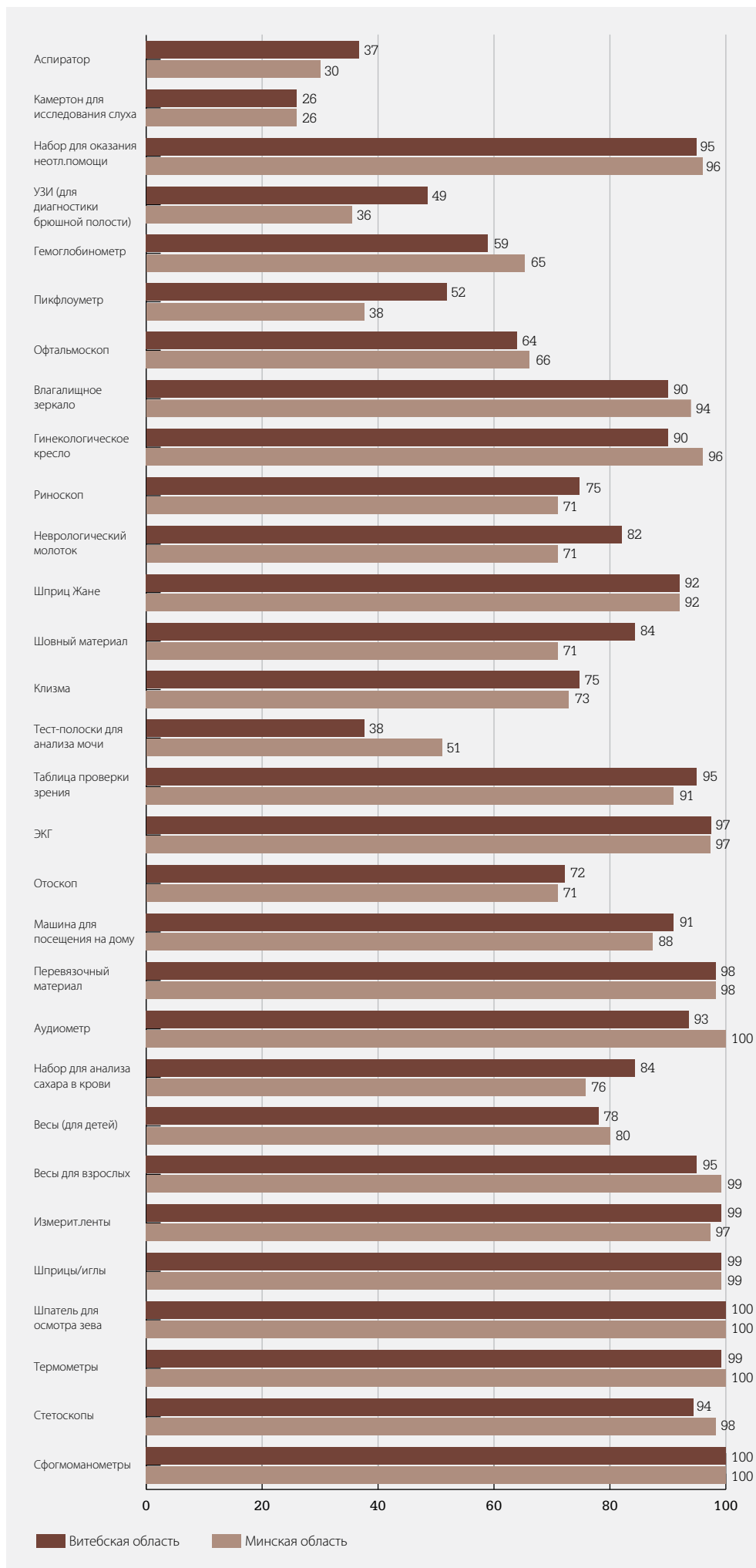
Таблица 28: Количество наименований медицинского оборудования, доступного для врачей, с разбивкой на городские и сельские районы

Наименований оборудования	Городские районы (N=53)		Сельские районы (N=158)		Итого (N=211)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
15 или менее	5	9	7	4	12	6
16 – 20	2	4	20	13	22	10
21 – 25	18	34	76	48	94	45
26 – 30	28	53	55	35	83	39
ВСЕГО	53	100	158	100	211	100
Среднее число наименований оборудования на одного врача (из списка 30)	24,4		23,7		23,9	

На рисунке 4 показано распределение всех наименований медицинского оборудования в Минской и Витебской областях. Этот рисунок иллюстрирует то, что различие в распределении оборудования между этими регионами несущественно. В Витебской области 16 наименований оборудования было практически доступно (почти) всем врачам общей практик (> 90%), в

Минской области этот показатель составляет 15 наименований. В дополнении к этому в Витебской области 6 наименований оборудования было доступно широко (по крайней мере трем четвертям врачей), а в Минской области лишь 3 наименования. В обеих областях существуют возможности для улучшения сложившейся ситуации. Например, от 1/4 до 1/5 врачей не имели материалов для шовного материала, что ограничивает возможности для проведения мелких операций. Почти 50% врачей Витебской области и более 60% в Минской области не имели в своем распоряжении пикфлоуметров, что затрудняет диагностику астмы у пациентов. Кроме того, создается впечатление, что в обеих областях пациенты обычно вынуждены сдавать анализ мочи и крови на гемоглобин не в своем учреждении. Такое оборудование не было везде доступно, хотя почти все врачи (91% в Минской области и 88% в Витебской области) указывали на наличие у них лабораторной базы в поликлиниках или амбулаториях (см. таблицу 29).

Рисунок 4: Имеющееся медицинское оборудование (%врачей)



Лаборатории (см. таблицу 29) были в наличии почти в каждом учреждении, даже чаще чем оборудование для рентгенографии. Но практически все врачи имели достаточный доступ к использованию медицинского оборудования, если не у себя в клинике, то в других учреждениях. В частности, это касается и рентгенографии, где более половины врачей имели доступ к другим амбулаториям или поликлиникам.

Таблица 29: Доступ врачей к рентгенографическому оборудованию и лабораториям, с разбивкой по областям

Тип оборудования и условия доступа	Минская область (N=112)		Витебская область (N=100)		Итого (N=212)	
	%	Действ. кол-во	%	Действ. кол-во	%	Действ. кол-во
Наличие <i>лаборатории</i>						
• Полностью имеется в учреждении	91	111	88	100	90	211
• Полностью имеется вне учреждения	9	111	11	100	10	211
• Отсутствует / доступ недостаточен	0	111	1	100	1	211
Наличие <i>рентгенкабинета</i>						
• Полностью имеется в учреждении	35	111	52	100	43	211
• Полностью имеется вне учреждения	61	111	44	100	53	211
• Отсутствует / доступ недостаточен	4	111	4	100	4	211

Очень немногие респонденты указали на то, что у них был недостаточный доступ к лабораторной или рентгенологической диагностике. Тем не менее поскольку врачи в городских районах обычно работают в более крупных поликлиниках, где такие возможности шире, очевидно, что врачи, работающие в сельских учреждениях чаще указывают на то, что они обращаются в другие центры, по сравнению с врачами из городских поликлиник (см. таблицу 30).

Таблица 30: Доступ врачей к рентгенографическому оборудованию и лабораториям, с разбивкой на городские и сельские районы

Тип оборудования и условия доступа	Городские районы (N=53)		Сельские районы (N=158)		Итого (N=211)	
	%	Действ. кол-во	%	Действ. кол-во	%	Действ. кол-во
Наличие <i>лаборатории</i>						
• Полностью имеется в учреждении	96	52	87	158	89	210
• Полностью имеется вне учреждения	4	52	12	158	10	210
• Отсутствует / доступ недостаточен	0	52	1	158	1	210
Наличие <i>рентгенкабинета</i>						
• Полностью имеется в учреждении	81	52	30	158	43	210
• Полностью имеется вне учреждения	15	52	66	158	53	210
• Отсутствует / доступ недостаточен	4	52	4	158	4	210

4.5.3. Оказание услуг

Характеристики клинических задач

Что касается клинических задач, то можно выделить три основных элемента профессиональной деятельности:

- роль врача при первом контакте с обратившимся к нему пациенту,

- проведение медико-технических процедур врачами, и
- лечение и последующее наблюдение за больным врачом.

Выполнение каждой из этих задач определялось с использованием перечня позиций, которые в совокупности показывают, в какой степени врач участвует в решении той или иной задачи. (Более детальное описание этой методики приводится в главе 1.)

Роль первого контакта для решения проблемы со здоровьем пациента

Для оценки роли первого контакта были использованы 16 позиций, характеризующих различные проблемы мужчин, женщин и детей. Врачи смогли указать, будут ли их пациенты обращаться в нем с этими проблемами «(почти) всегда», или «обычно», или «редко/никогда», или «не знаю». Полученные результаты представлены в таблице 31. Процент означает долю врачей, которые указали, что именно они всегда или обычно будут врачами, к которым пациенты обратятся в первую очередь. (Процент в скобках означает категорию ответов «иногда».)

Таблица 31: Роль врачей при первом контакте для решения проблем со здоровьем пациентов, с разбивкой по областям

Первое обращение к врачу в случае:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во
Ребенок с сыпью	79 (8)	19 (16)	72 / 37	77 (5)	19 (8)	57 / 36	78 (7)	19 (12)	129 / 73
Ребенок с тяжелым кашлем	81 (7)	19 (19)	72 / 37	75 (9)	22 (14)	57 / 36	78 (8)	21 (16)	129 / 73
Ребенок 7 лет с энурезом	68 (18)	14 (14)	72 / 36	67 (18)	9 (11)	57 / 35	67 (18)	11 (13)	129 / 71
Ребенок 8 лет с проблемами слуха	61 (20)	14 (11)	70 / 37	60 (14)	8 (14)	57 / 36	61 (17)	11 (12)	127 / 73
Женщина 18 лет с вопросами об оральной контрацепции	17 (31)	3 (3)	70 / 37	9 (46)	5 (19)	57 / 37	13 (38)	4 (11)	127 / 74
Женщина 20 лет с для подтверждения беременности	41 (16)	3 (8)	69 / 37	18 (27)	11 (11)	55 / 37	31 (21)	7 (10)	124 / 74
Женщина 35 лет с нарушением менструального цикла	35 (32)	5 (14)	66 / 37	31 (36)	16 (35)	55 / 37	33 (34)	11 (24)	121 / 74
Женщина 50 лет с пальпирующимся образованием в молочной железе	72 (23)	39 (49)	71 / 39	79 (16)	68 (30)	58 / 40	75 (19)	53 (39)	129 / 79
Женщина 60 лет с полиурией	72 (27)	53 (40)	71 / 38	83 (7)	73 (20)	59 / 40	77 (18)	63 (30)	130 / 78
Мужчина 45 лет в состоянии тревоги	58 (27)	26 (63)	71 / 38	68 (22)	53 (35)	59 / 40	62 (25)	40 (49)	130 / 78

Первое обращение к врачу в случае:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во
Мужчина 28 лет с впервые возникшими судорогами	71 (17)	27 (49)	70 / 37	76 (14)	39 (44)	58 / 39	73 (16)	33 (46)	128 / 76
Ребенок после физического насилия	23 (26)	3 (16)	70 / 37	30 (9)	5 (14)	54 / 37	26 (19)	4 (15)	124 / 74
Пара с проблемами в отношениях	10 (23)	- (3)	70 / 37	9 (19)	8 (16)	54 / 38	10 (21)	4 (9)	124 / 75
Мужчина со склонностью к суициду	17 (21)	3 (19)	70 / 37	16 (24)	13 (39)	55 / 39	17 (22)	8 (29)	125 / 76
Женщина с психосоциальными проблемами, связанными с работой	39 (28)	13 (42)	71 / 38	45 (28)	30 (40)	58 / 40	42 (28)	22 (41)	129 / 78
Мужчина 32 лет с сексуальными проблемами	15 (33)	- (11)	69 / 37	16 (33)	8 (26)	55 / 38	15 (33)	4 (19)	124 / 75
Мужчина 52 лет с проблемами употребления алкоголя	38 (39)	11 (47)	69 / 38	44 (28)	18 (47)	57 / 38	41 (34)	15 (47)	126 / 76
ОБЩИЙ БАЛЛ 'Первый контакт'**)	2,57	1,61		2,46	1,91		2,52	1,74	

*) Примечание: процентные показатели это сумма ответов 'всегда (почти всегда)' и 'обычно'; процентные показатели в скобках относятся к ответам 'иногда' врач является первым контактом для пациента.
**) Для расчета показателя в баллах ответы взвешивались следующим образом: редко/никогда = 1, иногда = 2, обычно = 3, (почти) всегда = 4

Для некоторых проблем со здоровьем, перечисленных в таблице 31, очевидно, что ВОП и терапевты являются первым контактом, если речь идет об их пациентах, в то время как другие пациенты обращаются в другие места. Если судить по общему баллу на последней строке таблицы, ВОП в Минской и Витебской областях играют намного более широкую роль при первом обращении (контакте) в случае появления проблем со здоровьем по сравнению с терапевтами. Общий балл для ВОП составляет 2,52, а для терапевтов 1,74. В Минской области этот разрыв между ВОП и терапевтами больше, чем в Витебской области. Еще более слабые области можно обнаружить, когда речь идет о «профиле первого контакта» в отношении ВОП. В частности пациенты, вероятно, очень редко обращаются к ВОП в связи с проблемами с половым или репродуктивным здоровьем или при появлении проблем в отношениях или психосоциальных проблем. Если результаты в таблице 31 сравнить с имеющимися данными, полученными в ходе (отчасти) схожего обследования в 2005 году, то можно утверждать, что ВОП в Беларуси сохранили свою роль как врача первого контакта при возникновении у пациентов проблем со здоровьем (в 2005 году общий балл составлял 2,6), в то время как роль терапевтов как врачей первого контакта уменьшилась (в 2005 году общий балл составлял 2,1) (25).

Таблица 32: Роль врачей при первом контакте для решения проблем со здоровьем пациентов, с разбивкой на городские и сельские районы

Первое обращение к врачу в случае:	Городские районы (N=53)			Сельские районы (N=158)			Итого (N=211)		
	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во
Ребенок с сыпью	33 (11)	- (10)	18 / 31	86 (6)	33 (14)	111 / 42	78 (7)	19 (12)	129 / 73
Ребенок с тяжелым кашлем	22 (22)	- (10)	18 / 31	87 (5)	36 (21)	111 / 42	78 (8)	21 (16)	129 / 73
Ребенок 7 лет с энурезом	39 (11)	3 (-)	18 / 30	72 (19)	17 (22)	111 / 41	67 (18)	11 (13)	129 / 71
Ребенок 8 лет с проблемами слуха	24 (18)	3 (-)	17 / 31	66 (17)	17 (21)	110 / 42	61 (17)	11 (12)	127 / 73
Женщина 18 лет с вопросами об оральной контрацепции	- (44)	3 (19)	18 / 32	16 (37)	5 (5)	109 / 42	13 (38)	4 (11)	127 / 74
Женщина 20 лет с для подтверждения беременности	5 (27)	3 (16)	19 / 32	35 (20)	10 (5)	105 / 42	31 (21)	7 (10)	124 / 74
Женщина 35 лет с нарушением менструального цикла	18 (41)	7 (32)	17 / 31	36 (33)	14 (19)	104 / 43	33 (34)	11 (24)	121 / 74
Женщина 50 лет с пальпирующимся образованием в молочной железе	53 (37)	62 (32)	19 / 34	79 (16)	47 (44)	110 / 45	75 (19)	53 (39)	129 / 79
Женщина 60 лет с полиурией	90 (11)	68 (29)	19 / 34	75 (19)	59 (30)	111 / 44	77 (18)	63 (30)	130 / 78
Мужчина 45 лет в состоянии тревоги	74 (21)	41 (59)	19 / 34	60 (25)	39 (41)	111 / 44	62 (25)	40 (49)	130 / 78
Мужчина 28 лет с впервые возникшими судорогами	79 (21)	32 (53)	19 / 34	73 (15)	33 (41)	109 / 42	73 (16)	33 (46)	128 / 76
Ребенок после физического насилия	22 (6)	- (7)	18 / 31	26 (21)	7 (21)	106 / 43	26 (19)	4 (15)	124 / 74
Пара с проблемами в отношениях	6 (22)	3 (13)	18 / 32	10 (21)	5 (7)	106 / 43	10 (21)	4 (9)	124 / 75
Мужчина со склонностью к суициду	17 (33)	6 (24)	18 / 33	17 (21)	9 (33)	107 / 43	17 (22)	8 (29)	125 / 76
Женщина с психосоциальными проблемами, связанными с работой	47 (32)	21 (41)	19 / 34	41 (27)	23 (41)	110 / 44	42 (28)	22 (41)	129 / 78

Первое обращение к врачу в случае:	Городские районы (N=53)			Сельские районы (N=158)			Итого (N=211)		
	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во
Мужчина 32 лет с сексуальными проблемами	11 (53)	6 (18)	19 / 33	16 (30)	2 (19)	105 / 42	15 (33)	4 (19)	124 / 75
Мужчина 52 лет с проблемами употребления алкоголя	33 (39)	15 (49)	18 / 33	42 (33)	14 (47)	108 / 43	41 (34)	15 (47)	126 / 76
ОБЩИЙ БАЛЛ 'Первый контакт'**)	2,07	1,54		2,59	1,88		2,52	1,74	

*) Примечание: процентные показатели это сумма ответов 'всегда (почти всегда)' и 'обычно'; процентные показатели в скобках относятся к ответам 'иногда' врач является первым контактом для пациента.
 **) Для расчета показателя в баллах ответы взвешивались следующим образом: редко/никогда = 1, иногда = 2, обычно = 3, (почти) всегда = 4

В таблице 32 эти же результаты показаны для врачей в городских и сельских районах. Помимо различия между ВОП и терапевтами, в таблице заметно постоянное различие между врачами, работающими в городских и сельских районах. ВОП, работающие в сельских районах, играли более широкую роль при первом обращении с проблемами со здоровьем по сравнению с ВОП, работающими в городских районах. Такое же отличие отмечается и среди терапевтов.

Участие врачей системы первичной медико-санитарной помощи в лечении заболеваний

В таблице 33 показаны результаты, характеризующие участие ВОП и терапевтов в лечении 18 перечисленных заболеваний. Показанные здесь баллы выше чем в двух предыдущих таблицах, что указывает на более высокий уровень участия ВОП и терапевтов как лиц первого контакта в случае указанных заболеваний. Если судить по последней строке таблицы в колонке «Итого», ВОП играют намного более широкую роль при появлении проблем со здоровьем по сравнению с терапевтами. Однако это отличие меньше чем в предыдущих двух таблицах, когда речь шла о роли первого контакта. Как ВОП, так и терапевты относительно активно участвовали в лечении большинства перечисленных заболеваний. В одной трети из 18 перечисленных заболеваний более 80% ВОП в обеих областях отметили, что они участвуют «всегда» или «обычно». Терапевты в Витебской области принимали более активное участие в лечении по сравнению с терапевтами в Минской области. Отмечено лишь два заболевания, когда ВОП принимали очень слабое участие в лечении – перитонзиллярный абсцесс и сальпингит. Сравнение с результатами, полученными при проведении указанного выше обследования в 2005 году, показывает, что ВОП и терапевты сохранили свой сильный профиль участия в лечении и последующем наблюдении за пациентами (25, 26).

Таблица 33: Участие врачей в лечении и последующем наблюдении пациентов, с разбивкой по областям

Участие врачей в лечении:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во
Гипертиреоз	29 (37)	17 (29)	65 / 35	47 (35)	25 (33)	55 / 40	38 (36)	21 (31)	120 / 75
Хронический бронхит	100	97 (3)	71 / 39	100	88 (5)	58 / 41	100	93 (4)	129 / 80
Ячмень	76 (16)	30 (38)	70 / 37	71 (22)	37 (32)	58 / 38	73 (19)	33 (35)	128 / 75
Пептическая язва	92 (7)	90 (8)	71 / 38	100	92 (8)	59 / 39	95 (4)	91 (8)	130 / 77
Позвоночная грыжа	48 (39)	32 (42)	69 / 38	64 (28)	48 (38)	58 / 40	55 (34)	40 (40)	127 / 78
Острый инсульт	78 (20)	41 (49)	71 / 39	73 (22)	68 (33)	59 / 40	75 (21)	54 (41)	130 / 79
Застойная сердечная недостаточность	97 (3)	85 (10)	70 / 39	98 (2)	93 (7)	58 / 41	98 (2)	89 (9)	128 / 80
Пневмония	83 (14)	95 (3)	70 / 39	86 (10)	93 (2)	58 / 41	84 (13)	94 (3)	128 / 80
Перитонзиллярный абсцесс	14 (21)	3 (33)	70 / 36	22 (31)	27 (27)	58 / 37	18 (26)	15 (30)	128 / 73
Язвенный колит	46 (21)	54 (23)	68 / 39	59 (24)	63 (17)	59 / 41	52 (22)	59 (20)	127 / 80
Сальпингит	21 (24)	3 (25)	66 / 36	24 (30)	16 (32)	54 / 38	23 (27)	10 (28)	120 / 74
Сотрясение мозга	57 (24)	18 (47)	70 / 38	47 (45)	26 (53)	58 / 38	52 (34)	22 (50)	128 / 76
Болезнь Паркинсона	59 (34)	35 (38)	70 / 37	70 (24)	46 (51)	59 / 39	64 (30)	41 (45)	129 / 76
Неосложненный диабет 2 типа	79 (20)	61 (21)	70 / 38	85 (14)	78 (20)	59 / 40	81 (17)	69 (21)	129 / 78
Ревматоидный артрит	96 (3)	90 (5)	71 / 38	97 (3)	85 (15)	59 / 40	96 (3)	87 (10)	130 / 78
Депрессия	67 (27)	26 (41)	66 / 39	52 (40)	28 (60)	58 / 40	60 (33)	27 (51)	124 / 79
Инфаркт миокарда	71 (10)	63 (34)	72 / 38	77 (11)	82 (13)	57 / 38	74 (10)	72 (24)	129 / 76
Паллиативное лечение	92 (7)	74 (18)	71 / 39	97 (4)	85 (12)	57 / 41	94 (6)	80 (15)	128 / 80
ОБЩИЙ БАЛЛ 'Задачи лечения**)	3,05	2,55		3,16	2,97		3,10	2,79	

*) Примечание: процентные показатели это сумма ответов 'всегда (почти всегда)' и 'обычно'; процентные показатели в скобках относятся к ответам 'иногда' врач является первым контактом для пациента.

