



## ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПАХ ЕЁ ОКАЗАНИЯ

**М.А. СТЕПЧУК<sup>1</sup>**  
**Т.М. ПИНКУС<sup>1</sup>**  
**С.В. АБРАМОВА<sup>1</sup>**  
**Д.П. БОЖЕНКО<sup>2</sup>**

*Медицинский информационно-аналитический центр, г. Белгород*

*Чернянская центральная районная больница, Белгородская область*

*e-mail: m.stepchuk@km.ru*

В статье авторы осветили вопросы доступности медицинской помощи на этапах её оказания в России и Белгородской области: дано определение понятия доступности, факторов, влияющих на её оказание, встречающиеся трудности и пути их решения, различия в уровнях доступности медицинской помощи городского и сельского населения региона.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи.

Обеспечение качества и доступности медицинской помощи – одна из наиболее важных и наиболее сложно решаемых проблем здравоохранения. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), "гарантией качества медицинской помощи является обеспечение каждому больному того комплекса диагностической и терапевтической помощи, который привел бы к оптимальным для здоровья этого пациента результатам в соответствии с уровнем медицинской науки".

Доступность медицинской помощи – это свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров. Обеспечение всеобщей доступности эффективных служб здравоохранения приемлемого качества рассматривается ВОЗ как обязательное требование на современном этапе развития общества [Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. 2002 г. Копенгаген]. Таким образом, доступность медицинской помощи является важнейшим условием оказания медицинской помощи населению во всех странах мира, отражающим как экономические возможности государства в целом, так и возможности конкретного человека. Нигде не обеспечивается всеобщий, равный и неограниченный доступ ко всем видам медицинских услуг. Считается, что выходом из такой ситуации является сокращение расходов на неэффективные виды медицинских вмешательств и концентрация усилий на предоставлении равного доступа гражданам к самым эффективным медицинским услугам. Этот подход к рациональному использованию ограниченных ресурсов называется рაციонированием и практикуется в разной степени во всех государствах мира.

Готовность государства повышать доступность медицинской помощи во многом зависит от экономического состояния страны. Но ни одна страна не может расходовать на здоровье граждан более 15% ВВП, так как эти расходы негативно отразятся на стоимости производимой продукции и услуг, которые могут потерять конкурентоспособность. Страны мира расходуют на здравоохранение от 17 до 2% ВВП, в среднем – 8,7%. В США расходы на здравоохранения составляют 13-16%, Швейцарии – 11,6%, Германии – 9,9-10,9%, Франции – 9-10,6%, Великобритании – 6,7% от ВВП. Суммарные расходы федерального бюджета, консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и фондов обязательного медицинского страхования на финансирование здравоохранения, по отношению к валовому внутреннему продукту страны, в последние годы снижаются (3,1% – в 2002 году, 2,9% – в 2003 году, 2,8% – в 2004 году), тогда как по рекомендациям ВОЗ расходы на здравоохранение должны составлять не менее 5% ВВП. Поэтому признание ограниченности ресурсов, используемых для оказания медицинской помощи, является фундаментальным для понимания возможностей медицины в обществе [Малева Т.М. 2007]. В связи с реализацией приоритетного национального проекта «Здоровье» и пилотного проекта финансирования здравоохранения увеличилось и достигло в 2008 г. апогея – 5,3% ВВП, а к 2010 г. снизилось до 3,3%

(325 млрд. рублей). При дефиците финансирования важно, чтобы рacionamento при распределении средств в системе оказания медицинской помощи было эффективным, справедливым, профессиональным и гарантировало возможность получения качественной медицинской помощи.

В значительной степени механизмом, реализующим право на доступность медицинской помощи, является ее стандартизация. Медицинские стандарты (протоколы ведения больных) составляются с учетом ограниченности средств и особенностей оказания помощи в различных лечебно-профилактических организациях, поэтому в них закладывается минимальный уровень необходимой помощи. Иногда это входит в противоречие с целью оказания технологически «современной» помощи. Доступность медицинской помощи может реализоваться путем разделения требований на минимальные (обязательные) и требования оптимальной помощи, выполняемые по медицинским показаниям и включающие дорогостоящие виды помощи [Власов В. В. 2007]. Однако второй путь, закрепляющий в стандартах дорогостоящие высокотехнологичные виды медицинской помощи, снижает ее доступность.