***) Для расчета показателя в баллах ответы взвешивались следующим образом: редко/никогда = 1, иногда = 2, обычно = 3, (почти) всегда = 4

В таблице 34 показаны результаты выполнения задач лечения с разбивкой на городские и сельские районы. Разрыв между объемом услуг в городских и сельских районах небольшой и, в отличие от результатов, характеризующих выполнение задач врачами первого контакта,

услуги, оказываемые городскими ВОП и терапевтами, несколько более широкие по сравнению с услугами, оказываемыми ВОП и терапевтами в сельских районах. Таким образом, ВОП несколько более активно участвуют в лечении перечисленных заболеваний по сравнению с сельскими ВОП; то же самое касается терапевтов.

Таблица 34: Участие врачей в лечении и последующем наблюдении пациентов, с разбивкой на городские и сельские районы

Участие врачей в лечении:	Городские районы (N=53)			Сельские районы (N=158)			Итого (N=211)		
	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во
Гипертиреоз	42 (42)	18 (36)	19 / 33	37 (35)	24 (26)	101 / 42	38 (36)	21 (31)	120 / 75
Хронический бронхит	100	91 (6)	19 / 34	100	94 (2)	109 / 46	100	93 (4)	128 / 80
Ячмень	42 (32)	27 (38)	19 / 34	79 (17)	39 (32)	109 / 41	73 (19)	33 (35)	128 / 75
Пептическая язва	100	85 (15)	19 / 33	95 (5)	96 (2)	110 / 44	95 (4)	91 (8)	129 / 77
Позвоночная грыжа	63 (26)	42 (46)	19 / 33	54 (35)	38 (36)	108 / 45	55 (34)	40 (40)	127 / 78
Острый инсульт	74 (21)	59 (38)	19 / 34	76 (21)	51 (42)	110 / 45	75 (21)	54 (41)	129 / 79
Застойная сердечная недостаточность	100	85 (15)	19 / 34	97 (3)	91 (4)	108 / 46	98 (2)	89 (9)	127 / 80
Пневмония	100	97 (3)	19 / 34	82 (15)	91 (2)	108 / 46	84 (13)	94 (3)	127 / 80
Перитонзиллярный абсцесс	21 (32)	13 (38)	19 / 32	17 (25)	17 (24)	109 / 41	18 (26)	15 (30)	128 / 73
Язвенный колит	79 (11)	53 (27)	19 / 34	47 (24)	63 (15)	107 / 46	52 (22)	59 (20)	128 / 80
Сальпингит	33 (44)	12 (36)	18 / 33	21 (24)	7 (22)	102 / 41	23 (27)	10 (28)	120 / 74
Сотрясение мозга	58 (37)	18 (62)	19 / 34	51 (33)	26 (41)	108 / 42	52 (34)	22 (50)	127 / 76
Болезнь Паркинсона	74 (26)	41 (47)	19 / 34	62 (30)	41 (43)	110 / 42	64 (30)	41 (45)	129 / 76
Неосложненный диабет 2 типа	95 (5)	67 (24)	19 / 33	79 (19)	71 (18)	109 / 45	81 (17)	69 (21)	128 / 78
Ревматоидный артрит	100	91 (9)	19 / 34	96 (4)	84 (11)	110 / 44	96 (3)	87 (10)	129 / 78
Депрессия	68 (26)	29 (41)	19 / 34	58 (34)	24 (58)	105 / 45	60 (33)	27 (51)	124 / 79
Инфаркт миокарда	84 (11)	76 (18)	19 / 33	72 (10)	70 (30)	109 / 43	73 (10)	73 (24)	128 / 76
Паллиативное лечение	100	82 (12)	19 / 34	93 (7)	78 (17)	108 / 46	94 (6)	80 (15)	127 / 80
ОБЩИЙ БАЛЛ 'Задачи лечения**)	3,26	2,85		3,06	2,74		3,10	2,79	

*) Примечание: процентные показатели это сумма ответов 'всегда (почти всегда)' и 'обычно'; процентные показатели в скобках относятся к ответам 'иногда' врач является первым контактом для пациента.

**) Для расчета показателя в баллах ответы взвешивались следующим образом: редко/никогда = 1, иногда = 2, обычно = 3, (почти) всегда = 4

Профилактические и медицинские технические процедуры, проводимые в системе первичной медико-санитарной помощи

Роль врачей системы первичной медико-санитарной помощи в проведении медицинских технических процедур, результаты которых показаны в таблице 35, очень ограничена. Некоторые задачи, очевидно, были вне сферы деятельности ВОП, и на данный момент они, возможно, относились к сфере гинекологов, офтальмологов или оториноларингологов. ВОП относительно активно участвовали в выполнении таких задач, как наложение швов, наложение бинта на лодыжку и вакцинация и в меньшей степени в выполнении мелких хирургических операций, таких как удаление вросшего ногтя пальца стопы, офтальмоскопия, внутривенные инфузии и иммунизация. Слабое участие ВОП в выполнении таких процедур отражает тот факт, что при ответе на вопросы, касающиеся этих трех операций, более 50% ВОП указали, что в них участвовали они сами (или кто-то из их учреждения). Участие с терапевтов в выполнении медицинских технических процедур было еще ниже. За небольшим исключением, терапевты редко участвовали в выполнении процедур, перечисленных в таблице 35, за исключением вакцинации. Результаты выполнения задачи показаны с разбивкой на городские и сельские районы в таблице 36. В сельских районах ВОП несколько чаще принимают участие в выполнении процедур, перечисленных в таблице, по сравнению с ВОП в городских районах. Сельские ВОП чаще выполняют следующие процедуры: наложение швов, офтальмоскопия, наложение бинта на лодыжку и установка капельницы. За исключением иммунизации против гриппа и столбняка и вакцинации против аллергии, городские терапевты не выполняли перечисленные в таблице процедуры.

Таблица 35: Участие врачей в выполнении медицинских технических процедур, с разбивкой по областям

Процедуры, обычно выполняемые врачами или другими сотрудниками учреждения	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во
Клиновидная резекция взрослого ногтя на ноге	22	–	68 / 39	34	8	59 / 40	28	4	127 / 79
Удаление кисты сальной железы с волосистой части головы	6	–	69 / 39	9	3	59 / 38	7	1	128 / 77
Ушивание раны	54	3	67 / 39	63	15	59 / 39	58	9	126 / 78
Удаление бородавок	3	–	68 / 39	11	–	56 / 37	7	–	124 / 76
Введение ВМС	8	–	67 / 38	–	–	58 / 38	4	–	125 / 76
Удаление пятна с роговицы	9	–	66 / 38	5	–	59 / 38	7	–	125 / 76
Офтальмоскопия	31	3	65 / 39	33	–	57 / 39	32	1	122 / 78
Внутрисуставная инъекция	18	–	68 / 39	15	–	59 / 39	17	–	127 / 78
Верхнечелюстная пункция	2	–	68 / 38	2	–	58 / 39	2	–	126 / 77
Миринготомия барабанной перепонки	2	–	68 / 38	7	–	57 / 39	4	–	125 / 77
Наложение гипсовой повязки	9	3	68 / 38	14	3	58 / 40	11	3	126 / 78
Наложение фиксирующей повязки на область лодыжки	53	15	68 / 39	48	8	58 / 40	51	11	126 / 79
Криотерапия бородавок	3	–	66 / 37	2	–	53 / 38	3	–	119 / 75
Установка капельницы	36	11	69 / 37	24	8	59 / 40	31	9	128 / 77
Иммунизация против гриппа и столбняка	39	15	70 / 39	22	18	59 / 40	31	17	129 / 79
Вакцинация против аллергии	54	39	70 / 39	48	25	59 / 40	51	32	129 / 79
ОБЩИЙ БАЛЛ 'Медицинские процедуры / профилактика * (от 1 до 3)	1,57	1,28		1,55	1,24		1,56	1,26	

*) Для расчета показателя ответы были оценены следующим образом: обычно проводимые медицинским специалистом = 1, обычно проводимые другим персоналом = 2, обычно проводимые мной = 3

Таблица 36: Участие врачей в выполнении медицинских технических процедур, с разбивкой на городские и сельские районы

Процедуры, обычно выполняемые врачами или другими сотрудниками учреждения	Городские районы (N=53)			Сельские районы (N=158)			Итого (N=211)		
	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во
Клиновидная резекция взрослого ногтя на ноге	11	–	19 / 33	31	7	108 / 46	28	4	127 / 79
Удаление кисты сальной железы с волосистой части головы	–	–	19 / 32	8	2	109 / 45	7	1	128 / 77
Ушивание раны	11	–	19 / 31	66	15	107 / 46	58	9	126 / 78
Удаление бородавок	11	–	19 / 32	6	–	105 / 44	7	–	124 / 76
Введение ВМС	–	–	19 / 31	5	–	106 / 45	4	–	125 / 76
Удаление пятна с роговицы	6	–	18 / 31	8	–	107 / 45	7	–	125 / 76
Офтальмоскопия	11	–	19 / 32	36	2	103 / 46	32	1	122 / 78
Внутрисуставная инъекция	5	–	19 / 32	19	–	108 / 46	17	–	127 / 78
Верхнечелюстная пункция	–	–	19 / 32	2	–	107 / 45	2	–	126 / 77
Миринготомия барабанной перепонки	5	–	19 / 32	4	–	106 / 45	4	–	125 / 77
Наложение гипсовой повязки	5	–	19 / 33	12	4	107 / 45	11	3	126 / 78
Наложение фиксирующей повязки на область лодыжки	26	–	19 / 33	55	20	107 / 46	51	11	126 / 79
Криотерапия бородавок	–	–	15 / 31	3	–	104 / 44	3	–	119 / 75
Установка капельницы	16	–	19 / 32	33	16	109 / 45	31	9	128 / 77
Иммунизация против гриппа и столбняка	37	15	19 / 33	30	17	110 / 46	31	17	129 / 79
Вакцинация против аллергии	47	27	19 / 33	52	35	110 / 46	51	32	129 / 79
ОБЩИЙ БАЛЛ 'Медицинские процедуры / профилактика * (от 1 до 3)	1,47	1,18		1,58	1,30		1,56	1,26	

*) Для расчета показателя ответы были оценены следующим образом: обычно проводимые медицинским специалистом = 1, обычно проводимые другим персоналом = 2, обычно проводимые мной = 3

Таблица 37: Участие врачей в мероприятиях для специфических групп

Участвовали в:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во	% ВОП*)	% терапевт*)	Действ. кол-во
Обследования на ЗППП	67	32	70 / 38	53	38	57 / 40	61	35	127 / 78
Обследования на ВИЧ/СПИД	75	72	69 / 39	67	76	58 / 41	72	74	127 / 80
Программах вакцинации от гриппа для групп высокого риска	97	92	70 / 39	98	95	59 / 41	98	94	129 / 80
Реабилитационном лечении	99	85	68 / 39	98	95	58 / 41	98	90	126 / 80
Школьных программах здоровья	84	39	69 / 39	86	42	57 / 38	85	40	126 / 77
Программы обследования на рак шейки матки	62	13	69 / 39	67	38	58 / 40	65	25	127 / 79
Программах обследования на рак молочной железы	90	55	68 / 38	83	82	59 / 39	87	69	127 / 77
ОБЩИЙ охват 'специфических групп (0-100%)	82,0%	55,4%		78,9%	66,6%		80,9%	61,0%	

ВОП обычно участвовали во всех мероприятия, перечисленных в таблице 37, особенно в вакцинации против гриппа и реабилитационном лечении и в несколько меньшей степени в программах обследования на рак молочной железы и школьных программах здоровья. В Минской области ВОП чаще участвовали в программах чуть чаще, чем в Витебской области, в частности в программах, касающихся ЗППП, ВИЧ/СПИДа, и в обследовании на рак молочной железы. Терапевты участвовали реже – по сравнению с ВОП – в таких мероприятиях как обследование на ЗППП, школьные программы здоровья и обследование на рак шейки матки.

4.6. Услуги в связи с ТБ и репродуктивным здоровьем

4.6.1. Услуги в связи с ТБ

Почти все врачи в обеих областях знали о новых случаях ТБ, обнаруженных у их пациентов (см. Табл. 38). Они также знали количество домохозяйств с недавно выявленными случаями ТБ, которые в то время наблюдались ими или их сотрудниками, и знали, сколько их пациентов в то время получили последующее лечение против ТБ (прописанное фтизиатром/специалистом по ТБ). Разбивка на городские и сельские районы не показывает существенного отличия между врачами, работающими в городских и сельских районах (см. таблицу 39).

Таблица 38: Знания врачей о больных туберкулезом пациентах среди обслуживаемого ими населения, с разбивкой по областям

Врачи:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Знавшие, сколько случаев туберкулеза было обнаружено в 2007 году	95,8	89,7	71 / 39	98,3	87,5	59 / 40	96,9	88,6	130 / 79
Знавшие, сколько домохозяйств с недавно обнаруженными случаями ТБ были под их наблюдением	95,9	82,1	73 / 39	94,9	89,7	59 / 39	95,5	85,9	132 / 78
Знавшие, сколько пациентов получали противотуберкулезное лечение, назначенное фтизиатром	100	92,3	73 / 39	98,3	95,0	58 / 70	99,2	93,7	131 / 79

Таблица 39: Знания врачей о больных туберкулезом пациентах среди обслуживаемого ими населения, с разбивкой на городские и сельские районы

Врачи:	Городские районы (N=53)			Сельские районы (N=158)			Итого (N=211)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Знавшие, сколько случаев туберкулеза было обнаружено в 2007 году	94,7	97,1	19 / 34	97,3	82,2	110 / 45	96,9	88,6	130 / 79
Знавшие, сколько домохозяйств с недавно обнаруженными случаями ТБ были под их наблюдением	94,7	87,9	19 / 33	95,5	84,4	112 / 45	95,4	85,9	131 / 78
Знавшие, сколько пациентов получали противотуберкулезное лечение, назначенное фтизиатром	100	97,1	18 / 34	99,1	91,1	112 / 45	99,2	93,7	130 / 79

Число новых случаев ТБ, выявленных в 2007 году, было чуть больше 1 случая на врача в Минской области и чуть меньше 1 случая на врача в Витебской области (таблица 40). Разница между областями в количестве домохозяйств под наблюдением оказалась несколько больше, в среднем в два раза больше на одного врача в Минской области по сравнению с Витебской. В сельских районах количество новых случаев ТБ выше, чем в городских районах (таблица 41). Другие показатели участия врачей системы ПМСП в уходе за больными ТБ выше для сельских районов и терапевтов по сравнению с врачами в городских районах. Эти показатели включают: количество домохозяйств с недавно обнаруженными случаями ТБ под наблюдением самого врача (или его сотрудников) и количество пациентов, получающих дальнейшее лечение против ТБ пор назначению фтизиатра.

Таблица 40: Лечение туберкулеза, указанное врачами системы первичной медико-санитарной помощи, с разбивкой по областям

Установленные больные ТБ / домохозяйства с больным ТБ:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Кол-во новых больных ТБ, обнаруженных в 2007 году			68 / 35			58 / 35			126 / 70
• 0	37	37		41	37		39	37	
• 1-2	47	46		52	57		49	51	
• 3-5	12	14		7	6		10	10	
• >5	4	3		–	–		2	1	
• Среднее	1,32	1,34		0,90	1,00		1,13	1,17	
Кол-во домохозяйств с недавно установленными больными ТБ под наблюдением врача (его сотрудников)			70 / 32			56 / 35			132 / 78
• 0	19	22		34	40		25	31	
• 1-2	36	31		39	40		37	36	
• 3-5	29	31		23	17		26	24	
• >5	17	16		4	3		11	9	
• Среднее (диапазон)	2,77	2,97		1,71	1,34		2,30	2,12	
Кол-во больных, получающих последующее лечение против ТБ по назначению фтизиатра			73 / 36			57 / 38			131 / 79
• 0	–	–		–	–		–	–	
• 1-2	–	4		13	8		6	6	
• 3-5	35	27		47	42		40	35	
• 6-10	42	46		34	42		38	44	
• 11-15	20	23		6	4		14	14	
• >15	3	–		–	4		2	2	
• Среднее (диапазон)	3,87	3,65		2,40	3,31		3,22	3,48	

Таблица 41: Лечение туберкулеза, указанное врачами системы первичной медико-санитарной помощи, с разбивкой на городские и сельские районы

Установленные больные ТБ / домохозяйства с больным ТБ:	Городские районы (N=53)			Сельские районы (N=158)			Итого (N=211)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Кол-во новых больных ТБ, обнаруженных в 2007 году			18 / 33			107 / 37			129 / 79
• 0	61	42		35	32		38	37	
• 1-2	33	52		52	51		50	51	
• 3-5	6	6		10	14		10	10	
• >5	–	–		3	3		2	1	
• Среднее	0,61	0,91		1,22	1,41		1,14	1,17	
Кол-во домохозяйств с недавно установленными больными ТБ под наблюдением врача (его сотрудников)			18 / 29			107 / 38			131 / 78
• 0	61	45		19	21		25	31	
• 1-2	22	38		40	34		38	36	
• 3-5	17	7		28	37		26	24	
• >5	–	10		13	8		11	9	
• Среднее (диапазон)	0,38	1,55		2,57	2,55		2,32	2,12	
Кол-во больных, получающих последующее лечение против ТБ по назначению фтизиатра			18 / 33			111 / 41			130 / 79
• 0									
• 1-2	27	5		2	7		6	6	
• 3-5	47	38		39	32		40	35	
• 6-10	20	48		41	42		38	44	
• 11-15	7	10		15	16		14	14	
• >15	–	–		2	3		2	2	
• Среднее (диапазон)	1,87	3,00		3,45	3,81		3,22	3,48	

Таблица 42: Участие врачей или сотрудников в последующем лечении, с разбивкой на кол-во установленных случаев ТБ

	Ежедневный контроль	
	% врачей	Кол-во
Кол-во новых случаев ТБ, установленных в 2007 г.		
• 0	72.0	148
• 1-2	77.9	
• 3-5	76.5	
• >5	50.0	

Участие врачей ПМСП в программах последующего лечения новых больных ТБ составляет около трех четвертых, если число новых случаев ТБ менее 5. Только если число новых случаев ТБ превышает 5, уровень участия врачей ПМСП оказывается ниже (около половины врачей) (таблица 42).

Большинство ВОП и около половины терапевтов участвовали в мероприятиях по ведению ТБ пациентов после того, как они получили назначение фтизиатра (см. таблицу 43). Выдача бесплатных рецептов производится редко ВОП и лишь иногда терапевтами. Выдача лекарств пациентам производится чаще ВОП, чем терапевтами в Минской области, но не в Витебской. Ежедневное наблюдение за приемом лекарств чаще выполняется ВОП, чем терапевтами в обеих областях.

Таблица 43: Участие врачей или персонала системы первичной медико-санитарной помощи в лечении туберкулеза, с разбивкой по областям

Участие врачей ИМЛИ медперсонала в следующих мероприятиях:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% врачей		Действ. кол-во	% врачей		Действ. кол-во	% врачей		Действ. кол-во
	Да	Нет		Да	Нет		Да	Нет	
Последующее лечение • ВОП • Терапевты	90,4 51,3	9,6 48,7	73 39	86,0 55,0	14,0 45,0	57 40	88,5 53,2	11,5 46,8	130 79
Периодическая выдача препаратов больным ТБ • ВОП • Терапевты	75,4 65,0	24,6 35,0	65 20	61,2 66,7	38,8 33,3	49 21	69,3 56,9	30,7 34,1	114 41
Прямое наблюдение за приемом препаратов во время последующего лечения • ВОП • Терапевты	79,7 55,0	20,3 45,4	64 20	83,7 61,9	16,3 38,1	49 21	81,4 58,5	18,6 41,5	113 41

Таблица 44: Участие врачей или персонала системы первичной медико-санитарной помощи в лечении туберкулеза, с разбивкой на городские и сельские районы

Участие врачей ИМЛИ медперсонала в следующих мероприятиях:	Городские районы (N=53)			Сельские районы (N=158)			Итого (N=211)		
	% врачей		Действ. кол-во	% врачей		Действ. кол-во	% врачей		Действ. кол-во
	Да	Нет		Да	Нет		Да	Нет	
Последующее лечение • ВОП • Терапевты	55,6 29,4	44,4 70,6	18 34	93,7 71,1	6,3 28,9	111 45	88,4 53,2	11,6 46,8	129 79
Периодическая выдача препаратов больным ТБ • ВОП • Терапевты	70,0 40,0	30,0 60,0	10 10	69,9 74,2	30,1 25,8	103 31	69,9 65,9	30,1 34,1	113 41
Прямое наблюдение за приемом препаратов во время последующего лечения • ВОП • Терапевты	100 30,0	- 70,0	10 10	80,4 67,7	19,6 32,3	102 31	82,1 58,5	17,9 41,5	112 41

В Минской области большая часть ВОП (или их медсестер) и меньшая часть терапевтов были проинструктированы или обучены аспектам лечения при ТБ (см. таблицу 45). В отличие от этого, в Витебской области терапевты проходили специальную подготовку также часто, как и ВОП. Особого отличия в подготовке врачей в городских и сельских районах не установлено. В отличие от ВОП в городских районах, большая доля ВОП в сельских районах прошли обучение и знали, как информировать население (таблица 46). Точно так же больше сельских терапевтов отметили, что они прошли обучение различным аспектам оказания помощи по сравнению с терапевтами в городских районах.

Таблица 45: Врачи системы первичной медико-санитарной помощи, специально обученные для лечения при ТБ, с разбивкой по областям

Предмет обучения:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Как информировать население по вопросам лечения и профилактики ТБ	80,6	38,5	72 / 39	68,4	56,8	57 / 37	75,2	47,4	129 / 76
Что нужно делать если есть подозрение на ТБ	84,9	39,5	73 / 38	82,1	73,0	56 / 37	83,7	56,0	129 / 75
Как консультировать больных ТБ	79,2	26,3	72 / 38	77,2	63,2	57 / 38	78,3	44,7	129 / 76
Как применять лечение больных ТБ под прямым наблюдением	83,3	23,7	72 / 38	82,8	54,1	58 / 37	83,1	38,7	130 / 75

Таблица 46: Врачи системы первичной медико-санитарной помощи, специально обученные для лечения при ТБ, с разбивкой на городские и сельские районы

Предмет обучения:	Городские районы (N=53)			Сельские районы (N=158)			Итого (N=211)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Как информировать население по вопросам лечения и профилактики ТБ	63,2	41,9	19 / 31	77,1	51,1	109 / 45	75,0	47,4	128 / 76
Что нужно делать если есть подозрение на ТБ	83,3	50,0	18 / 30	83,6	60,0	110 / 45	83,6	56,0	128 / 75
Как консультировать больных ТБ	83,3	35,5	18 / 31	77,5	51,1	111 / 45	78,3	44,7	129 / 76
Как применять лечение больных ТБ под прямым наблюдением	83,3	22,6	18 / 31	83,0	50,0	112 / 44	83,1	38,7	130 / 75

Большая часть (87%) респондентов указали на то, что они прошли обучение в 2006 году или позднее (таблица 47). Программа обучения 2006 года проводилась в соответствии с новой стратегией ВОЗ «Остановить ТБ».

Таблица 47: Когда последний раз врачи прошли обучение правилам ведения больных ТБ

	% врачей	Действ. кол-во
До 2003 г.	3,8	5
2003 – 2005 гг.	9,2	12
2006 г. или позднее	87,0	113
Всего	100	130

Примерно две трети врачей (или медсестер) в обеих областях указали, что они информировали о ТБ и занимались профилактикой ТБ. Более трех четвертых врачей (или медсестер) указали, что они брали мокроту для анализа на ТБ. От 50% до 70% указали, что они занимались мониторингом и проводили последующее лечение в группах риска. Процент их участия в программе ДОТ оказался ниже, за исключением ВОП Витебской области, где лечение ДОТ применяли 64% респондентов. В Минской области 38% ВОП применяли принцип ДОТ и 24% терапевтов. В Витебской области лишь 9% указали, что они применяли принцип ДОТ. Процент участия врачей (или медсестер) в программе ДОТ оказался выше среди ВОП и терапевтов в сельских районах, чем в городских районах (таблица 48).

Таблица 48: Участие врачей и другого персонала в мероприятиях в связи с ТБ, с разбивкой по областям

Услуги:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
<i>Информирование и профилактика ТБ среди населения:</i>			71 / 38			58 / 41			129 / 79
• врачи или медсестры	71,8	68,4		65,5	75,6		69,0	72,2	
• фельдшера	19,7	15,8		17,2	3,7		18,6	11,4	
• специальные медсестры	8,5	10,5		15,5	14,6		11,6	12,7	
• другие	–	5,3		1,7	2,4		0,8	3,8	
<i>Идентификация / ранняя диагностика ТБ (взятие мокроты):</i>			72 / 38			58 / 40			131 / 78
• врачи или медсестры	76,4	78,9		55,2	70,0		55,0	67,9	
• фельдшера	15,3	5,3		17,2	10,0		28,2	11,5	
• специальные медсестры	6,9	5,3		25,9	20,0		15,3	16,7	
• другие	1,4	10,5		1,7	–		1,5	3,8	
<i>Мониторинг и сопровождение групп риска:</i>			73 / 38			58 / 41			129 / 79
• врачи или медсестры	54,8	65,8		65,5	75,6		69,0	72,2	
• фельдшера	37,0	13,2		17,2	3,7		18,6	11,4	
• специальные медсестры	6,8	13,2		15,5	14,6		11,6	12,7	
• другие	1,4	7,9		1,7	2,4		0,8	3,8	
<i>Лечение под прямым наблюдением больных ТБ:</i>			71 / 38			58 / 37			129 / 77
• врачи или медсестры	38,0	23,7		63,8	8,5		49,6	31,2	
• фельдшера	52,1	13,2		13,8	7,7		34,9	10,4	
• специальные медсестры	9,9	42,1		20,7	41,0		14,7	41,6	
• другие	–	21,1		1,7	12,8		0,8	16,9	

Таблица 49: Участие врачей и другого персонала в мероприятиях в связи с ТБ, с разбивкой на городские и сельские районы

Услуги:	Городские районы (N=53)			Сельские районы (N=158)			Итого (N=211)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
<i>Информирование и профилактика ТБ среди населения:</i>			19 / 33			110 / 46			129 / 79
• врачи или медсестры	68,4	78,8		69,1	67,4		69,0	72,2	
• фельдшера	5,3	6,1		20,9	15,2		18,6	11,4	
• специальные медсестры	26,3	9,1		9,1	15,2		11,6	12,7	
• другие	–	6,1		0,9	2,2		0,8	3,8	
<i>Идентификация / ранняя диагностика ТБ (взятие мокроты):</i>			19 / 34			112 / 45			131 / 79
• врачи или медсестры	73,7	82,4		77,7	80,0		77,1	81,0	
• фельдшера	5,3	5,9		13,4	4,4		12,2	5,1	
• специальные медсестры	21,1	5,9		8,0	8,9		9,9	7,6	
• другие	–	5,9		0,9	6,7		0,8	6,3	
<i>Мониторинг и сопровождение групп риска:</i>			19 / 34			111 / 44			130 / 78
• врачи или медсестры	68,4	76,5		52,3	61,4		54,6	67,9	
• фельдшера	5,3	5,9		23,4	15,9		28,5	11,5	
• специальные медсестры	21,2	14,7		14,4	18,2		15,4	16,7	
• другие	5,3	2,9		0,9	4,5		1,5	3,8	
<i>Лечение под прямым наблюдением больных ТБ:</i>			19 / 33			110 / 44			129 / 77
• врачи или медсестры	36,8	12,1		51,8	45,5		49,6	31,2	
• фельдшера	10,5	6,1		39,1	13,6		34,9	10,4	
• специальные медсестры	47,4	57,6		9,1	29,5		14,7	41,6	
• другие	5,3	24,2		–	11,4		,08	16,9	

В последние 12 месяцев три четверти ВОП и почти две трети терапевтов получили новые информационные материалы по уходу за больными ТБ. В целом, ВОП чаще, чем терапевты получали информационные материалы. Врач в Витебской области получали информационные материалы чаще, чем врачи в Минской области (таблица 50). Если проанализировать с разбивкой на городские и сельские районы, судя по заполнению анкет ВОП в сельских районах, они чуть чаще получали такие информационные материалы по сравнению с ВОП, работающими в городских районах (таблица 51).

Таблица 50: Врачи, получившие новые информационные материалы по ТБ в предыдущие 12 месяцев, с разбивкой по областям

Врачи:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Получали информационные материалы	69,4	53,8	72 / 39	83,1	70,7	59 / 41	75,6	62,5	131 / 80

Таблица 51: Врачи, получавшие новые информационные материалы по ТБ в предыдущие 12 месяцев, с разбивкой на городские и сельские районы

Врачи:	Городские районы (N=53)			Сельские районы (N=158)			Итого (N=211)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Получали информационные материалы	68,4	61,8	19 / 34	76,6	63,0	111 / 46	75,4	62,5	130 / 80

4.6.2. Репродуктивное здоровье и медицинские услуги для детей

Таблица 52: Планирование семьи и медицинские услуги для детей с участием врачей системы ПМСП, с разбивкой по областям

Врачи оказывали следующие услуги всем или почти всем:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Планирование семьи и контрацепция	61	28	69 / 39	51	36	57 / 39	56	32	126 / 78
Стандартный уход в дородовый период	77	44	69 / 39	77	63	56 / 40	77	53	125 / 79
Обычная иммунизация детей в возрасте до 4 лет	77	26	69 / 38	72	32	54 / 38	75	29	123 / 76
Стандартное наблюдение за детьми (до 4 лет)	77	24	70 / 38	71	29	56 / 38	75	26	126 / 76

ВОП намного чаще, чем терапевты участвовали в оказании услуг по планированию семьи, стандартному уходу в дородовый период, иммунизации детей и наблюдении за состоянием здоровья детей в возрасте до 4 лет (см. таблицу 52). Отмечено лишь одно исключение, когда ВОП и терапевты принимали почти одинаковое участие в оказании услуг – стандартный уход в дородовый период в Витебской области, где доля терапевтов составляла 63%.

Таблица 53: Планирование семьи и медицинские услуги для детей с участием врачей системы ПМСП, с разбивкой на городские и сельские районы

Врачи оказывали следующие услуги всем или почти всем:	Городские районы (N=53)			Сельские районы (N=158)			Итого (N=211)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Планирование семьи и контрацепция	42	30	19 / 33	59	33	106 / 45	56	32	125 / 78
Стандартный уход в дородовый период	50	39	18 / 33	81	63	106 / 46	77	53	124 / 79
Обычная иммунизация детей в возрасте до 4 лет	24	16	17 / 31	83	38	106 / 45	75	29	123 / 76
Стандартное наблюдение за детьми (до 4 лет)	22	7	18 / 31	83	40	108 / 45	75	26	126 / 76

В таблице 54 показан процент врачей (или их медсестер), участвующих в предоставлении информации и профилактике в связи с защитой репродуктивного здоровья. Как показано в таблице, степень участия терапевтов по сравнению с ВОП оказался намного ниже. Однако в целом участие врачей оказалось ниже, чем в случае оказания услуг, описанных в таблицах 52 и 53. ВОП и терапевты (или их медсестры), работающие в сельских районах, больше участвуют в информировании на темы, касающиеся защиты репродуктивного здоровья, по сравнению с ВОП и терапевтами, работающими в городских районах.

Таблица 54: Участие врачей (или их медсестер) в информировании по вопросам защиты репродуктивного здоровья, с разбивкой по областям

Врачи или медсестры проводят следующую информационную работу:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Просвещение по половым вопросам среди школьников	56	15	71 / 39	56	18	59 / 40	56	17	130 / 79
Предупреждение нежелательной беременности среди подростков и молодежи (15-24 лет)	37	10	71 / 39	48	13	59 / 40	42	11	130 / 79
Информирование подростков и молодежи по вопросам инфекций, передающихся половым путем	58	15	71 / 39	48	23	58 / 40	54	19	129 / 79
Информирование или консультирование мужчин по вопросам контрацепции	39	3	69 / 39	36	13	58 / 39	38	8	127 / 78

Таблица 55: Участие врачей (или их медсестер) в информировании по вопросам защиты репродуктивного здоровья, с разбивкой на городские и сельские районы

Врачи или медсестры проводят следующую информационную работу:	Городские районы (N=53)			Сельские районы (N=158)			Итого (N=211)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Просвещение по половым вопросам среди школьников	26	--	19 / 33	61	28	111 / 46	56	17	130 / 79
Предупреждение нежелательной беременности среди подростков и молодежи (15-24 лет)	32	3	19 / 33	43	17	111 / 46	42	11	130 / 79
Информирование подростков и молодежи по вопросам инфекций, передающихся половым путем	32	12	19 / 33	57	24	110 / 46	54	19	129 / 79
Информирование или консультирование мужчин по вопросам контрацепции	16	6	19 / 33	42	9	108 / 45	38	8	127 / 78

Процент врачей, прошедших обучение для информирования детей и подростков по вопросам половой жизни, предупреждения нежелательной беременности, заражения инфекциями, передающимися половым путем, и применения противозачаточных средств, относительно небольшой (см. таблицу 56). Из общего числа врачей, прошедших такое обучение, в среднем 60% были обучены до 2007 года (в таблицу не включены).

Таблица 56: Врачи, прошедшие обучение методам защиты репродуктивного здоровья

Врачи прошли обучение по следующим вопросам:	Минская область (N=112)			Витебская область (N=100)			Итого (N=212)		
	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во	% ВОП	% терапевтов	Кол-во
Как проводить просвещение по половым вопросам среди школьников	34	5	70 / 38	34	10	56 / 40	34	8	126 / 78
Как предупредить нежелательную беременность среди подростков	36	11	70 / 38	38	10	56 / 40	37	10	126 / 78
Как информировать об инфекциях, передающихся половым путем	39	8	70 / 38	41	10	56 / 40	40	9	126 / 78
Как информировать об использовании противозачаточных средств	44	5	69 / 37	55	15	56 / 40	49	10	125 / 77

5 ПАЦИЕНТЫ О СОСТОЯНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В МИНСКОЙ И ВИТЕБСКОЙ ОБЛАСТЯХ:

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА

В каждом из учреждений, где работают врачи, принимавшие участие в опросе, определенное число пациентов просили заполнить анкету для отражения точек зрения пациентов. Поэтому описанные результаты основываются на опыте и мнении пациентов. Процедура была следующей: интервьюэры (проинструктированные помощники анкетирования) посещали учреждения, где работают врачи, и систематически опрашивали каждого присутствующего пациента, пока они не получили целевое количество заполненных анкет – 15 анкет. Таким образом была получена информация от пациентов, касающаяся тех же учреждений, где были опрошены ВОП и терапевты в Минской и Витебской областях. Более подробное описание этого подхода можно найти в главе 1. В описании результатов сделана ссылка на функции системы здравоохранения в соответствии со схемой, описанной в главе 1.

5.1. Характеристика респондентов

Как показано в таблице 57, опрос пациентов включал 1704 респондента: 815 респондентов в Минской области и 889 респондентов в Витебской области. Как обычно, среди посетителей учреждений здравоохранения преобладали женщины. В обеих областях две трети пациентов, заполнивших анкету, были женщины. Характеристики городских и сельских районов отличались в обеих областях. В Минской области только 20% респондентов были из городских медицинских учреждений. В Витебской области этот показатель составил 30%.

Таблица 57: Распределение пациентов в Минской и Витебской областях по полу и возрасту.

Характеристики		Минская область (N=815)			Витебская область (N=889)		
		Город	Село *)	Итого	Город	Село *)	Итого
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Пол	Мужчины	59 (36)	211 (32)	270 (33)	71 (27)	204 (33)	275 (31)
	Женщины	105 (64)	440 (68)	545 (67)	196 (73)	418 (67)	614 (69)
Всего		164 (20)	651 (80)	815 (100)	267 (30)	622 (70)	889 (100)

*) Включая малые города и сельские районы.

В таблице 58 показано, что распределение респондентов по возрасту в обеих областях было очень сходным – респонденты в Минской области были несколько моложе. 26% респондентов в Минской области были не старше 30 лет. В Витебской области только 20% принадлежало

к этой возрастной группе. Со старшей категорией населения ситуация была обратной: 41% старше 50 лет в Витебской области и 36% в Минской области.

В обеих областях около половины пациентов, заполнивших анкету, были наемными работниками. Очень мало респондентов, 5% или менее, ответили, что их занятием было ведение семьи. В Минской области было несколько больше детей школьного возраста и немного меньше людей пенсионного возраста, чем в Витебской области.

Что касается условий жизни, в Минской области большинство респондентов жило в условиях расширенной семьи, например, вместе с родителями или в семье с детьми (56%). В Витебской области больше людей жили одни или только с партнером (49%).

Таблица 58: Возраст пациентов, род занятий и условия проживания пациентов в Минской и Витебской области

Данные о пациентах	Минская область (N=815)		Витебская область (N=889)	
	Абс.	%	Абс.	%
Возраст				
• до 20 лет	50	6	24	3
• 21 – 30	160	20	144	16
• 31 – 40	138	17	185	21
• 41 – 50	172	21	193	22
• 51 – 60	129	16	164	19
• старше 60	163	20	176	22
Всего	812	100	886	100
Род занятий				
• в школе	41	5	18	2
• безработные / в поиске работы	20	3	46	5
• инвалиды	31	4	25	3
• домохозяйки	37	5	23	3
• наемные рабочие	410	51	488	55
• самостоятельно занятые	16	2	25	3
• пенсионеры	161	20	193	22
• другие	96	12	68	8
Всего	812	100	886	100
Условия жизни				
• один	128	16	169	19
• с родителями	77	10	46	5
• с мужем/женой	180	22	264	30
• с семьей (включая детей)	377	46	345	39
• другие	51	6	65	7
Всего	813	100	889	100

5.2. Доступность помощи

5.2.1. Финансовая доступность

Таблица 59: Пациенты указали, что они частично оплачивали за услуги системы первичной медико-санитарной помощи

Тип услуг	Минская область (N=815)		Витебская область (N=889)	
	Абс.	%	Абс.	%
Посещение своего ВОП или терапевта	27	3	28	3
Лекарства или уколы, назначенные своим ВОП или терапевтом	664	82	606	70
Визит к врачу-специалисту по направлению своего ВОП или терапевта	111	14	52	6
Визит на дом своего ВОП или терапевта	39	5	28	3
Регулярное обследование младенца или ребенка младшего возраста	23	3	15	2
Всего	813	100	889	100

Большинство услуг системы первичной медико-санитарной помощи, перечисленных в таблице 59, были бесплатными. Единственным исключением были инъекции или лекарства, прописанные врачами первичной медицинской помощи. Большинство респондентов в обеих областях ответили, что должны были оплатить стоимость инъекции или лекарства для амбулаторного приема.

Хотя лишь несколько пациентов ответили, что они когда-либо в предыдущем году приняли решение отказаться от визита или отложить визит к врачу, поскольку они не могли оплатить за лекарства, остается под вопросом, в какой степени эти данные – 8% в Минской области и 7% в Витебской области – можно считать слишком высокими.

Таблица 60: Количество пациентов, указавших в качестве препятствия к обращению за медицинской помощью стоимость медикаментов и их доступность.

Решение, принятое в прошлом году	Минская область (N=815)		Витебская область (N=889)	
	Абс.	%	Абс.	%
Не посещать или отложить визит по причине того, что я не смогу оплатить выписанные лекарства	65	8	65	7

5.2.2 Географическая доступность и отзывчивость (соответствие ожиданиям пациентов)

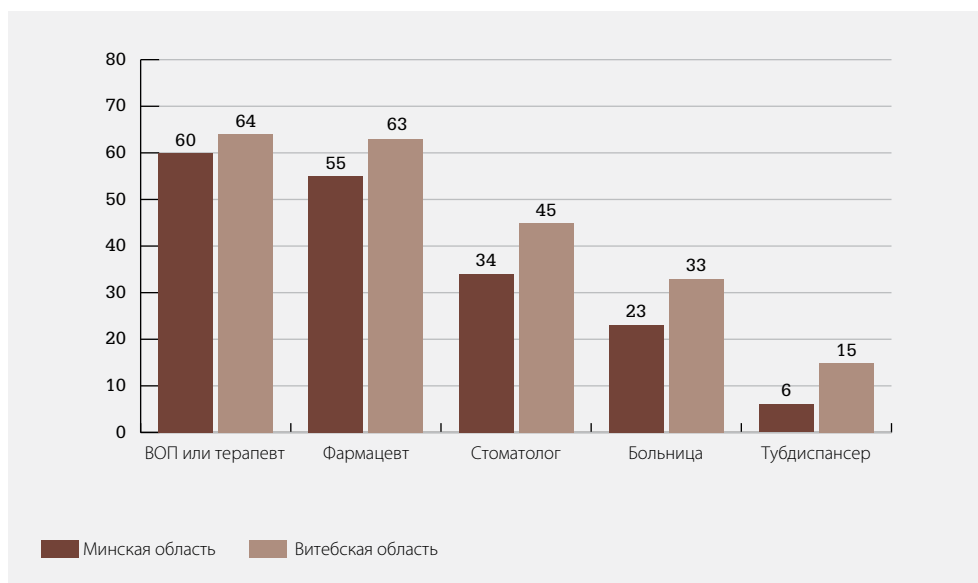
Этот раздел касается аспектов получения услуг в амбулаториях или поликлиниках. Оцениваются следующие аспекты: досягаемость и доступность, часы работы, удобство обращения и приветливое отношение к пациентам.

Как показано в таблице 61 и на рисунке 5, большинство пациентов могли добраться до нужного им медицинского учреждения первичной медико-санитарной помощи или больницы за 20 минут. ВОП, терапевты и фармацевты находились, в основном, недалеко. Даже в чисто сельских районах Минской области трем четвертям населения хватало 20 минут, чтобы добраться до медицинского учреждения. В Витебской области 64% респондентам требовалось не более 20 минут. Время на дорогу редко превышало 40 минут (14% и 9% соответственно в Минской и Витебской области). Время на дорогу до аптеки было примерно таким же в обеих областях. Почти две трети пациентов тратило не более 20 минут, и четвертая часть пациентов ответила, что им требовалось от 20 до 40 минут. Стоматологи находились немного дальше, особенно в Минской области, где половина респондентов ответила, что им требовалось более 20 минут. 18% респондентов в Витебской области указали, что им требовалось более 40 минут, чтобы доехать до стоматолога. В целом в Минской области были получены ответы с указанием малых или больших расстояний и времени. Тридцать процентов респондентов указали, что им требовалось не более 20 минут, чтобы доехать до стоматолога, и такое же количество респондентов указало, что им требовалось более 40 минут. 23% пациентов в Минской области и 33% в Витебской указали, что им требовалось более 20 минут, чтобы посетить больницу. От 31% до 45% ответили, что на это им требовалось более 40 минут. Около 40% пациентов в обеих областях ответили, что не могли доехать до тубдиспансера за 40 минут. Для 6% респондентов в Минской области и 15% респондентов в Витебской учреждение время поездки до тубдиспансера составляло менее 20 минут.

Таблица 61: Расстояние до учреждений первичной медико-санитарной помощи для пациентов

Учреждение и расстояние	Минская область (N=815)		Витебская область (N=889)	
	Абс.	%	Абс.	%
ВОП или терапевт				
• до 20 минут	483	60	566	64
• 20-40 минут	249	31	267	30
• 40-60 минут	46	6	40	5
• более 1 часа	27	3	13	2
Итого	805	100	886	100
Фармацевт				
• до 20 минут	442	55	548	63
• 20-40 минут	215	27	241	28
• 40-60 минут	92	12	57	7
• более 1 часа	54	7	25	3
Итого	803	100	871	100
Стоматолог				
• до 20 минут	268	34	380	45
• 20-40 минут	240	31	307	36
• 40-60 минут	173	22	104	12
• более 1 часа	100	13	61	7
Итого	781	100	852	100
Больница				
• до 20 минут	186	23	286	33
• 20-40 минут	256	32	321	37
• 40-60 минут	212	27	186	21
• более 1 часа	144	18	83	10
Итого	798	100	876	100
Тубдиспансер				
• до 20 минут	50	6	128	15
• 20-40 минут	109	14	188	22
• 40-60 минут	147	18	135	16
• более 1 часа	224	28	202	23
• не знаю	277	34	215	25
Итого	807	100	868	100

Рисунок 5. Пациенты, тратившие на дорогу до медучреждения до 20 минут



В таблице 62 показаны результаты ответа на вопросы, включавшие 15 позиций, которые вместе отражают опыт пациентов и их мнение о некоторых аспектах услуг, предоставляемых им в поликлинике или амбулатории, например, доступность и удобное расположение, отношение работников и часы работы, наличие специалистов. Варианты ответов включали: «Да, я согласен», «Я частично согласен», «Я не согласен», «Я не знаю». Проценты в таблице относятся к ответам «Да, я согласен».

Большинство пациентов (более 70%) ответили, что могут легко добраться до медицинского учреждения или поликлиники общественным транспортом. Это касается короткого времени на поездку, как указано в таблице 61. Что касается физической доступности учреждений для инвалидов людей или людей, использующих инвалидную коляску, ответы были не столь положительными. В Минской области многое можно улучшить, поскольку менее 40% таких респондентов ответили, что им легко добраться до поликлиники. В Витебской области, где 57% ответили, что доступ в инвалидной коляске достаточно удобен, ситуация была определенно лучше, но все же доступность поликлиник для таких групп можно улучшить.

Таблица 62: Качество поликлиник и амбулаторий по мнению пациентов, с разбивкой по областям

Пациенты согласились со следующими утверждениями:	Минская область (N=815)		Витебская область (N=889)		Итого (N=1704)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Я могу легко доехать до поликлиники или амбулатории общественным транспортом	574	71	698	79	1272	75
Поликлиника или амбулатория легко доступна для инвалидов и людей в инвалидных колясках	309	38	496	57	805	48
Зал ожидания для пациентов достаточно комфортен	395	49	567	65	962	57
Моя поликлиника или амбулатория имеет свой веб-сайт	25	3	108	12	133	8
В моей поликлинике или амбулатории имеется книга жалоб, где я могу оставить жалобу в случае неудовлетворенности обслуживанием	524	65	749	85	1273	75
Когда учреждение работает и я хочу посетить ВОП или терапевта срочно, я могу это сделать в тот же день	606	75	779	88	1385	82
В течение часов работы легко связаться с врачом по телефону для совета	469	58	661	75	1130	67
Когда я посещаю поликлинику, всегда имеется хотя бы 1 доступный врач	628	77	800	91	1428	84
Когда поликлиника или амбулатория закрыта, есть телефонный номер, по которому я могу позвонить, если заболел	456	56	692	79	1148	68
В моей поликлинике или амбулатории можно посетить ВОП или терапевта в субботу или воскресенье	474	59	712	80	1186	70
В моей поликлинике или амбулатории можно посетить ВОП или терапевта после 18.00 (хотя бы 1 раз в неделю)	326	40	578	66	904	54
Меня устраивают часы работы поликлиники	636	78	792	90	1428	84
Работники регистратуры приветливы и отзывчивы	605	74	744	85	1349	80
Записаться к моему ВОП или терапевту занимает много времени	83	10	140	16	223	13
Я вынужден очень долго ждать в очереди, чтобы попасть к врачу	246	31	167	19	413	25

Таблица 63: Качество поликлиник и амбулаторий по мнению пациентов, с разбивкой на городские и сельские районы

Пациенты согласились со следующими утверждениями:	Городские (N=431)		Сельские (N=1273)		Итого (N=1704)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Я могу легко доехать до поликлиники или амбулатории общественным транспортом	358	84	914	72	1272	75
Поликлиника или амбулатория легко доступна для инвалидов и людей в инвалидных колясках	211	50	594	47	805	48
Зал ожидания для пациентов достаточно комфортен	199	47	763	60	962	57
Моя поликлиника или амбулатория имеет свой веб-сайт	47	11	86	7	133	8
В моей поликлинике или амбулатории имеется книга жалоб, где я могу оставить жалобу в случае неудовлетворенности обслуживанием	303	71	970	76	1273	75
Когда учреждение работает и я хочу посетить ВОП или терапевта срочно, я могу это сделать в тот же день	332	78	1053	83	1385	82
В течение часов работы легко связаться с врачом по телефону для совета	196	46	934	74	1130	67
Когда я посещаю поликлинику, всегда имеется хотя бы 1 доступный врач	346	81	1082	85	1428	84
Когда поликлиника или амбулатория закрыта, есть телефонный номер, по которому я могу позвонить, если заболел	245	58	903	71	1148	68
В моей поликлинике или амбулатории можно посетить ВОП или терапевта в субботу или воскресенье	313	73	873	69	1186	70
В моей поликлинике или амбулатории можно посетить ВОП или терапевта после 18.00 (хотя бы 1 раз в неделю)	308	73	596	47	904	54
Меня устраивают часы работы поликлиники	348	81	1080	85	1428	84
Работники регистратуры приветливы и отзывчивы	298	70	1051	83	1349	80
Записаться к моему ВОП или терапевту занимает много времени	59	14	164	13	223	13
Я вынужден очень долго ждать в очереди, чтобы попасть к врачу	123	29	290	23	413	25

Пациенты в Витебской области относительно хорошо относились к качеству мест ожидания приема, в то время как в Минской области половина пациентов не могла согласиться с тем, что эти комнаты удобны.

Веб-сайт как услуга центра для пациентов был, возможно, не столь важным для большинства респондентов. Отвечая на вопрос о существовании такого веб-сайта, три четверти пациентов Минской области и две трети пациентов Витебской ответили, что они не знают (в таблице не показано). Остальные ответили, что они редко пользуются сайтом как средством информации

и коммуникации для пациентов. В обеих областях большинство пациентов были осведомлены о существовании книги жалоб в их поликлинике или амбулатории.

В целом, респонденты в Витебской области были более удовлетворены часами работы и доступностью врачей, для личного посещения или для консультации по телефону, по сравнению с респондентами Минской области. В Витебской области абсолютное большинство, а в Минской области небольшое или относительно небольшое число респондентов ответили, что в часы работы учреждения врач был всегда на работе и его можно было посетить в тот же день в случае необходимости. Около 80% респондентов в Витебской области и только 56% в Минской указали, что имеется телефонный номер, по которому можно позвонить в случае болезни вне часов работы врача.

Возможность посетить врача вечером или в выходные была меньше в Минской области, чем в Витебской области. Доступность по крайней мере в один вечер в неделю была подтверждена двумя третями респондентов Витебской области (66%) и лишь 40% респондентов Минской области. Возможность посетить врача в выходные дни была подтверждена 59% респондентов Минской области и 80% респондентов Витебской. Несмотря на эти ограничения, удовлетворенность пациентов часами работы учреждения была достаточно высокой в обеих областях.

Обращение персонала в регистратуре было оценено положительно. Более 70% подтвердили, что работники были дружелюбны и отзывчивы. Относительно малое количество пациентов согласилось с тем, что записаться на прием к врачу занимает много времени. Однако время, которое пациенты вынуждены были проводить в комнате ожидания, было слишком долгим – на это указали около 30% респондентов Минской области.

5.3. Непрерывность помощи

5.3.1 Долговременная и межличностная непрерывность

В среднем пациенты посещали их врача в системе первичной медицинской помощи от четырех до почти пяти раз в год (см. таблицу 64). Модели посещения в обеих областях были почти одинаковыми. Непосещение врача в последние годы встречалось исключительно редко. 55% респондентов сообщили, что они посетили врача от 1 до 3 раз за последний год, а от четверти до одной пятой пациентов ответили, что посетили врача от 4 до 6 раз за последний год. Категория частых посетителей, посетивших врача более 12 раз, была немного больше в Минской области, чем в Витебской.

Частота посещения медсестры за последний год составляла около 3 раз. В Минской области 44% и 25% пациентов в Витебской не посещали медсестру за последний год. Как и в случае с врачами, число пациентов, имевших более 12 посещений, было немного выше в Минской области, чем в Витебской области.

Таблица 64: Частота посещений пациентами их врача и медсестры в системе первичной медицинской помощи за последние 12 месяцев

Частота посещений за последние 12 месяцев	Минская область (N=815)		Витебская область (N=889)		Итого (N=1704)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Врач						
• ни разу	26	3	10	1	36	2
• 1-3 посещения	441	54	545	61	986	58
• 4-6 посещений	165	20	213	24	378	22
• 7-9 посещений	44	5	41	5	85	5
• 10-12 посещений	69	9	47	5	116	7
• 13 или более посещений	68	8	33	4	101	6
Всего посещений врача	813	100	889	100	1702	100
Средняя годовая посещаемость врача	4,9		3,7		4,2	
Медсестра						
• ни разу	358	44	220	25	578	34
• 1-3 посещения	249	31	407	46	656	39
• 4-6 посещений	76	9	146	16	222	13
• 7-9 посещений	20	3	23	3	43	3
• 10-12 посещений	57	7	47	5	104	6
• 13 или более посещений	55	7	46	5	101	6
Всего посещений медсестры	851	100	889	100	1704	100
Средняя годовая посещаемость медсестры	2,8		3,0		2,9	

Основное внимание в этом разделе уделяется восприятию функции врача в системе первичной медицинской помощи пациентом на основании опыта общения врача с пациентом. Важными аспектами такой оценки являются общение между врачом и пациентом, как пациенты воспринимают компетенцию врача и доверие пациентов к врачу. Основным аспектом этой оценки являются условия для поддержания отношений между врачом и пациентом, например постоянное общение и время, отводимое пациенту для консультации. Прежде чем представить подробности оценки пациентов, рассмотрим таблицу 65, где описаны следующие три аспекта, характеризующие указанные условия: как долго пациент обслуживается у данного врача; посещает ли пациент всегда одного и того же врача, когда приходит в поликлинику или амбулаторию; и какая обычная продолжительность консультации.

Условия для поддержания отношений между доктором и пациентом были хорошими. Обслуживаемые группы населения были относительно устойчивыми. Пациенты обслуживались у своего нынешнего врача относительно долго. 58% пациентов Минской области и 61% пациентов Витебской области ответили, что обслуживаются у нынешнего врача более трех лет. Среди респондентов 8% в Витебской области и 12% в Минской области перешли к своему нынешнему врачу менее года назад. Быть зарегистрированным у врача означает видеть его каждый раз при посещении центра первичной медико-санитарной помощи или поликлиники. Однако от 22 до 30% пациентов ответили, что это не всегда так. Данные о продолжительности консультации показали, что она была достаточной для пациентов. Средняя продолжительность составляла 18 минут. Консультации продолжительностью 10 минут или меньше были отмечены примерно 20% респондентов. Половина пациентов в обеих областях считали нормальными, что консультации продолжительностью более 15 минут являются достаточными. Большинство пациентов указали, что они имели возможность посетить своего ВОП или терапевта в тот же день после записи. Очень редко пациентам приходилось записываться для посещения за два дня или более.

Что пациенты думают о своем враче указано в нижней части таблицы 65. Пациенты в Витебской области обычно лучше имели более позитивное мнение о своем враче, чем пациенты Минской области. Большинство пациентов считали, что их врач осведомлен об их проблемах со здоровьем и болезнях на основании данных из медицинской карточки. Однако они были менее уверены в том, что доктор знает об их работе или условиях жизни. Около четверти респондентов в Витебской области и около 40% в Минской области так не думали или не знали, что ответить.

Таблица 65: Опыт общения пациентов с их врачом, с разбивкой по областям

Утверждения	Минская область (N=815)		Витебская область (N=889)		Итого (N=1704)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Период обслуживания пациента данным ВОП или терапевтом						
• менее 1 года	97	12	70	8	167	10
• 1 – 3 года	124	15	204	23	328	19
• более 3 лет	470	58	542	61	1012	60
• не знаю	121	15	72	8	193	11
Если я посещаю ВОП или терапевта, каждый раз обслуживаюсь у одного и того же врача	565	70	688	78	1253	74
Продолжительность консультации:						
• до 5 мин.	29	4	13	2	42	3
• 6-10 минут	127	16	148	17	275	16
• 11 - 15 минут	213	26	309	35	522	31
• более 15 минут	444	55	418	47	862	51
Средняя продолжительность консультации (минут)	2,8		3,0		2,9	
Время между записью к врачу и его ВОП или терапевта						
• посещение в тот же день	559	69	738	83	1297	76
• я должен ждать 1 день	44	5	49	6	93	6
• 2-3 дня	14	2	12	1	26	2
• более 3 дней	6	1	1	0	7	0
• никогда не записываюсь	134	17	69	8	203	12
• не знаю	57	7	18	2	75	4
Мой ВОП или терапевт знает о моей личной ситуации (на работе и дома)	483	59	645	73	1128	66
Мой ВОП или терапевт знает о моих проблемах со здоровьем и моих прошлых болезнях (из моей медицинской карточки)	584	72	760	86	1344	79
Мой ВОП или терапевт уделяет достаточное время, чтобы поговорить со мной	646	80	785	89	1431	85
Мой ВОП или терапевт внимательно меня слушает	698	86	810	92	1508	89
Мой ВОП или терапевт не только занимается моими медицинскими проблемами, но также может помочь в решении моих личных проблем	349	43	599	68	948	56
Мой ВОП или терапевт ясно объясняет мне мою болезнь и назначение лекарств	628	77	787	89	1415	84
Мой ВОП или терапевт посетил бы меня дома, если бы я попросил	686	85	821	93	1507	89
После визита к ВОП или терапевту я чувствую, что смогу лучше разобраться с моей проблемой/болезнью	521	64	740	84	1261	74
Когда у меня появляется новая проблема со здоровьем, я иду к своему ВОП или терапевту, прежде чем идти к узкому специалисту	614	75	785	89	1399	82
Моя поликлиника или амбулатория достаточно хорошо оснащена.	201	25	353	40	554	33

Таблица 66: Опыт общения пациентов с их врачом, с разбивкой на городские и сельские районы

Утверждения	Городские (N=431)		Сельские (N=1273)		Итого (N=1704)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Период обслуживания пациента данным ВОП или терапевтом						
• менее 1 года	46	11	121	10	167	10
• 1 – 3 года	99	23	229	18	328	19
• более 3 лет	215	50	797	63	1012	60
• не знаю	71	17	122	10	193	11
Если я посещаю ВОП или терапевта, каждый раз обслуживаюсь у одного и того же врача	287	68	966	76	1253	74
Продолжительность консультации:						
• до 5 мин.	19	4	23	2	42	3
• 6-10 минут	100	23	157	14	275	16
• 11 - 15 минут	158	37	364	29	522	31
• более 15 минут	153	36	708	56	862	51
Средняя продолжительность консультации (минут)	15,8		19,0		18,2	
Время между записью к врачу и его ВОП или терапевта						
• посещение в тот же день	293	68	1004	97	1297	76
• я должен ждать 1 день	51	12	42	3	93	6
• 2-3 дня	11	3	15	1	26	2
• более 3 дней	1	0	6	1	7	0
• никогда не записываюсь	54	13	149	12	203	12
• не знаю	20	5	55	4	75	4
Мой ВОП или терапевт знает о моей личной ситуации (на работе и дома)	249	58	879	69	1128	66
Мой ВОП или терапевт знает о моих проблемах со здоровьем и моих прошлых болезнях (из моей медицинской карточки)	319	75	1025	81	1344	79
Мой ВОП или терапевт уделяет достаточное время, чтобы поговорить со мной	342	81	1089	86	1431	85
Мой ВОП или терапевт внимательно меня слушает	363	86	1145	90	1508	89
Мой ВОП или терапевт не только занимается моими медицинскими проблемами, но также может помочь в решении моих личных проблем	200	47	748	59	948	56
Мой ВОП или терапевт ясно объясняет мне мою болезнь и назначение лекарств	345	81	1070	84	1415	84
Мой ВОП или терапевт посетил бы меня дома, если бы я попросил	363	86	1144	90	1507	89
После визита к ВОП или терапевту я чувствую, что смогу лучше разобраться с моей проблемой/болезнью	299	70	962	76	1261	74
Когда у меня появляется новая проблема со здоровьем, я иду к своему ВОП или терапевту, прежде чем идти к узкому специалисту	324	76	1075	85	1399	82
Моя поликлиника или амбулатория достаточно хорошо оснащена.	150	35	403	32	554	33

Опыт общения с врачом в целом оценивался положительно. Большинство респондентов ответили, что доктор уделяет достаточно времени для беседы, внимательно слушает и дает ясные объяснения о болезни и лекарствах. Меньшее число пациентов, особенно в Минской области, согласились с утверждением, что их врач рассматривал бы также и личные проблемы. Большинство пациентов в обеих областях согласились с тем, что врач посетил бы их на дому, если бы его попросили, и несколько менее пациентов, но все же большинство, сказали, что они могут справиться быстрее с болезнью после посещения ВОП или терапевта. От трех четвертей до почти 90% пациентов указали, что обратились бы к терапевту или ВОП с новой проблемой со здоровьем, до того как обратиться к узкому специалисту. Тем не менее возникли вопросы относительно достаточного оснащения поликлиник и амбулаторий медицинским оборудованием. В Минской области три четверти пациентов ответили, что оснащение было недостаточным или они не могли ответить на этот вопрос. В Витебской области пациенты дали более положительную оценку оснащенности поликлиник медицинским оборудованием, но 6 из 10 пациентов не могли ответить на этот вопрос или считали, что оснащенность медицинским оборудованием недостаточна.

По мнению большинства пациентов, особенно в Витебском регионе, их ВОП или терапевт рассказывал им о том, как оставаться здоровым (таблица 67). Наиболее часто они получали советы по поводу здорового питания и физических упражнений. Советы по приему алкоголя и курению давались менее часто, например, в Минской области лишь половине пациентов. Меньшая часть пациентов в Минской области указали на то, что их доктор говорил им о безопасном сексе (о предупреждении нежелательной беременности или ИППП).

Таблица 67: Оценка пациентом участия врача в пропаганде здорового поведения

Тема	Минская область (N=815)		Витебская область (N=889)		Итого (N=1704)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Здоровое питание	644	79	821	93	1465	86
Физические упражнения	538	67	732	86	1270	77
Употребление алкоголя	435	54	642	77	1077	66
Прекращение курения	449	56	616	75	1065	66
Безопасный секс	348	44	467	59	815	51

5.4. Координация медицинской помощи

5.4.1. Координация в пределах первичной медико-санитарной помощи / координация с другими уровнями медицинской помощи

Большинство пациентов не могут выбирать своего врача, что видно из таблицы 68. Примерно 80% респондентов в обеих областях отметили, что нынешний доктор был им назначен. Ответы на вопросы о возможности сменить доктора были менее ясными. Многие респонденты – 30% в Минской области и 20% в Витебской области – не могли ответить на вопрос о том, могут ли они сменить лечащего врача. Причем почти половина пациентов Минской области и более трети Витебской ответили, что замена невозможна.

Таблица 68: Свобода пациентов в выборе врача в системе первичной медико-санитарной помощи или его замене

Варианты ответа	Минская область (N=815)		Витебская область (N=889)		Итого (N=1704)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Пациенты сообщили, что врача им назначили	677	83	672	76	1349	79
Пациенты сообщили, что не могут поменять врача	396	49	329	37	725	43

В целом пациенты указывали не очень положительное мнение по поводу обмена информацией между их врачом и другими врачами (таблица 69). В Минской области только 49% и 60% в Витебской области ответили, что если бы им пришлось посетить другого врача вместо своего врача, то этот врач располагал бы необходимой информацией. 55% пациентов в Минской области и 75% в Витебской области думали, что их собственный ВОП или терапевт указал бы необходимую информацию в направлении к другому специалисту. После лечения специалистом 70% и 80% респондентов соответственно ответили, что их ВОП или терапевт знал бы о результатах такого лечения. Также респонденты были согласны с тем, что терапевт и медсестра хорошо работали вместе. Большинство пациентов (54% в Минской области и 75% в Витебской области) ответили, что иногда медсестра проводила независимые консультации, делая тем самым визит к ВОП или терапевту ненужным. В таблице 70 данные представлены с разбивкой на городские и сельские районы. Они показывают, что сельское население имеет более позитивное мнение относительно аспектов информации и коммуникации между врачами по сравнению с пациентами, живущими в городских районах.

Таблица 69: Мнение пациентов относительно информации и сотрудничестве, с разбивкой по областям

Утверждения	Минская область (N=815)		Витебская область (N=889)		Итого (N=1704)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Если я посетю другого врача, а не своего ВОП или терапевта, у него будет вся необходимая информация обо мне	394	49	530	60	924	55
Если мой ВОП или терапевт направляют меня к специалисту, они проинформируют его о моем заболевании	448	55	664	75	1112	66
Если я лечился специалистом, мой ВОП или терапевт знают о результатах лечения	565	70	744	85	1309	77
Чтобы посетить специалиста, сначала я должен посетить ВОП или терапевта для получения направления	552	68	640	73	1192	71
Мой ВОП или терапевт и медсестра работают хорошо вместе	615	76	807	91	1422	84
Иногда медсестра дает консультации, делая визит к ВОП или терапевту ненужным	433	54	653	75	1086	64

Таблица 70: Мнение пациентов относительно информации и сотрудничестве, с разбивкой на городские и сельские районы

Утверждения	Городские (N=431)		Сельские (N=1273)		Итого (N=1704)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Если я посетю другого врача, а не своего ВОП или терапевта, у него будет вся необходимая информация обо мне	189	45	735	58	924	55
Если мой ВОП или терапевт направляют меня к специалисту, они проинформируют его о моем заболевании	242	57	870	69	1112	66
Если я лечился специалистом, мой ВОП или терапевт знают о результатах лечения	291	69	1018	80	1309	77
Чтобы посетить специалиста, сначала я должен посетить ВОП или терапевта для получения направления	258	61	934	74	1192	71
Мой ВОП или терапевт и медсестра работают хорошо вместе	347	81	1075	85	1422	84
Иногда медсестра дает консультации, делая визит к ВОП или терапевту ненужным	242	57	844	67	1086	64

Большинство пациентов в обеих областях указали на наличие информационных буклетов или плакатов с информацией о туберкулезе и ИППП и об их предотвращении в комнате ожидания в поликлинике или амбулатории (таблица 71). Информация о планировании семьи была менее доступной в комнатах ожидания. Все три темы освещались чаще по радио или на телевидении в Витебской области по сравнению с Минской областью, но в обеих областях большинство пациентов указали, что получали такую информацию

Таблица 71: Пациенты, ознакомившиеся с плакатами, буклетами и другими формами информации, с разбивкой по областям

Информация	Минская область (N=815)		Витебская область (N=889)		Итого (N=1704)	
	N	%	N	%	N	%
Видели плакаты или буклеты в комнате ожидания:						
• о туберкулезе и его профилактике	652	80	777	87	1429	84
• ИППП и их профилактике	653	80	773	87	1426	84
• информации о планировании семьи и контрацепции	515	63	677	76	1192	70
Видели или слышали информацию по радио или телевидению в течение последних 6 месяцев:						
• о туберкулезе и его профилактике	509	63	698	79	1207	71
• ИППП и их профилактике	626	77	759	85	1385	81
• информации о планировании семьи и контрацепции	490	60	665	75	1155	68

6 РЕЗЮМЕ, ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДЕЙСТВИЯ

6.1. Общий обзор результатов

Таблица внизу дает общий обзор результатов и выводов, структурированных исходя из функций системы здравоохранения, выбранных параметров и характеристических показателей, изложенных в Схеме оценки первичной медико-санитарной помощи в главе 1.

Таблица 72: Краткое описание полученных данных (на основании результатов обследований среди врачей и пациентов и ответов на анкету для национального уровня)

Определенные параметры	Определенные виды информации	Выбранные характеристические показатели / результаты	Условия получения данных	Источник
Управление				
Разработка политики	Первичная помощь как приоритетная сфера	<ul style="list-style-type: none"> Разработана специальная законодательная база для системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП): да В Минздраве имеется специальный отдел по ПМСП: да с 2007 года 	<p>Беларусь выбрала путь поэтапного изменения системы здравоохранения. Немедленных и фундаментальных реформ проведено не было; изменения носили умеренный характер, осуществлялись они в пилотных районах, а не в масштабах всей страны.</p> <p>Во второй половине 1990-х годов общая практика была введена в Беларуси только в виде модели для сельских районов. Она была внедрена частично. ВОП не выполняют роль фильтра потоков пациентов между различными уровнями. Финансирование не особенно изменилось в пользу ПМСП.</p>	Анкета для национального уровня
	Различия между регионами	Пространство для региональной политики здравоохранения очень ограничено	Все еще существуют факторы неравенства в обеспечении услугами: между городскими и сельскими районами, между районами с различным уровнем экономического развития	Анкета для национального уровня
	Обсуждаемые вопросы	<ul style="list-style-type: none"> Модель ПМСП для городских районов Организация служб скорой медицинской помощи Роль ПМСП в «параллельных службах», таких как лечение в связи с ТБ и репродуктивное здоровье 	<p>Кажется, что обсуждение модели ОП в городах уже не является запретной темой. Но в соответствии с официальной политикой ВОП предназначены только для сельских районов.</p> <p>Национальное руководство по ТБ пересмотрено с целью стандартизации, в том числе для уровня ПМСП.</p>	Анкета для национального уровня

Определенные параметры	Определенные виды информации	Выбранные характеристические показатели / результаты	Условия получения данных	Источник
Условия для процесса оказания помощи	Законы и нормативные документы		Видение правительством системы первичной медицинской помощи включено в различные законы и документы.	Анкета для национального уровня
Условия для отзывчивости (соответствия потребностям пациентов)	Участие профессионалов и пациентов в процессе выработки и реализации политики		Организации специалистов и пациентов формально не участвуют в процессе выработки и реализации политики.	Анкета для национального уровня
	Права пациентов	% центров и учреждений ПМСП, учитывающих жалобы и пожелания пациентов: 75%	Управление здравоохранением обычно чувствительно к мнению пациента. Много мероприятий было посвящено опросу пациентов и рассмотрению их жалоб	Анкета для национального уровня
Финансирование				
Стимул для тех, кто оказывает услуги		Рабочий статус врача ПМСП: госслужащий с зарплатой	Частная практика оказания первичной медико-санитарной помощи не существует	Анкета для национального уровня
Финансовая доступность для пациентов		% пациентов, частично оплачивающих лекарства в ПМСП: 74,5%	Услуги первичной медико-санитарной помощи для большинства пациентов бесплатные, кроме лекарств и инъекций. Многие пациенты частично оплачивают за эти услуги, что не препятствует им пользоваться медицинскими услугами. Некоторые пациенты указали, что они частично платят также за визиты к врачам-специалистам по направлению ВОП или терапевта	Опрос пациентов
Получение ресурсов				
Профессиональное развитие	Рабочая сила	<ul style="list-style-type: none"> • % всех врачей, работающих в ПМСП в Беларуси: 12,4% • % врачей ПМСП, которые являются ВОП: 9,9% • Средний возраст ВОП: 49 лет • Средний возраст терапевтов: 45 лет 	Плотность врачей в Беларуси очень высока. Относительно небольшое количество работает в ПМСП Внедрение ВОП в систему первичной помощи недостаточно: только 10% врачей ПМСП являются ВОП. Очень небольшая часть ВОП получила последиplomное образование: большинство прошло курс переподготовки. Возраст ВОП относительно пожилой: 49 лет.	Анкета для национального уровня
	Нехватка работников	<ul style="list-style-type: none"> • % вакансий ВОП в Беларуси: не определен. • % вакансий терапевтов в Беларуси: не определен. • 64% ВОП и 58% терапевтов указали на нехватку работников в течение более 6 месяцев 	Наблюдалась нехватка участковых врачей на национальном уровне. Нехватка ВОП существует в ряде областей. Результаты опроса указали на серьезную нехватку ВОП и терапевтов и относительную нехватку медсестер в обеих областях. На нехватку кадров чаще указывали врачи городских районов, чем врачи сельских районов.	Анкета для национального уровня / опрос врачей

Определенные параметры	Определенные виды информации	Выбранные характеристические показатели / результаты	Условия получения данных	Источник
	Механизмы улучшения качества	<ul style="list-style-type: none"> • Количество часов, которое ВОП или терапевты тратят на чтение спец. литературы в месяц: 21 час • % врачей, часто использующих клинические инструкции: 86 % 	<p>Необходимый минимум для совершенствования врачей составляет 80 часов за 5 лет; обычно это составляет курс в БелМАПО.</p> <p>Многие клинические инструкции были разработаны медицинскими специалистами под эгидой Минздрава. ВОП не были вовлечены в разработку инструкций.</p>	Анкета для национального уровня
	Организация профессионалов	<ul style="list-style-type: none"> • Количество медицинских университетов в Беларуси с возможностью подготовки ВОП: 25% 	<p>Переобучение на ВОП предлагается 2 институтами. Только в одном из них существует программа последипломного обучения.</p> <p>Профессоров по специальности ВОП в Беларуси нет, так как ВОП/семейная медицина не признаны в качестве самостоятельной академической дисциплины</p>	Анкета для национального уровня
Медицинское оборудование		<ul style="list-style-type: none"> • % врачей, пользующихся компьютером на работе: 25 % • Количество наименований оборудования, доступного для врача (из перечня, включающего 30 наименований): 24 наименования (=80 %) 	<p>Компьютеры редко использовались в Минской области и менее чем в половине учреждений Витебской области.</p> <p>ВОП и терапевты в обеих областях были достаточно хорошо оснащены. Почти везде отсутствовали измерители уровня гемоглобина, пикфлоуметры и офтальмоскопы. Также часто отсутствовали камертоны, аспираторы или тест-полоски для анализа мочи.</p>	Опрос врачей
Оказание медицинской помощи				
Доступность				
Географическая доступность		<ul style="list-style-type: none"> • % пациентов, указавших, что они тратят до 20 минут, чтобы доехать до ВОП или терапевта: 61,6 % 	Пациенты могли легко добраться до своего ВОП, терапевта или фармацевта за 20 минут. Сложнее было доехать до стоматолога (особенно в Минской области), больницы и тубдиспансера.	Опрос пациентов
Организационная доступность	Обслуживаемое население	<ul style="list-style-type: none"> • Указанное респондентами количество пациентов на 1 ВОП: 2088 • Указанное количество пациентов на 1 терапевта: 2109 	<p>В среднем на одного ВОП приходилось 2100 пациентов, что на 75% больше официальной нормы.</p> <p>Численность обслуживаемого населения для участковых врачей и ВОП была почти одинаковой, хотя норма для последних намного меньше (соответственно 1800 и 1200).</p> <p>Учреждения в Минской области в среднем были больше учреждений в Витебской области.</p>	Опрос врачей

Определенные параметры	Определенные виды информации	Выбранные характеристические показатели / результаты	Условия получения данных	Источник
	Рабочая нагрузка	<p>Указанное респондентами количество:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Консультаций в день на 1 ВОП: 30 • Консультаций в день на 1 терапевта: 31 • Визитов на дом на 1 ВОП в неделю: 27 • Визитов на дом на 1 терапевта в неделю: 28 • Рабочих часов в неделю на 1 ВОП: 43 • Рабочих часов в неделю на 1 терапевта: 41 	<p>Рабочая нагрузка может сильно отличаться. Во время эпидемии гриппа все больные должны быть осмотрены врачом ПМСП для выписки больничного листа.</p> <p>Также проведение регулярных обследований, например, среди школьников может привести к резкому увеличению рабочей нагрузки.</p>	Опрос врачей
	Доступ пациентов и наличие услуг	<ul style="list-style-type: none"> • Указанная респондентами частота посещений пациентов (коэффициент использования услуг врача): 4,2 посещения в год • Указанная респондентами длительность посещений пациентов: 18,2 минуты • Доля врачей, проводящих прием в день записи: 99% • Доля пациентов, указавших на то, что они были приняты врачом в тот же день по требованию: 76% • Доля врачей, принимающих пациентов в вечернее время, по крайней мере один раз в неделю: 78% 	<p>Частота посещений, указанная пациентами (4,3), гораздо ниже официальной статистики = 12,7 посещений в год на 1 пациента. Возможно, пациенты не сообщали о посещениях для медосмотра, профилактики, получения больничного или по другим административным причинам.</p> <p>Среднее время консультации относительно длинное.</p> <p>Хотя пациенты указали на ограниченный доступ вне рабочих часов, особенно в Минской области, они были достаточно удовлетворены текущим графиком работы врачей. Только немногие указали, что записаться на прием или ожидать приема в комнате ожидания занимает слишком много времени.</p> <p>По сообщениям врачей, доступность врачей для пациентов в обычные часы приема и в нерабочие часы высокая.</p> <p>Почти все учреждения предоставляли клинические услуги или сеансы для специальных групп пациентов (диабет, беременность, гипертензия).</p>	<p>Анкета для национального уровня</p> <p>Опрос пациентов</p> <p>Опрос врачей</p>
Координация				
Координация внутри системы первичной медико-санитарной помощи	Управление работой учреждений		Координация помощи, особенно в системе первичной медико-санитарной помощи, не было оптимальной. Почти одна треть врачей работала в одиночку без междисциплинарного взаимодействия	Опрос врачей

Определенные параметры	Определенные виды информации	Выбранные характеристические показатели / результаты	Условия получения данных	Источник
	Сотрудничество	<ul style="list-style-type: none"> • % врачей, работающих вместе с другими врачами ПМСП в одном здании: 27 % • % врачей, регулярно встречающихся лицом к лицу с: <ul style="list-style-type: none"> » медсестрами в системе ПМСП: 68 % » акушерками: 74 % » фармацевтами: 55 % 	<p>Работа вместе с медсестрами и лаборантами в одном здании было обычной практикой. Большинство врачей также работали с акушерками, стоматологами, фельдшерами в одном здании.</p> <p>Врачи регулярно встречались с другими врачами и медсестрами ПМСП, встречи с другими специалистами происходили реже.</p> <p>Врачи и медсестры могли заменять друг друга. Более половины пациентов указали, что иногда медсестры давали независимые консультации пациентам, делая визит к врачу необязательным.</p>	<p>Опрос врачей</p> <p>Опрос пациентов</p>
Координация с другими уровнями услуг	Система направлений	<ul style="list-style-type: none"> • Количество направлений от врача к специалисту за 4 недели: <ul style="list-style-type: none"> » ВОП: 19,5 » терапевты: 39,5 » сельские районы: 19,5 » городские районы: 39,5 • Показатель, характеризующий частоту направления к специалистам (% от общего числа контактов в учреждении и на дому) <ul style="list-style-type: none"> » ВОП: 3,03 % » терапевты: 5,75 % » сельские районы: 3,23 % » городские районы: 6,53 % • Количество госпитализаций по направлению врача ПМСП на 100 пациентов: не определено • Количество выписанных рецептов врачами ПМСП на 100 пациентов: не определено 	<p>Несмотря на то что ВОП и участковые терапевты не имели формальных полномочий для регулирования потоков пациентов между различными уровнями, большинство пациентов указали, что вначале они идут к своему врачу при появлении проблемы со здоровьем и лишь затем просят направление к специалисту.</p> <p>Показатель направления к специалистам для ВОП был намного ниже, чем для терапевтов. Показатель направления к специалистам был намного ниже в сельских районах, чем в городских районах.</p> <p>В обеих областях пациенты чаще всего направлялись к специалистам по внутренним болезням; реже всего к дерматологам и педиатрам второго уровня специализированной помощи.</p> <p>По информации респондентов, координация оказалась проблемной в связи с лечением при ТБ и услугами по репродуктивному здоровью. Роль первичного уровня в предоставлении этих услуг получила особое внимание со стороны лиц, вырабатывающих политику, и ВОЗ.</p>	<p>Анкета для национального уровня</p> <p>Опрос врачей</p> <p>Опрос пациентов</p>
	Сотрудничество с специализированной помощью (второй уровень)		Врачи ПМСП и медицинские специалисты хорошо сотрудничали в обеих областях. Врачи ПМСП регулярно контактировали с неврологами, хирургами, гинекологами и реже с дерматологами, специалистами по внутренним болезням и педиатрами	Опрос врачей

Определенные параметры	Определенные виды информации	Выбранные характеристические показатели / результаты	Условия получения данных	Источник
Непрерывность				
Информационная непрерывность		<ul style="list-style-type: none"> • % врачей ОП, сообщивших о том, что они ведут медицинскую документацию по всем пациентам: 90% 	<p>Согласно респондентам, медицинская документация ведется хорошо. На ее основе было сравнительно легко определить группы риска.</p> <p>При направлении к специалистам обычно выдается специальная форма направления.</p> <p>Тем не менее существует много возможностей для улучшения эффективности и коэффициента использования информации. В обеих областях компьютеры использовались редко. В Витебской области компьютером пользовалось меньшинство врачей, но спектр их применения был шире, чем в Минской области.</p> <p>По информации пациентов, обмен информацией между их собственным и другими врачами должен быть улучшен, возможно, через выдачу направлений.</p>	<p>Опрос врачей</p> <p>Опрос пациентов</p>
Долгосрочная непрерывность		<ul style="list-style-type: none"> • % пациентов, указавших, что они посетили своего врача по крайней мере один раз за год: 78,6 % • % пациентов, которые не выбрали врача, а были приписаны к врачу: 79,2 % 	<p>Для большинства пациентов врачи были назначены, но по их информации они лечатся у этого доктора уже длительное время. В то же время они не были уверены в том, что могут поменять врача.</p>	<p>Опрос пациентов</p>

Определенные параметры	Определенные виды информации	Выбранные характеристические показатели / результаты	Условия получения данных	Источник
Межличностная непрерывность			<p>Пациенты обычно видели своего ВОП или терапевта при каждом визите и имели относительно длительные по времени консультации.</p> <p>В Витебской области пациенты относились более положительно к их врачам, чем пациенты Минской области.</p> <p>Пациенты были уверены, что врач знает об их истории болезни и текущих проблемах.</p> <p>Они также удовлетворены коммуникативными навыками врача и их желанием посетить пациента на дому.</p> <p>Что касается немедицинских проблем, по их мнению, их врач – это не тот человек, который может этим заниматься.</p> <p>Другим критическим моментом явился недостаток – мнению пациентов – медицинского обслуживания</p> <p>Общая оценка была положительной: пациенты справлялись лучше с их проблемой после визита к врачу.</p>	Опрос пациентов
Комплексность				
Условия в учреждениях	Удобство		<p>Доступ в здания для людей с ограниченными физическими способностями и инвалидов должен быть улучшен в обеих областях. Пациенты были удовлетворены обращением с ними в регистратуре и умеренно удовлетворены условиями в комнате ожидания.</p> <p>Государственная программа возрождения и развития села от 2006 года позволила улучшить качества сельских амбулаторий.</p>	<p>Анкета для национального уровня.</p> <p>Опрос пациентов</p>
	Информационные материалы		<p>В поликлиниках обычно было достаточное количество информационных буклетов для пациентов в помещениях для ожидания, особенно в Витебской области.</p> <p>Можно увеличить количество информации о социальных услугах и о самолечении / в отношении кашля.</p>	Опрос врачей

Определенные параметры	Определенные виды информации	Выбранные характеристические показатели / результаты	Условия получения данных	Источник
Оказание услуг	Обслуживаемые группы населения	<ul style="list-style-type: none"> Объединенный показатель для ОП как врача первого контакта (18 пунктов, диапазон оценок 1-4): 2,50 То же для терапевтов: 1,74 	ВОП имели прочную позицию как врачи первого контакта по всем проблемам, возникающим у их пациентов, кроме сексуальных и репродуктивных проблем, или проблем в отношениях или психосоциальных проблем. Терапевты только иногда были врачами первого контакта. Эта роль была более развитой в Витебской области, чем в Минской области. По сравнению с 2005 годом, терапевты значительно снизили свою позицию врача первого контакта.	Опрос врачей
	Участие врачей первичной медико-санитарной помощи в лечении болезней	<ul style="list-style-type: none"> Объединенный показатель лечения заболеваний ВОП (19 пунктов, диапазон оценок 1-4): 3,10 То же для терапевтов: 2,79 	ВОП активно участвовали в лечении и последующем наблюдении за пациентами при общих заболеваниях. Их участие было минимальным при таких заболеваниях, как гипертония, перитонзиллярный абсцесс и сальпингит. Роль терапевтов как врачей первого контакта была несколько слабее.	Опрос врачей
	Выполнение профилактических медицинских технических процедур	<ul style="list-style-type: none"> Объединенный показатель проведения мед. процедур для ВОП (16 пунктов, диапазон оценок 1-4): 1,56 То же для терапевтов: 1,26 Пропаганда здорового образа жизни (7 пунктов = 100%) стандартная работа для ОП = 81% То же для терапевтов 61% Участие в программах обследования на рак шейки матки: ВОП: 65% / терапевты: 25% 	<p>ВОП как и терапевты редко участвовали в выполнении профилактических и медицинских технических процедур (таких как наложение швов и гипосенсибилизирующая терапия при аллергии).</p> <p>ВОП чаще, чем терапевты участвовали в мероприятиях по здравоохранению, таких как реабилитационная терапия, школьные программы здоровья.</p> <p>Большинство пациентов указали, что их врач обращает их внимание на привычки в еде и физические упражнения. Менее внимания уделяется более безопасному сексу, употреблению алкоголя и курению.</p> <p>В большинстве комнат ожидания можно получить информацию о ТБ и ИППП. Большую часть информации о планировании семьи, профилактике ТБ и ИППП пациенты получают через средства массовой информации.</p>	Опрос врачей Опрос пациентов
	Оказание медицинской помощи для защиты здоровья матери/репродуктивного здоровья и ребенка	<ul style="list-style-type: none"> % ВОП, осуществляющих дородовое ведение беременных: 77% % терапевтов, осуществляющих дородовое ведение беременных: 29% 	<p>Очевидно, что ВОП играют более широкую роль в охране здоровья матери/репродуктивного здоровья и ребенка. Однако большинство ВОП отметили, что не имеют специальной подготовки в этой сфере.</p> <p>Врачи и медсестры кажется почти не участвуют в просвещении или консультировании по половым вопросам.</p>	Опрос врачей

Определенные параметры	Определенные виды информации	Выбранные характеристические показатели / результаты	Условия получения данных	Источник
	Услуги в связи с ТБ	<ul style="list-style-type: none"> • % врачей, участвующих в лечении больных ТБ: ВОП 88%/терапевты: 53% • Количество новых случаев ТБ, установленных в системе ПМСП в 2007 году: 1.15 на одного врача • Количество домохозяйств, где недавно обнаружены случаи ТБ, наблюдаются в местной системе первичной медицинской помощи: 2,2 на одного врача • Процент врачей, обученных правилам проведения консультаций для больных ТБ: ВОП: 78% / терапевты: 45% 	<p>Врачи ПМСП в целом активно участвовали в контроле за больными ТБ и в программах сопровождения таких больных. В 2007 году в среднем на одного врача приходился один новый случай ТБ.</p> <p>По сравнению с терапевтами, ВОП или их помощники чаще вели наблюдение за приемом лекарств больными ТБ и осуществляли лечение под прямым наблюдением (ДОТ).</p> <p>Большинство врачей были обучены правилам предоставления помощи больным ТБ; в частности они прошли такое обучение в 2006 году.</p>	Опрос врачей
Ориентация на работу с местным сообществом		<ul style="list-style-type: none"> • % врачей, сообщивших о регулярных встречах с местными органами власти: 79 % 	В обеих областях врачи ПМСП поддерживали достаточно тесные контакты с местным сообществом в плане проведения встреч с местными органами власти и местными социальными работниками. Однако пациенты редко участвовали в выработке политики в области ПМСП.	Опрос врачей

6.2. Рекомендуемые действия в области политики

- Результаты применения инструмента оценки первичной медико-санитарной помощи в Беларуси убедительно показали, что ВОП существенно улучшают эффективность работы системы ПМСП. Несмотря на то что они обслуживают намного больше прикрепленного населения, чем предписано национальными нормативами, ВОП занимают сильную позицию как врачи первого контакта с пациентами при возникновении проблем со здоровьем, оказывают более широкий круг клинических и профилактических услуг и реже выдают направления к узким специалистам по сравнению с терапевтами. Однако в настоящее время лишь 10% врачей в системе ПМСП являются ВОП. Сейчас пришло время продолжить и ускорить реализацию существующих намерений в области политики для внедрения модели общей практики во всех сельских учреждениях.
- Результаты также показали, что эту модель можно внедрить в городских районах. Видение политики по вопросам развития системы первичной медико-санитарной помощи, которая сейчас ограничена только сельскими районами, должно стать более широким и включать весь спектр услуг первичной медико-санитарной помощи в стране.

- Функциональные обязанности ВОП указывают на то, что они могут играть роль фильтра потоков пациентов между различными уровнями при условии их соответствующей подготовки. Рекомендуется проанализировать эти возможности и тем самым пересмотреть их задачи и обязанности.
- Рекомендуемое внедрение модели общей практики в системе первичной медико-санитарной помощи требует применения различных методов, включая вложение средств в развитие финансовых и человеческих ресурсов; расширение системы обучения и подготовки ВОП; улучшение качества медицинской информации; критическое исследование обязанностей и задач ВОП и медсестер; а также более эффективное управление медицинской помощью на всех уровнях.
- Внедрение общей практики будет невозможным без привлечения и переподготовки необходимого числа новых ВОП. Рекомендуется разработать план для решения этой задачи, включающий различные сбалансированные финансовые схемы оплаты за услуги и нефинансовые стимулы для улучшения условий работы и проживания медицинских работников сельской местности. Стоило бы провести опрос среди врачей и выявить факторы, способствующие закреплению врачей в сельской местности. Особое внимание следует обратить на относительно большой возраст ВОП. Замена ВОП, выходящих на пенсию в ближайшее время, увеличит потребности к привлечению новых сотрудников.
- Необходимо разработать схемы материального стимулирования с учетом аспектов индивидуальных результатов и условий работы врачей ПМСП. Такие схемы более эффективны, чем недифференцированное общее увеличение зарплаты. Отзывчивость (соответствие ожиданиям пациента) системы здравоохранения и возможность для свободного выбора пациентами ВОП будут усилены благодаря внедрению системы стимулирования, например, на основе фиксированной оплаты за каждого закрепленного пациента в сочетании с элементами оплаты за некоторые конкретные медицинские услуги или использования небольшого количества показателей, которые легко вычислить для дополнительной оплаты при их выполнении. Это позволит заинтересовать ВОП в увеличении круга своих пациентов, что позволит постепенно внедрить систему семейной медицины в городах.
- Смещение акцента в сторону системы первичной медико-санитарной помощи подразумевает изменение в системе финансирования с выделением большего объема ресурсов для ПМСП и, как результат, снижение объема ресурсов для вторичного и больничного сектора. Изменение акцента в финансировании должно быть прозрачным и осуществляться параллельно с пересмотром профиля задач работников системы первичной медико-санитарной помощи, например, когда ВОП берут на себя некоторые услуги в связи с ТБ и репродуктивным здоровьем, которые сейчас оказывают специалисты.
- В настоящее время выработкой политики занимается исключительно правительство и министерство здравоохранения. Для более успешного принятия реформ необходимо участие также заинтересованных сторон и представителей пациентов и их вовлечение в процесс разработки и реализации политики.
- Несмотря на то что пациенты удовлетворены тем, как медицинские услуги оказываются вне рабочего времени учреждений, в основном через службу скорой помощи, рекомендовано создать новую ступенчатую систему скорой помощи. Услуги скорой помощи более не должны дублироваться с услугами системы первичной медико-санитарной помощи, а дополнять

такие услуги и использоваться в крайних случаях. Это потребует поэтапного внедрения новой ступенчатой схемы оказания неотложной помощи в нерабочее время, в том числе проведения профессиональной сортировки обращений по телефону и предоставление совета в легких случаях; наличия амбулаторных центров оказания неотложной помощи, куда пациенты могли бы приехать на своем транспорте; возможность использования услуг медицинского такси для обычной транспортировки и только в случае экстренных ситуаций использование машин скорой помощи.

- Быстрое внедрение системы обучения и подготовки ВОП во всех медицинских университетах и создание профессуры для обучения принципам общей практики/семейной медицине послужило бы двум важным целям: создание необходимого дополнительного потенциала для обучения ВОП и утверждение статуса этой медицинской профессии.
- Эффективность процедур в системе первичной медико-санитарной помощи была бы улучшена путем внедрения компьютеров в практику ПМСП. Врачи и медсестры должны пройти обучение принципам работы с компьютерами для ведения медицинской документации, выписывания рецептов на лекарственные препараты и направлений к специалистам и для поиска информации в Интернете. Это могло бы усилить принцип непрерывности предоставления информации для пациентов и проводить работы с группами риска для более эффективного скрининга или оказания помощи хроническим больным, а также для оказания поддержки при выполнении сложных и обременительных задач по составлению отчетности.
- Нынешние показатели моделей конечных результатов, используемые для характеристики работы системы первичной медико-санитарной помощи, следует пересмотреть. Результаты на основе этих показателей лишь косвенно касаются воздействия или усилий работников системы первичной медико-санитарной помощи.
- Качество услуг в системе первичной медико-санитарной помощи необходимо улучшить, например, за счет более широкого использования зон ожидания для медико-санитарного просвещения, улучшения доступа пациентов со сниженными возможностями для перемещения (инвалиды в колясках) и через предложение услуг в Интернете. Улучшение доступа к услугам может уменьшить число посещений пациентов на дому.
- Эффективность системы первичной медико-санитарной помощи – на благо работников и пациентов – следует повысить за счет применения современных методов управления времени в работе медицинских учреждений. Например, необходимо расширять систему планирования посещений по предварительной записи на определенное время; необходимо узаконить возможность предоставления телефонных консультаций для пациентов.
- Рекомендовано уделять приоритетное внимание вопросам изменения роли врачей системы первичной медико-санитарной помощи в выдаче больничных листов и справок для освобождения от посещения школы, поскольку это поможет быстро снизить нагрузку на таких врачей. Обязанность по отслеживанию за пропусками рабочих дней можно возложить на самих работодателей. Контроль за пропусками занятий в школе должен быть возложен на родителей, а не на врачей. Необходимо исключить посещение пациентов на дому только для выдачи освобождения от работы или занятий.

- Необходимо усилить участие врачей системы ПМСП в выполнении технических медицинских процедур. Программы обучения медработников должны уделять достаточное внимание выработке умений и навыков, необходимых для выполнения таких услуг.
- Пациенты могут играть более активную и продуманную роль в системе первичной медико-санитарной помощи. Обязанности пациентов в связи с профилактикой и уходом за собой можно стимулировать за счет предоставления информации и просвещения по вопросам здравоохранения – это является основной задачей работников системы первичной медико-санитарной помощи. Любая программа подготовки сотрудников для системы первичной медико-санитарной помощи должна включать обучение принципам эффективной коммуникации с пациентами.

Услуги, связанные с ТБ

- Реализация стратегии «Остановить ТБ» будет иметь свои последствия с точки зрения организации и координации услуг в системе первичной медико-санитарной помощи и усиления профессионального потенциала работников здравоохранения. Для эффективного оказания услуг в связи с туберкулезом, обеспечивающих контроль за туберкулезом и предупреждение развития туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, требуется более сильная система первичной медико-санитарной помощи с участием медработников, умеющих использовать подход, в центре которого находится пациент, что обеспечивает обнаружение и полное проведение курса лечения больных туберкулезом.
- Необходимо пересмотреть национальную политику по борьбе с туберкулезом, например, принципы выдачи противотуберкулезных препаратов без прямого наблюдения приема и принципы сплошного скрининга на туберкулез среди групп населения с низким уровнем риска; эту политику необходимо привести в соответствие с рекомендациями ВОЗ.
- В частности в городских районах услуги в связи с ТБ следует интегрировать в систему первичной медико-санитарной помощи. Это позволит уменьшить время на проезд пациентов, повысить уровень приверженности лечению и предупредить случаи неудачного лечения и развития лекарственной устойчивости.
- Должностные обязанности работников с системы первичной медико-санитарной помощи должны включать проведение мероприятий для обнаружения ТБ и ведения больных после выписки из больницы. В удаленных необходимо обучать помощников лечения из членов местного сообщества и окружения пациента, которым можно доверить выполнять определенные функции по организации контролируемого лечения больных туберкулезом после выписки из стационара.
- Рекомендуется проводить систематический мониторинг эффективности помощи в связи с ТБ на уровне системы первичной медико-санитарной помощи. Для этого необходимо использовать соответствующие показатели (напр., коэффициент обнаружения новых случаев ТБ с положительной бактериоскопией и показатель успешно завершеного лечения случаев туберкулеза на участке).

Услуги по охране репродуктивного здоровья

- В настоящее время услуги по охране репродуктивного здоровья оказываются раздробленно различными специалистами, работающими в различных условиях. Рекомендуется уменьшить число тех, кто оказывает услуги по охране репродуктивного здоровья, четко определить их задачи и отношения (например, через протоколы и схемы) и создать условия для командной работы на одном и том же уровне или с участием специалистов различных уровней, что обеспечит более интегрированное оказание услуг по охране репродуктивного здоровья.
- Большое число обязательных обследований и мер вмешательства, проводимых среди беременных женщин, не соответствует международным признанным рекомендациям и практике. Рекомендуется пересмотреть действующие приказы и процедуры для того, чтобы они опирались на доказательные данные и служили интересам пациентов.
- Необходимы дополнительные усилия для просвещения и информирования населения по вопросам репродуктивного здоровья. Такая работа должна проводиться с учетом последних данных и опыта, касающегося просвещения по медицинским вопросам. Свою роль здесь должны играть государственные учреждения здравоохранения и акушерки. В разработке материалов должны участвовать также целевые группы.
- Действующие рекомендации по вопросам планирования семьи, а также знания и навыки ВОП в вопросах планирования семьи недостаточно отвечают потребностям пациентов в получении услуг первичной медико-санитарной помощи. Рекомендуется проанализировать эти рекомендации и программу подготовки ВОП по вопросам планирования семьи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ ПО ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Доступность: Возможность пациента получить медицинскую помощь там и когда это она требуется, учитывая возможные физические, финансовые и психологические препятствия (11).

Комплексность: То, в какой мере услуги включают помощь для лечения, реабилитации и поддержки, а также меры для защиты здоровья и профилактики заболеваний (17, 27).

Конфиденциальность: Право определять, кто имеет доступ к персональной информации о состоянии здоровья человека (1).

Непрерывность: Способность соответствующих служб предложить меры вмешательства, которые будут последовательными в течение короткого периода времени, если они применяются одной группой специалистов или разными группами специалистов (поперечная непрерывность) или же будут включать непрерывную серию контактов в течение длительного периода времени (продольная непрерывность) (11).

Координация: Характеристика услуг, указывающая на последовательность планов лечения для индивидуальных пациентов. Каждый план должен иметь четкие цели и включать необходимые и эффективные меры вмешательства – не больше и не меньше. Поперечная координация означает координацию информирования и услуг в рамках отдельного эпизода оказания медицинской помощи. Долгосрочная (Продольная) координация означает взаимосвязь среди членов персонала и учреждений в течение более длительного периода лечения (11).

Финансирование: функция системы здравоохранения, касающаяся мобилизации, аккумуляции и распределения денежных средств для обеспечения потребностей в защите здоровья людей – на индивидуальной и коллективной основе – в системы здравоохранения (9).

Группы специалистов по семейной медицине: Группы специалистов по семейной медицине могут быть различными в зависимости от страны и могут отличаться по своей численности: основная группа обычно включает врача общей практики и медсестру, но также может представлять собой междисциплинарную группу – до 30 специалистов, включая патронажных медсестер, акушеров, фельдшеров, стоматологов, физиотерапевтов, социальных работников, психиатров, логопедов, диетологов, фармацевтов, административных работников и руководителей и т.д. (28). В 2003 году ВОЗ использовала описание, согласно которому группа работников системы первичной медико-санитарной помощи включает «специалистов, которые дополняют друг друга при оказании медицинской помощи пациенту». Это является частью более широкой социальной тенденции, означающей отход от уважения мнения одних и иерархии в направлении взаимного уважения и взаимной ответственности и сотрудничества (29). По определению группы специалистов по семейной медицине направляют свои действия на пациента и, следовательно, их состав и организационная модель должны меняться со временем – это гибкая структура.

Общая практика: Общая практика – это термин, используемый в целом для обозначения врача общей практики и другого персонала и, следовательно, является синонимом первич-

ной медико-санитарной помощи и семейной медицины. Первоначально он использовался для описания концепции и модели медико-санитарной помощи, в центре которой находился основной отдельно взятый игрок – врач общей практики или врач системы первичной медико-санитарной помощи, в то время как первоначально семейная медицина больше предусматривала понятие командного подхода. Если понятие отдельно взятого врача общей практики является более актуальным по сравнению с командным подходом (семейной медициной), необходимо определить такое различие. Согласно автору работы (Atun), специфичность врача общей практики заключается в том, что он является «единственным клиницистом, который работает на девяти уровнях медицинской помощи: профилактика, обнаружение заболевания до появления симптомов, ранняя диагностика, диагностика определенного заболевания, ведение больного при заболевании, ведение больного при осложнениях после заболевания, реабилитация, паллиативный уход и консультирование» (30)

Первичная медико-санитарная помощь: Этот термин следует использовать для обозначения широкой концепции, описанной в Алма-атинской декларации (1978 г.), включающей принципы справедливости, участия, межсекторального взаимодействия и применения соответствующей технологии, а также с учетом ее центрального места в системе здравоохранения (31).

Первичная медицинская помощь: Представляет собой нечто большее, чем простой уровень медицинской помощи или регулирование потоков пациентов между различными уровнями – это один из ключевых процессов в системе здравоохранения. Это помощь при первом контакте, доступная, непрерывная, комплексная и координированная: помощь при первом контакте доступна в момент появления потребности в ней; непрерывная помощь нацелена на защиту здоровья человека в долгосрочном плане, а не в течение короткого периода заболевания; комплексная помощь означает спектр услуг в соответствии с общими проблемами среди соответствующей группы населения; координация означает роль системы первичной медицинской помощи для координирования действий других специалистов, чья помощь может потребоваться пациенту (30). Первичная медицинская помощь представляет собой подвид первичной медико-санитарной помощи.

Исполнение: (или достижение сложной цели) определяется как релятивная концепция (концепция соотношения): то, в какой мере система здравоохранения соотносит достижение цели с тем, что может быть достигнуто в данном страновом контексте (1).

Получение ресурсов: Внесение важнейшего вклада в систему здравоохранения, включая человеческий капитал, физический капитал и расходные материалы (1).

Отзывчивость системы: Это критерий для измерения качества системы здравоохранения относительно аспектов, не касающихся здоровья, выполнение или невыполнение ожиданий некой группы населения относительно того, какую помощь она должна получить от тех, кто оказывает услуги по профилактике, уходу или личностные услуги (но не критерий для измерения мер, принимаемых системой в ответ на потребности в плане здоровья, что можно определить по результатам мероприятий по охране здоровья). Улучшение отзывчивости системы здравоохранения в ответ на ожидания определенных групп населения могут включать: (а) уважение человека (включая достоинство, конфиденциальность [информации] и самостоятельность человека и семьи для принятия решений относительно своего собственного здоровья); и (б) ориентацию на клиента (включая короткое время ожидания приема, доступ к сетям социальной поддержки в процессе оказания помощи, обеспечение качества основных услуг и выбор того, кто оказывает услуги) (1).

Управление: Функция органа правительства, отвечающего за благополучие населения, касающаяся доверия и легитимности, с которыми его действия рассматриваются гражданами. Она включает надзор и руководство процессом разработки и реализации национальных действий по охране здоровья населения от имени правительства. Компоненты управления включают: выработку политики в области здравоохранения (определяющую видение и направление для системы здравоохранения); регулирование (определение справедливых правил и одинаковых условий для всех участников); и понимание (оценку исполнения и обмен информацией) (1,9).

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: УСЛУГИ ПО РЕПРОДУКТИВНОМУ ЗДОРОВЬЮ НА УРОВНЕ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В БЕЛАРУСИ

Данное приложение было подготовлено национальной рабочей группой под руководством д-ра Л. Гуринович (Министерство здравоохранения РБ) и д-ра Л. Мрочка (БелМАПО, Минск)

1. Введение

Обеспечить «всеобщий доступ к услугам по репродуктивному здоровью до 2015 года» является одним из целевых показателей в рамках цели 5 в области развития, предусмотренной в Декларации тысячелетия: «Улучшение здоровья матерей» (одобрена международным сообществом в 2007 году). Система первичной медико-санитарной помощи имеет огромное значение для обеспечения доступа населения к услугам по репродуктивному здоровью. Беларусь относится к странам, которые целиком и полностью признают, что качество медицинских услуг на уровне системы первичной медико-санитарной помощи является обязательным условием для улучшения репродуктивного здоровья населения.

В Двухгодичном соглашении о сотрудничестве между Европейским бюро ВОЗ и Министерством здравоохранения Беларуси на 2008-2009 годы указывается, что оценка доступа к услугам по репродуктивному здоровью и качества таких услуг на уровне системы первичной медико-санитарной помощи является одним из основных приоритетов. Помимо уделения внимания услугам по репродуктивному здоровью в инструменте оценки первичной медико-санитарной помощи (ИО ПМСП), группа специалистов при поддержке Европейского бюро ВОЗ (д-р Гунта Лаздане) выполнила ситуационный анализ организации услуг по репродуктивному здоровью в Беларуси. В настоящем приложении кратко представлены основные данные, полученные при проведении указанного ситуационного анализа.

2. Подход

Помимо инструмента ИО ПМСП, при осуществлении мероприятий в Беларуси за основу были взяты элементы инструмента ВОЗ «Стратегический подход к усилению политики и программ в области сексуального и репродуктивного здоровья» (http://www.who.int/reproductive-health/strategic_approach/index.htm). Эти элементы включали:

- совещание заинтересованных сторон для обсуждения роли услуг по репродуктивному здоровью в системе первичной медико-санитарной помощи;
- создание национальной рабочей группы;

- подготовку к проведению анализа ситуации на основе имеющихся документов и форм, рекомендованных ВОЗ;
- формулирование стратегических вопросов для их уточнения во время рабочих поездок;
- проведение рабочих поездок в Минскую и Витебскую области;
- согласование результатов основными заинтересованными сторонами и определение рекомендаций.

3. Положение в области оказания услуг по репродуктивному здоровью в Беларуси:

нормативная база

Международная конференция по народонаселению и развитию, состоявшая в Каире в 1994 году, подчеркнула, что улучшение репродуктивного и сексуального здоровья населения является одним из основных прав человека. Программа действий, принятая Каирской конференцией, повлияла на национальную политику Беларуси в области защиты здоровья населения и развития услуг по репродуктивному здоровью. Защита и реализация прав человека, касающихся репродуктивного здоровья, учитывались при разработке ряда законов, указов Президента и постановлений Совета министров и межведомственных положений, среди которых можно отметить следующие:

- Закон Республики Беларусь «О здравоохранении»;
- Закон Республики Беларусь «О правах детей»;
- Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы;
- Программа Президента Республики Беларусь «Дети Беларуси» на 2006-2010 годы;
- Государственная программа «Профилактика ВИЧ-инфекции» на 2006-2010;
- Республиканская программа «Молодежь Беларуси» на 2006-2010 годы.

На уровне первичной медико-санитарной помощи услуги по репродуктивному здоровью оказывают гинекологи в районных больницах, гинекологических и дородовых клиниках и районных родильных домах. В своей работе эти учреждения руководствуются следующими нормативными положениями:

- Приказ от 29.02.2008 № 150 «О мерах по улучшению услуг по репродуктивному здоровью в Беларуси»;
- Инструкция о повышении эффективности услуг по репродуктивному здоровью в амбулаторных отделениях;

- Постановление от 06.09.2007 № 81 «Об организации женских консультаций в государственных учреждениях системы здравоохранения»;
- Постановление от 22.12.2007 № 192 «Об организации работы в государственных родильных домах»;
- Приказ от 29.02.2008 № 150 «Об улучшении норм и принципов акушерства и гинекологии»;
- Приказ от 07.02.2007 № 13 «Об утверждении инструкций, касающихся искусственного прерывания беременности».

Существуют приказы и распоряжения, регулирующие работу акушеров-гинекологов, педиатров, онкологов и других специалистов, которые также включают разделы, касающиеся услуг по репродуктивному здоровью. Действие этих приказов также распространяется на медперсонал сельских амбулаторий (включая ВОП):

Приказы Министерства здравоохранения:

- «Об утверждении клинических протоколов» (№ 66 от 05.02.2007);
- «Об организации гинекологических услуг для подростков» (№ 7 от 09.01.2007);
- «Об утверждении инструкции, касающейся профилактического медицинского осмотра беременных женщин и женщин с гинекологической патологией» (№ 636 от 30.07.2007);
- «О мерах по улучшению репродуктивного здоровья» (от 22.07.2008);
- «О клиническом осмотре пациентов с онкологическими заболеваниями» (№ 48 от 22.01.2006);
- «Об утверждении документов, касающихся оказания медицинских услуг для ВИЧ-инфицированных женщин и детей» (от 05.09.2003);
- «Об организации регулярного медицинского осмотра взрослого населения в Беларуси» (№ 870 от 13.11.2007);
- «Об утверждении формы регистрации результатов административными органами здравоохранения в Беларуси на 2008 год» (№ 281 от 09.04.2008).

Для предупреждения «отрицательного демографического процесса» и выполнения национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы, утвержденной постановлением Президента № 135, первоочередное внимание уделяется планированию семьи, безопасности материнства, улучшению здоровья женщин, улучшению сексуального здоровья и предупреждению аборт. Для правильного выполнения этих указаний, а также для снижения смертности среди женщин и осложнений во время беременности и родов Министерством здравоохранения были разработаны следующие положения и нормативно-правовые документы:

- Постановление Министерства здравоохранения от 21.06.2002 № 34 «Об утверждении положения о порядке проведения консультаций (консилиумов врачей-специалистов) в организациях здравоохранения»;
- Приказ от 13.10.2006 № 776 «О внесении поправок в приказ от 08.08.2006 № 631 «Об утверждении положения о республиканских специализированных медицинских центрах и перечня республиканских специализированных медицинских центров»;
- Приказ от 31.01.2007 № 59 «О порядке госпитализации женщин с внематочной патологией в период беременности и послеродовой период в общих и хирургических больницах»;
- Приказ от 05.02.2007 № 66 «Об утверждении клинических протоколов»;
- Приказ от 30.07.2007 № 636 «Об утверждении инструкций о порядке проведения клинического осмотра беременных и гинекологических больных»;
- Приказ от 13.11.2007 № 870 «Об организации диспансерного осмотра взрослого населения Республики Беларусь»;
- Приказ от 09.04.2008 № 281 «Об утверждении формы регистрации итоговых результатов работы учреждений здравоохранения на административных территориях Республики Беларусь на 2008 год».

Что касается планирования семьи, действуют следующие постановления:

- Приказ Министерства здравоохранения от 23.12.2004 № 288 в дополнение приказа от 29.02.2008 № 150 «О мерах по улучшению акушерско-гинекологических услуг в Республике Беларусь»;
- Инструкция об организации работы школ для подготовки семьи к рождению ребенка;
- Инструкция об организации медицинской помощи супружеским парам с отклонениями репродуктивной функции;
- Инструкция об организации работы консультационных центров «Брак и семья»;
- Приказ Министерства здравоохранения от 23.01.2008 № 42 «Об утверждении национальной комплексной программы по вопросам планирования беременности и предупреждения выкидыша»;
- Постановление Министерства здравоохранения от 14.09.2006 № 70 «Об утверждении и порядке проведения бесплатного медосмотра супружеских пар для определения состояния их здоровья и обнаружения генетических нарушений»;
- Постановление Министерства здравоохранения от 28.03.2007 «Об утверждении инструкции о проведении медико-генетических консультаций и осмотра граждан в государственных организациях здравоохранения»;

- Статья 35 закона от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции закона от 11 января 2002 года и положения Министерства здравоохранения, утвержденные постановлением Совета министров от 23.08.200 № 1331 (в редакции постановления Совета министров от 01.08.2005 № 843).

Искусственное прерывание беременности проводится в соответствии с законом Республики Беларусь и другими постановлениями Министерства здравоохранения, согласно которым прерывание беременности по просьбе пациента разрешается до 12 недель беременности, а с 12 по 22 неделю по медицинским или социальным показаниям:

- Постановление Министерства здравоохранения от 07.02.2007 № 15 «Об утверждении инструкции о порядке прерывания беременности и отмене действия постановления Министерства здравоохранения от 01.08.2002 № 60»;
- Постановление Министерства здравоохранения от 08.05.2008 № 89 «О введении в действие дополнений к постановлению Министерства здравоохранения от 07.02.2007 № 15».

Диагностика и лечение при злокачественных заболеваниях проводятся в соответствии со следующими нормативными постановлениями Министерства здравоохранения:

- Приказ от 02.06.1994 № 125 «Об усовершенствовании онкологических услуг и помощи для населения Республики Беларусь»;
- Приказ от 13.07.1994 № 163 «О внесении изменений в постановление Министерства здравоохранения от 02.06.1994 № 125 «Об усовершенствовании онкологических услуг и помощи для населения Республики Беларусь»;
- Приказ от 12.02.2004 № 76А «Об утверждении протоколов для диагностики и лечения при злокачественных новообразованиях в системе Министерства здравоохранения»;
- Приказ от 27.08.2004 № 205 «О мерах по усовершенствованию работы онкологических служб Республики Беларусь»;
- Приказ от 28.01.2006 № 48 «О клиническом осмотре пациентов с онкологическими заболеваниями»;
- Приказ от 07.03.2007 № 164 «О создании центральной комиссии экспертов для раннего обнаружения онкологических заболеваний».

Сексологическая помощь для населения оказывается в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения от 14.01.2008, № 8 «О порядке оказания сексологической помощи».

Некоторые показатели по репродуктивному здоровью

В 2008 году 53,2% населения Республики Беларусь составляли женщины. Доля женщин, относящихся в группе детородного возраста (согласно принятой в Беларуси классификации), составляла 51,2%; из них 78,5% проживали в городских районах и 21,5% в сельских районах. В таблице 1 показано уменьшение числа аборт в Беларуси за последнее десятилетие.

Таблица 1: Число аборт в Беларуси, 1996 – 2007 гг.

Год	Общее (абсолютное) число абортов	Число абортов на 1000 женщин детородного возраста	Число абортов на 100 живорожденных детей
1996	174.100	66,9	180,6
2000	121.900	46,1	128,7
2004	72.700	26,8	80,7
2005	64.600	24,3	72,0
2006	58.351	20,6	50,1
2007	38.611	14,2	37,4

Source: Ministry of Health of Belarus, 2008

Аналогично снижению числа абортов за период с 200 по 2007 годы наблюдалось положительное изменение показателей, отражающих состояние репродуктивного здоровья подростков:

- Число беременностей среди подростков (14-18 лет; аборты + confinement)
 - » В 2000 г.: 54 на 1000 подростков
 - » В 2007 г.: 32,7 на 1000 подростков
- Число абортов среди подростков
 - » В 2000 г.: 26,5 на 1000 подростков
 - » В 2007 г.: 13,1 на 1000 подростков
- Кол-во родов
 - » В 2000 г.: 27,5 на 1000 подростков
 - » В 2007 г.: 19,6 на 1000 подростков

Во всех регионах Беларуси число женщин, использующих гормональные и внутриматочные противозачаточные средства, увеличилось и в настоящее время их доля превышает 55% всех женщин детородного возраста.

ВМС используют 25 % белорусских женщин, 30% женщин используют гормональные противозачаточные средства. Поскольку этот процент по-прежнему ниже, чем во многих странах Европы, необходимо проводить работу для улучшения системы информирования и разработать услуги в области репродуктивного и сексуального здоровья.

В Беларуси 99,9% родов протекает под наблюдением квалифицированных акушеров. Это одна из основных причин снижения в последние девять лет уровня материнской смертности в 3,5 раз; в 2007 году она составляла 6,8 на 100 000 живорожденных, в то время как в 1999 году она составляла 20 на 100 000 живорожденных.

Причины материнской смертности в последние годы остаются стабильными. Большинство таких случаев обусловлено развитием экстрагенитальной патологии вследствие системных заболеваний, которые имело место ранее или появились во время беременности (заболевания

сердечнососудистой системы, сахарный диабет, болезни почек и онкологическая патология). Другие причины смертности включают кровотечение при родах и гестоз.

В 2007 году показатель младенческой смертности снизился до 6,2 на 1000 живорожденных (включая новорожденных с весом 500 граммов и более) по сравнению с 2000 годом (9,3 на 1000 живорожденных) и в настоящее время является одним из самых низких в СНГ.

Специалисты, занятые в службе репродуктивного здоровья, и их задачи

Число специалистов в этой службе (акушеров-гинекологов) составляет около 2700 врачей (или 5,2 на 10.000 женщин). Они оказывают медицинские услуги по профилактике и ведению больных с гинекологическими нарушениями, планированию семьи и обслуживают население для улучшения состояния репродуктивного здоровья.

В соответствии с государственной политикой, большинство услуг по репродуктивному здоровью оказывается в женских консультациях, где организуются специальные консультации по вопросам планирования семьи, услуги для защиты репродуктивного и сексуального здоровья подростков и молодежи и услуги по информированию о современных методах контрацепции. Деятельность таких служб привела к уменьшению числа абортс среди женщин всех возрастных групп (как показано в таблице 1) и уменьшению числа беременностей среди подростков.

В настоящее время, несмотря на различные пилотные проекты и приоритетное развитие услуг первичной медико-санитарной помощи через врачей общей практики (ВОП), наличие и качество услуг по репродуктивному здоровью на уровне системы первичной медико-санитарной помощи остается слабым. Организация в 1996 году в Крупиче (Минская область) пилотной амбулатории для оказания первичной медико-санитарной помощи позволило разработать ряд методических документов и публикаций, касающихся задач ВОП, а также услуг по репродуктивному здоровью. Например, в приказе № 242 (от 2 сентября 1998 г.) «Об организации первичной медико-санитарной помощи и принципах общей практики» описаны задачи следующих медицинских специалистов и служб:

- общей амбулаторной практики,
- врача общей практики,
- фельдшера общей практики,
- акушерки общей практики,
- медсестры общей практики,
- формы для определения результатов работы врача общей практики.

Следующие медицинские специалисты принимают участие в оказании услуг по репродуктивному здоровью на уровне системы первичной медико-санитарной помощи:

- акушерки, фельдшеры, педиатры (в сельских амбулаториях);

- акушерки, фельдшеры, врачи общей практики (в амбулаторных центрах, оказывающих услуги в радиусе до 35 км);
- районные акушеры-гинекологи.

Районные акушеры-гинекологи должны оказывать специальную акушерскую помощь женщинам и вести больных при акушерских и гинекологических заболеваниях. Обязанности акушеров-гинекологов также включают: профилактику и массовое обследование на определение гинекологической патологии (включая рак молочной железы и шейки матки), информирование по вопросам здорового образа жизни, защиту репродуктивного здоровья, применение противозачаточных средств.

В то же время районные акушеры-гинекологи должны строить свою работу по принципу ориентации на нужды людей. По этой причине роль группы специалистов (акушерки, фельдшеры, врачи общей практики) в предоставлении услуг по репродуктивному здоровью очевидна и важна, поскольку они ближе к населению. Обязанности ВОП в отношении услуг по репродуктивному здоровью определены в Положении о враче общей практики (приложение № 2 к приказу Министерства здравоохранения № 242 от 2 сентября 1998 г.).

Задачи врача общей практики включают:

- определение состояния здоровья (в том числе репродуктивного здоровья), установление групп риска и организацию программ для укрепления здоровья;
- проведение медицинских осмотров;
- информирование и просвещение по вопросам здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
- разработку и реализацию программ по предупреждению нежелательной беременности и планированию семьи;
- комплексное ведение при различных заболеваниях (в том числе при гинекологической патологии) в соответствии с нормативами, определяемыми органами здравоохранения;
- выдачу направлений пациентам для консультации и лечения по мере необходимости;
- планирование, организацию и контроль за работой медперсонала, работающего в амбулатории.

В приложении к указанному приказу определены обязанности фельдшеров и акушерок.

Задачи фельдшеров включают:

- оказание помощи ВОП, выполнение действий под его руководством и оказание первичной помощи в отсутствие ВОП;
- оказание первичной медицинской помощи для закрепленных за ними пациентов до посещения врача;

- организацию профилактической помощи с целью уменьшения заболеваемости среди закрепленных за ними пациентов;
- просвещение населения относительно основных принципов здорового образа жизни;
- организацию программ для предупреждения нежелательной беременности и информирование по вопросам планирования семьи и онкологических патологий.

Задачи акушерок включают:

- оказание экстренной акушерско-гинекологической помощи;
- оказание помощи в дородовый период и пропаганда помощи на ранней стадии беременности;
- направление беременных женщин к акушерам-гинекологам или ВОП на консультацию;
- проведение ежегодного массового осмотра женщин с онкологической патологией, например:
 - » визуальный осмотр шейки матки,
 - » взятие мазка Папаниколау,
 - » взятие мазка из влагалища для бактериологического анализа,
 - » пальпация грудной железы,
 - » пропаганда здорового образа жизни; планирование семьи и предупреждение нежелательной беременности.

Акушерки общей практики работают под руководством ВОП и оказывают ему помощь в выполнении медицинских задач.

Педиатры на уровне первичной медицинской помощи должны оказывать необходимую медицинскую помощь детям и подросткам в районе (на участке), включая пропаганду здорового образа жизни, информирование по вопросам сексуального здоровья, контрацепции и охране репродуктивного здоровья. В то же время некоторым педиатрам не хватает знаний и навыков для выполнения таких задач, что – в определенной мере – обусловлено отсутствием необходимой современной литературы.

Обучение и просвещение по вопросам репродуктивного здоровья

Первичная подготовка акушеров-гинекологов, ВОП/семейных врачей, участковых терапевтов и педиатров для проведения консультаций и оказания услуг по репродуктивному здоровью проводится БелМАПО, Белорусской академией последипломного образования при Белорусском государственном медицинском университете. Такое обучение имеет две формы: курсы для первичной специализации (проводятся отделениями общей практики, акушерства и гинекологии и педиатрии БелМАПО) и полная двухлетняя резидентура.

Акушерки готовятся в медицинских училищах. При подготовке специалистов в области репродуктивного здоровья большое внимание уделяется таким компонентам, как планирование семьи, безопасное материнство, безопасное прерывание беременности, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), обнаружение канцеромы шейки матки и рака молочной железы. В то же время существующие программы обучения являются недостаточными для подготовки

специалистов в таких областях, как сексуальное здоровье и половое воспитание подростков. Интервью или обследования с участием женщин, мужчин, подростков и пожилых людей для определения уровня их удовлетворенности услугами по репродуктивному здоровью не проводятся. Анкеты, обычно распространяемые в медицинских учреждениях, включают только вопросы, касающиеся времени ожидания, очередей на осмотр в больницах и клиниках, и другие общие вопросы. Вероятно, одной из причин слабых показателей работы служб по репродуктивному здоровью в плане охраны сексуального здоровья является отсутствие раздаточных материалов для пациентов, а также учебных материалов для медицинских специалистов.

Для обеспечения качества консультаций для врачей, оказывающих услуги по репродуктивному здоровью, в БелМАПО проводятся двухнедельные курсы последипломного обучения. Учебные материалы включают публикации по вопросам планирования семьи, ИППП, безопасному прерыванию беременности, обнаружению рака молочной железы и шейки матки, а также информацию из научных журналов и бюллетеня «Репродуктивное здоровье: проблемы и возможности», публикуемого ЮНФПА в Беларуси. К сожалению, в настоящее время отсутствуют учебники или материалы для обучения специалистов по указанным выше темам, которые можно было бы использовать на практике. Практическое руководство для ВОП/по семейной медицине, опубликованное в 2003 году, включает ряд вопросов по охране здоровья (напр., противозачаточные средства). В то же время на уровне первичной медицинской помощи отсутствуют информационные материалы по вопросам полового воспитания, ИППП, безопасному материнству и гендерному насилию.

Развитие услуг по репродуктивному здоровью и профилактике

Постепенное снижение уровня материнской и детской смертности в последние два года было обеспечено благодаря принятию мер, направленных на оптимизацию медицинской помощи. Эти меры включали – на уровне первичной медицинской помощи – наличие и предоставление бесплатной медицинской помощи матерям и детям, включая специализированную и высококвалифицированную помощь, улучшение качества медицинской помощи для женщин и детей, улучшение ранней диагностики наследственных и врожденных заболеваний с использованием современных технологий ухода в неонатальный период; разработку и внедрение клинических протоколов; увеличение доли профилактической помощи при оказании услуг; реорганизацию работы акушерских учреждений на различных уровнях перинатальной помощи; укрепление и улучшение систему управления, информации по вопросам здравоохранения, исследований, правовой и финансовой помощи; реконструкцию и переоборудование родильных домов и отделений и детских больниц; и наконец, финансирование системы здравоохранения. Согласно статье 42 закона Республики Беларусь «О здравоохранении», беременным женщинам гарантируется оказание медицинской помощи в государственных медицинских учреждениях, больничный уход во время и после деторождения и медицинского ухода за новорожденным. Таким образом, все женщины имеют доступ к медицинской помощи до и после родов.

Проведение профилактических мероприятий для защиты репродуктивного здоровья на уровне первичной медицинской помощи требует дальнейшего интегрирования услуг. Сюда включаются следующие задачи: предупреждение нежелательной беременности; дальнейшее уменьшение числа абортов и последующих осложнений; выполнение профилактических мероприятий среди различных возрастных групп для пропаганды здорового образа жизни и здорового поведения; консультирование по вопросам, касающимся репродуктивного здоровья; планирование семьи; подготовка женщины и ее семьи к беременности и рождению ребенка; уход за плодом в дородовый период, включая предупреждение и лечение инфекций; профилактика вертикальной

передачи ВИЧ; внедрение программ скрининга для профилактики и раннего обнаружения злокачественных заболеваний с целью охраны репродуктивного здоровья.

Охране репродуктивного здоровья молодежи также уделяется приоритетное внимание в Беларуси. Это означает, например, использование новых подходов к просвещению детей и подростков, обучение здоровому образу жизни, просвещение по вопросам ранней диагностики нарушений репродуктивного здоровья детей и подростков, особенно врожденных деформаций. Врачи общей практики и другие медицинские специалисты на уровне системы первичной медико-санитарной помощи консультируют по всем перечисленным вопросам, включая безопасное материнство, ответственное сексуальное поведение и подростковая беременность.

Несмотря на проведение успешной работы для охраны репродуктивного здоровья и уменьшения числа аборт, важно отметить, что число аборт все еще остается высоким по сравнению с другими странами Европы и что число несовершеннолетних среди тех, кто обращается по этому поводу, значительное.

Для ранней диагностики предраковых состояний шейки матки проводятся обследования и берутся мазки слизистой оболочки канала шейки матки для цитологического анализа. Основная роль в этой области на уровне сельских медицинских амбулаторий и центров врачей общей практики также отводится акушеркам и фельдшерам. Женщины проходят медосмотр раз в год в соответствии с приказом о клиническом обследовании женщин. В некоторых случаях массовый охват женского населения скринингом обеспечивается мобильными группами медработников по месту работы.

Ранняя диагностика рака молочной железы проводится путем визуального осмотра и пальпации; эта процедура проводится среди всех женщин во время каждого посещения учреждений любого уровня – в том числе на уровне первичной медицинской помощи. Такое обследование включено в перечень задач акушерок ФАП и учреждений ВОП, а также в перечень задач врачей общей практики и акушеров-гинекологов. Организованный скрининг на рак молочной железы в Беларуси пока что не внедрен.

Если ВОП, участковый терапевт или акушерка обнаруживает соответствующую патологию, женщина направляется к медицинскому специалисту в районную поликлинику, например, к акушеру-гинекологу, андрологу, онкологу или дерматовенерологу и т.д. Женщины также могут проконсультироваться у специалиста самостоятельно, без направления от врача из учреждения первичной медицинской помощи. Консультацию андролога можно получить в учреждениях системы здравоохранения на региональном уровне, в частности в поликлиниках и больницах города Минска. В 2004 году, на основе результатов работы института по охране материнства и детства, был открыт научно-практический центр «Мать и дитя» для проведения дальнейших исследований в области репродуктивного здоровья в Беларуси. Этот центр также включает лабораторию по репродуктивному здоровью.

До сих пор негосударственные организации не играли роли в охране репродуктивного здоровья на уровне первичной медицинской помощи. Все услуги по репродуктивному здоровью доступны как для мужчин, так и для женщин всех возрастов, включая подростков, женщин детородного возраста, беременных, инвалидов и наркоманов. Для последней категории имеется специализированное учреждение, где они могут пройти анонимный тест на ВИЧ и ИППП. Мигранты имеют возможность получить информацию, диагностику и лечение в связи с

репродуктивным здоровьем, однако они должны оплатить за такие услуги как при обращении в государственные организации здравоохранения (за исключением сельских районов, где все медицинские услуги оказываются бесплатно), так и в частные учреждения здравоохранения, которые в основном находятся в городе Минске.

Информация о качестве оказания медицинских услуг

В отсутствии обследований для определения уровня удовлетворенности населением услугами по репродуктивному здоровью нет данных о том, как пользователи воспринимают качество таких услуг. Жалобы со стороны пациентов поступают редко, а если такие жалобы все же поступают, они в основном касаются медицинских услуг во время родов или пребывания в гинекологическом отделении. Жалобы на качество услуг по репродуктивному здоровью составляют менее 0,1% от всех жалоб в связи с оказанием медицинских услуг.

Статистические данные собираются ежегодно; они касаются общего качества работы учреждений при оказании медицинских услуг. Все организации системы здравоохранения обязаны заполнять статистические формы в соответствии со строгой процедурой. Такие данные собирают по принципу снизу вверх: данные поступают из учреждений на районном уровне в учреждения на областном уровне и далее передаются на национальный уровень; в конечном итоге они поступают в отдел статистики Министерства здравоохранения, где данные по областям и городу Минску включаются в единый отчет, который направляется в Министерство статистики и анализа Республики Беларусь.

Что касается услуг по репродуктивному здоровью на уровне первичной медицинской помощи, уровне сельских районных больниц, районных и областных поликлиник и родильных домов и т.д., для сбора необходимой информации используются следующие формы:

- форма № 1 «Отчет об отдельных инфекционных, паразитарных заболеваниях и их носителях»;
- форма 1-ВИЧ «Отчет об инфицировании населения вирусом иммунодефицита человека»;
- форма № 7 «Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями»;
- форма № 9 «Отчет о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и числе заболевания среди пациентов в возрасте до 15 лет и старше, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»;
- форма № 13 «Отчет об абортах (до 22 недель)»;
- форма № 16 «Отчет о числе заболеваний и причинах смерти лиц, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской атомной станции и приравненных к ним лиц, подлежащих специальной диспансеризации и проживающих в районе обслуживания медицинских учреждений»;
- форма № 30 «Отчет лечебно-профилактического учреждения»;
- форма № 31 «Отчет о медицинской помощи детям»;
- форма № 32 «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Эти формы отчетности содержат следующую информацию:

- количество зарегистрированных беременных женщин,
- количество осложнений во время беременности,
- количество родов (своевременных и преждевременных),
- количество осложнений во время родов,
- экстрагенитальная патология среди беременных женщин и женщин, недавно родивших ребенка,
- количество родов с применением кесарева сечения.

Существует специальная статистическая форма об абортах, куда включаются следующие данные:

- возрастная структура женщин, прибегающих к аборту (включая абORTы по медицинским показаниям),
- число осложнений (напр., кровотечения, воспалительные процессы, гормональная дисфункция).

Статистические формы также включают информацию о количестве женщин, пользующихся внутриматочными противозачаточными средствами, и количестве женщин, и применяющих гормональные или традиционные методы планирования семьи. Также имеются формы отчетности о злокачественных образованиях, таких как впервые выявленный рак шейки матки, рак молочной железы и различные стадии таких заболеваний.

4. Основные данные, полученные в ходе посещения для анализа состояния услуг по репродуктивному здоровью на первичном и других уровнях медицинской помощи

Помимо учета услуг по репродуктивному здоровью, как описано выше, в октябре 2008 года группа белорусских специалистов, включая ВОП, педиатров и акушеров-гинекологов, вместе с экспертами ВОЗ провела однунедельную миссию для сбора информации о практической ситуации в сфере оказания услуг по репродуктивному здоровью в Минской и Витебской областях. Целью миссии – помимо обследования инструмента ПМСП – было охватить все уровни медицинской помощи, а также центры и учреждения вне сектора здравоохранения, которые влияют на услуги по репродуктивному здоровью (напр., группа посетила ФАПы, амбулатории, областные больницы, учреждения образования, такие как школы для старшеклассников, отделения милиции, гостиницы и т.д.).

Основные данные, полученные во время таких посещений, включали следующее:

- Услуги системы первичной медицинской помощи в основном нацелены на диагностику заболеваний и лечение больных, а также направление больных к специалистам. Система

первичной медицинской помощи играет очень ограниченную роль в отношении оказания и услуг по репродуктивному здоровью и профилактике.

- Доступ к услугам по репродуктивному здоровью и качество таких услуг в системе первичной медицинской помощи в сельских районах недостаточны. Сельское население вынуждено полагаться в основном на помощь удаленных областных центральных больниц и амбулаторных центров. Работники системы первичной медицинской помощи, такие как ВОП, акушерки и фельдшеры, не всегда считают себя компетентными для консультирования женщин и мужчин, например, по вопросам профилактики проблем с сексуальным и репродуктивным здоровьем. Во время беременности женщины посещают акушеров-гинекологов, а также – параллельно – они посещают акушеров или же те посещают женщин на дому; такие услуги оказывают различные специалисты, чья работа редко координируется. Кроме того, педиатры, посещающие новорожденных на дому или к которым матери посещают в учреждениях, не участвуют в оказании каких-либо услуг по репродуктивному здоровью. Согласно имеющейся информации, причины заключаются в отсутствии знаний в этой области, а также в том, что услуги по репродуктивному здоровью не входят в обязанности педиатров.
- Многие акушеры-гинекологи на уровне первичной медицинской помощи, участвующие оказании услуг по репродуктивному здоровью, работают сверхурочно (сверх штатного графика) по причине нехватки персонала. Ситуация становится еще более критической, когда их коллеги посещают курсы повышения квалификации, находятся на больничном или в декретном отпуске. Акушерки и медсестры участвуют в оказании услуг, однако им нельзя выполнять функции врачей, даже если врачей не хватает.
- Доступ к информации по вопросам репродуктивного здоровья и услуг по репродуктивному здоровью для подростков, лиц без прописки, мужчин, ЛЖВИЧ, и лиц, живущих в удаленных районах, ограничен.
- В соответствии с действующими нормами, среднее время, выделяемое на прием в системе предупреждения нежелательной беременности, составляет 10-12 минут на посетителя. Из этих 10-12 минут более 50% времени уходит на заполнение форм и документации. Кроме того, отчетность дублируется на ряде уровней системы первичной медико-санитарной помощи: например, что касается дородового ухода, одни и те же данные подает ВОП и специалист из амбулаторного отделения областной больницы. Следовательно, можно отметить, что отсутствуют единые формы медицинской документации, особенно на диспансерном уровне, а также для оценки состояния репродуктивного здоровья женщин.
- Сотрудники системы первичной медико-санитарной помощи имеют недостаточные и неадекватные навыки для консультирования по вопросам репродуктивного здоровья для подростков, мужчин и жертв сексуального насилия.
- Подготовка по вопросам репродуктивного здоровья работников системы первичной медико-санитарной помощи проводится такими специалистами, как акушеры-гинекологи, но не врачами общей практики. Эта система остается такой же, как 5-10 лет назад, когда ВОП, которые могли бы проводить обучение с учетом местных потребностей, вообще не существовало.
- Очевидно отсутствие хороших информационных материалов для подростков и взрослых по вопросам репродуктивного здоровья, которые были бы доступны на видном месте в

учреждениях первичной медицинской помощи. Национальные органы или учреждения системы здравоохранения не занимаются разработкой и распространением информационных материалов для населения (которые использовались бы средствами массовой информации, например, различные информационные листки, плакаты и т.д.). Имеющиеся материалы в основном разработаны медицинскими специалистами по своей инициативе – по этой причине степень профессионализма и информативности различная. Такие инициативы также, вероятно, не координируются. Информация, полученная группой экспертов по время посещения, в основном не основана на доказательных данных; часто информационные материалы на одну и ту же тему или в одном и том же учреждении носили противоречивый характер.

- Количество рекомендуемых посещений и медосмотров во время беременности и при ведении женщин с различными проблемами репродуктивного здоровья не определяется существующими международными данными и практикой.
- Ряд приказов и постановлений, используемых при оказании услуг по репродуктивному здоровью на уровне первичной медицинской помощи, не основаны на доказательной информации и не направлены на население, т.е. в первую очередь на защиту интересов клиентов или пациентов. В реальной жизни это приводит к тому, что эти приказы либо не выполняются, либо многочисленные консультации проводятся чисто формально. Например, приказ № 66 предусматривает четыре обследования УЗИ во время беременности; приказ № 636 (2007 г.) рекомендует проведение кольпоскопии раз в год после кесарева сечения. В случае «гестоза» женщина после родоразрешения должна посещать акушера-гинеколога, специалиста по внутренним болезням, офтальмолога и невролога ежемесячно в течение года. Приказ № 7 (2007 г.), касающийся «показаний для консультаций девочек гинекологом», рекомендует, чтобы девочки в возрасте 11-12 и 14-15 лет и девочки старше 15 лет приходили на консультацию раз в год (до 18 лет с письменного разрешения лица, осуществляющего юридическую опеку); в приказе также рекомендуется, чтобы девочки-подростки, после изнасилования, ежемесячно посещали акушера-гинеколога, педиатра и психолога, а спустя некоторое время приходили к этим специалистам раз в 3 месяца, причем в течение трех лет или более.

5. Выводы и рекомендации

Если говорить коротко, анализ ситуации указывает на следующие проблемы для Беларуси:

- Необходимо расширять и улучшать качество услуг для охраны репродуктивного и сексуального здоровья, включая планирование семьи, для всех возрастных групп женщин и мужчин.
- Необходимо развивать и улучшать принцип непрерывности оказания услуг по репродуктивному здоровью.
- Число случаев плановой и нежелательной беременности недопустимо большое.
- Услуги в области репродуктивного здоровья не отвечают потребностям молодежи.

- Существующие клинические руководства разрабатываются гинекологами и не всегда отвечают потребностям тех, кто оказывает медицинские услуги на уровне первичной медицинской помощи.

Группа экспертов сформулировала следующие общие рекомендации:

- Разработать/пересмотреть систему мониторинга и оценки качества услуг по репродуктивному здоровью на уровне первичной медицинской помощи путем разработки процесса и показателей для характеристики результатов, которые должны обсуждаться и утверждаться специалистами, оказывающими медико-санитарную помощь, в том числе специалистами в системе первичной медицинской помощи и врачами общей практики.
- Пересмотреть существующие приказы и рекомендации по проведению скрининга (диспансерного осмотра) населения и услуг по репродуктивному здоровью с тем, чтобы они основывались на доказательной информации и были направлены на человека (то есть в первую очередь должны учитываться интересы клиентов и пациентов),
- Пересмотреть существующую медицинскую документацию (например, индивидуальные медицинские карточки) и формы отчетности.
- Усилить систему просвещения и информирования населения по вопросам репродуктивного здоровья, используя информацию с учетом доказательных данных, возраста и пола.
- Более активно вовлекать учреждения здравоохранения в разработку и распространение информационных материалов по вопросам репродуктивного здоровья; усилить их потенциал для мониторинга и оценки результатов, включая информацию, полученную на местах – передаваемую специалистам и получаемую от них. Также рекомендуется разработать/пересмотреть национальную систему, используемую для разработки и распространения информации по вопросам репродуктивного здоровья среди населения, а также вовлекать целевые группы в процесс разработки информационных материалов по вопросам репродуктивного здоровья.
- Усилить роль каждого человека и пациента: пациенты могут играть более активную роль в системе первичной медицинской помощи и охране репродуктивного здоровья через усиление их ответственности за профилактику и уход за собой. Информирование и просвещение по вопросам здоровья являются важными темами в этом отношении и основной задачей для работников здравоохранения в системе первичной медицинской помощи. Необходимо, чтобы обучение методам эффективной коммуникации с пациентами было составной частью любой учебной программы для работников системы первичной медико-санитарной помощи.
- Определить задачи для акушерок в отношении репродуктивного здоровья и изменить акцент в оказании услуг с врачей на акушерок – особенно, что касается профилактики и пропаганды здоровья.
- Выполнить обзорный анализ программ подготовки ВОП по вопросам планирования семьи путем вовлечения ВОП, работающих в этой области.

- Получать информацию от ВОП, которые прошли обучение пять лет назад, и выполнить анализ учебной программы первичного обучения и переподготовки врачей и других медицинских специалистов.
- Включать современные методы обучения и подготовки всех медицинских специалистов, работающих в системе первичной медицинской помощи, и ВОП, в частности по следующим темам:
 - » просвещение подростков по половым вопросам,
 - » сексуальное здоровье, сексуальное здоровье пожилых людей.
 - » бытовое насилие.

Группа экспертов сформулировала следующие рекомендации относительно ролей и задач врача общей практики (участковых врачей и педиатров):

- Создать возможность для выполнения врачами и средними медицинскими работниками своих обязанностей самостоятельно (в отсутствие коллег). Это позволит создать личностные и доверительные отношения между медицинским работником и пациентами, что особенно важно, когда речь идет о проблемах с репродуктивным здоровьем или в личной жизни пациента; это позволит – косвенным образом – повысить эффективность медицинской помощи, лечения и консультаций и повысить уровень удовлетворенности клиента и пациента.
- Использовать простые формы медицинской документации и отчетности, что позволит экономить время врача и уделить больше внимания пациенту (напр., исключить дублирование отчетности, когда имеется центральная лаборатория, только она медицинская карточка или медицинский файл на пациента, и т. д.).

Группа экспертов сформулировала следующие рекомендации относительно ролей и задач вспомогательного персонала (акушеров, фельдшеров и медсестер):

- Рассмотреть возможность расширения функциональных обязанностей средних медработников в области охраны репродуктивного здоровья, которые также являются специалистами, имеющими свои обязанности, хорошую подготовку и могут самостоятельно работать с пациентами и клиентами (например, принимать пациентов, которым не требуется медицинский осмотр, консультировать женщин по вопросам применения противозачаточных средств, выписывать справки и т.д.).
- Рассмотреть возможность уменьшения числа обязательных посещений на дому и массовых посещений. Большое количество таких посещений в настоящее время опасно тем, что пациенты не несут ответственности за свое здоровье, а полагаются на контроль и посещение медработников (требуется не контроль, а сотрудничество)

Группа экспертов сформулировала следующие рекомендации относительно услуг по репродуктивному здоровью для подростков и молодежи:

- Организовать специальные клиники и курсы по вопросам здравоохранения для подростков и молодежи вне медицинских учреждений.

- Снизить возраст девочек, имеющих право на консультацию у гинеколога самостоятельно (без присутствия родителя), с 18 лет (как предписано сейчас) до 16 лет (это особенно актуально при переезде молодого человека в другой город для учебы).
- Обеспечить, чтобы клиент или пациент могли выбирать консультанта по вопросам репродуктивного здоровья – у врача мужчины или женщины.
- Использовать современные, апробированные и стандартизированные информационные материалы и раздаточные материалы, разрабатываемые для конкретных возрастных групп, с целью информирования и просвещения, а не запугивания.
- Вовлекать молодых специалистов, студентов медицинских или педагогических учебных заведений в проведение работы с подростками (по принципу «равный обучает равного»).
- Вовлекать молодежь в тематические лекции по вопросам репродуктивного здоровья и в другие мероприятия в медицинских учреждениях.

Рабочая группа выражает благодарность следующим специалистам:

Шкроб Марине Александровне, Шаранде Татьяне Николаевне, Ореховскому Владимиру Михайловичу, Богуш Людмиле Степановне, Богдан Елене Леонидовне, Шабашовой Инне Ивановне и Небедухиной Раисе Владимировне за их участие в проведении ситуационного анализа и выработку рекомендаций.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. *The World Health Report 2000: Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf, accessed 8 September 2008).
2. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC55/R8 on Strengthening health systems as a continuation of the WHO Regional Office for Europe's Country Strategy "Matching services to new needs". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2005/20050920_2, accessed 16 December 2008).
3. Smith, PC, Mossialos E, Papanicolas I. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Background document to the WHO European Ministerial Conference on Health Systems 'Health Systems, Health and Wealth'. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008
4. Murray C, Frenk J. World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. *Lancet*, 2001, 357:1698-1700.
5. Atun RA et al. Introducing a complex health innovation-Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy*, 2006, 79:79-91 (http://www.praxis.ee/data/atun_et_al_phc_2006.pdf, accessed 10 December 2008).
6. Kelley E, Hurst J. *Health care quality indicators project. Conceptual framework paper*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2006 (OECD Health Working papers no. 23) (<http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>, accessed 8 September 2008).
7. Sibthorpe, B. *A proposed Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care. A Tool for Policy and Practice*. Canberra, Australian Primary Health Care Research Institute, 2004 (http://www.anu.edu.au/aphcri/Publications/conceptual_framework.pdf, accessed 10 December 2008).
8. Watson, DE et al. *A results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation*. Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, 2004.
9. Health Systems Performance: Glossary [web site]. Geneva, World Health Organization, 2001 (<http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm>, accessed 8 September 2008).
10. Starfield, B. *Primary Care. Balancing health needs, services and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
11. Health Evidence Network. What are the arguments for community-based mental health care? Annex 2. Key principles for balanced community-based mental health services

- [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030903_1, accessed 12 December 2008).
12. Starfield B et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. *Medical Care*, 1976, 14:625-636.
 13. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:134-143 (<http://www.annfammed.org/cgi/content/full/1/3/134>, accessed 10 December 2008).
 14. Reid, R., Haggerty, J, McKendry, R. *Defusing the confusion: Concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2002 (http://www.chsrf.ca/funding_opportunities/commissioned_research/projects/pdf/defusing_e.pdf, accessed 10 December 2008).
 15. Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, eds. *Primary Care in the Drivers Seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, Open University Press, 2006 (http://www.euro.who.int/Document/E87932_chapt1.pdf, accessed 8 September 2008).
 16. Starfield B. Primary care and health. A cross-national comparison. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 266:2268-2271.
 17. Boerma WGW. *Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners*. Utrecht, NIVEL, 2003 (<http://www.nivel.nl/pdf/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>, accessed 5 September 2008).
 18. Kringos DS, Boerma WGW, Spaan E, Pellny M, Karakaya K. Evaluation of the organizational model of primary care in Turkey; a survey-based pilot project in two provinces of Turkey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.
 19. Kringos DS, Boerma WGW, Spaan E, Pellny M. Evaluation of the organizational model of primary care in the Russian Federation; a survey-based pilot project in two districts in the Moscow Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009.
 20. Richardson E, Boerma W, Malakhova I, Rusovich V, Fomenko A.: Belarus: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2008; 10(6): 1–118.
 21. Belarus. At Wikipedia; <http://en.wikipedia.org/wiki/belarus>.
 22. WHO. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009. Geneva: WHO, 2007 (WHO/HTM/TB/2009.411).
 23. WHO. Plan to Stop TB in 18 high-priority countries in the WHO European Region, 2007-2015. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2007.
 24. WHO. Contributing to health system strengthening: guiding principles for national tuberculosis programmes. Geneva: WHO, 2008 (WHO/HTM/TB/2008.400)

25. Egorov K, Boerma W, Rusovich V, Schellevis F, Abrahamse H. How do Belarus citizens see primary care. Results from a national patients survey in 2005. Utrecht: NIVEL, 2005
26. Rusovich V, Boerma W, Schellevis F, Egorov K, Abrahamse H. Workload and tasks of community physicians in Belarus. Results from a national survey in 2005. Utrecht: NIVEL, 2005.
27. Boerma WGW, Fleming DM. *The role of general practice in primary health care*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
28. Meads G. *Primary care in the twenty-first century – an international perspective*. Oxford, Radcliffe Publishing, 2006.
29. A review of primary health care in Europe. Draft version. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
30. Atun R. *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>, accessed 9 February 2007).
31. *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, September 6-12 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978.

РЕЗЮМЕ

Несмотря на то что во многих странах, как в Центральной/Восточной Европе, так и в Западной Европе, приоритетным направлением реформирования системы здравоохранения является усиление услуг в системе первичной медико-санитарной помощи, исходные посылки и причины для проведения реформ неодинаковы. В Западной Европе особый акцент делается на то, чтобы ответить на вопросы, касающиеся повышения затрат и изменения спроса в результате изменений в демографии и эпидемиологии. Страны Центральной и Восточной Европы, а также страны бывшего Советского Союза стремятся к фундаментальному улучшению качества работы своих систем здравоохранения в целом. В настоящее время многие страны признают, что система первичной медико-санитарной помощи должна обеспечить приближение адекватных и быстрых услуг системы здравоохранения к населению.

Во многих странах с переходной экономикой реформы в системе здравоохранения являются частью глубоких и всесторонних изменений важнейших социальных функций и ценностей. Реформы систем (первичной) медико-санитарной помощи не всегда основаны на доказательной информации, и сам прогресс зачастую зависит от политических аргументов или интересов конкретных профессиональных групп, а не от обоснованных оценок. В то же время лица, вырабатывающие политику, и руководители все чаще требуют новых данных, характеризующих прогресс в проведении реформ и оперативность оказания услуг.

Настоящий отчет включает оценку развития системы первичной медико-санитарной помощи в Беларуси на основе методики, которая характеризует хорошую систему первичной медико-санитарной помощи как комплексную, доступную, координированную и интегрированную, а также обеспечивающую непрерывность и признающую, что все функции системы здравоохранения, изложенные в схеме ВОЗ, учитываются в равной мере для улучшения системы здравоохранения в целом: финансирование, оказание услуг, человеческие ресурсы и другие ресурсы, например, качественные учреждения, оборудование и лекарственные препараты, и, наконец, что имеются все необходимые правовые рамки и нормативные положения, а работой системы руководит правильно выбранный «лидер». Таким образом, этот отчет предлагает для лиц, определяющих политику, и других заинтересованных сторон структурированный обзорный анализ сильных и слабых сторон страновой организационной модели услуг первичной медико-санитарной помощи, включая мнения профессионалов и пациентов.