В Российской Федерации доступность медицинской помощи законодательно рассматривается как один из основных принципов охраны здоровья населения (ст. 2 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан). При этом под доступностью услуг здравоохранения понимается не просто возможность обратиться в медицинское учреждение, а своевременное получение помощи, адекватной потребности и обеспечивающей наилучшие результаты для здоровья, при условии, что личные расходы потребителей на медицинские услуги не должны являться непосильным бременем для семейного или личного бюджета и тем более становиться причиной отказа от лечения. Доступность медицинской помощи в Российской Федерации определяется:

- сбалансированностью необходимых населению РФ объемов медицинской помощи с возможностями государства, медицинскими и финансовыми ресурсами страны;
- возможностью свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации;
- наличием и уровнем квалификации медицинских кадров;
- наличием на территориях необходимых медицинских технологий;
- имеющимися транспортными возможностями;
- организацией медицинской помощи на всех этапах её оказания (доврачебная помощь, врачебная, специализированная);
- наличием передвижных подразделений для оказания медицинской помощи в отдаленных (малодоступных) населенных пунктах;
- стоимостью медицинских услуг;
- уровнем общественного образования по проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

Исходя из этого, основным стратегическим направлением повышения доступности и качества медицинской помощи является обеспечение всех необходимых условий с целью удовлетворения потребностей населения РФ в качественном медицинском обслуживании на всех его этапах – от амбулаторно-поликлинического звена до специализированной помощи. В этой связи правительство России определило задачу повышения доступности и качества медицинской помощи для всего населения страны, и она поставлена в качестве главной задачи политики в области здравоохранения [Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года и программа госгарантий на 2011 год].

В РФ существуют значительные различия в возможностях получения медицинской помощи для разных групп населения. Они обусловлены самой историей формирования российской системы здравоохранения (наличие помимо сети общедоступных государственных учреждений здравоохранения параллельных ей систем ведомственного здравоохранения), сокращением государственного финансирования здравоохранения, децентрализацией государственных финансов и существенными различиями в экономическом потенциале разных территорий, ростом неравенства в распределении доходов между различными социальными и территориальными группами. Начавшийся выход России из экономического кризиса характеризуется различными уровнями



экономического развития и возможностям финансирования здравоохранения в разных регионах, что требует дальнейших изменений государственной политики в обеспечении доступности медицинской помощи.

Анализ данных проводимых социологических исследований показывает различия: в обращаемости за медицинской помощью; доступности бесплатной помощи и обращаемости за платными медицинскими услугами для мужчин и женщин; групп с разным уровнем образования и дохода; для населения, проживающего в разных регионах и в разных типах населенных пунктов [Овчарова Л.Н. 2005; Рсздравнадзор. 2008]. С целью выбора приоритетов для нивелирования существующего неравенства требуется более детальный анализ ситуации и разработка конкретных предложений в программу модернизации здравоохранения на 2011-2012 годы.

Здравоохранение Белгородской области не является исключением. Как и в других регионах имеет место несбалансированность гарантированных объемов медицинской помощи с объемом финансирования и медицинских ресурсов. Бюджетом Белгородской области на 2010 год предусмотрено общей строкой «Здравоохранение, физическая культура и спорт» всего 2 655,8 млн. рублей (5,8% от бюджета области). В этой связи территориальная программа госгарантий бесплатной медицинской помощи населению области в 2010 году имела дефицит финансирования в размере 38,6%. Соответственно тарифным соглашением утверждены заниженные расценки на медицинские услуги. Это отрицательно сказалось на доступности и качестве бесплатной медицинской помощи населению, и в первую очередь, ПМСП, высокотехнологичной помощи мало защищенных слоев населения и жителей малодоступных населенных пунктов, расположенных вдали от ЦРБ, районных, участковых больниц и центров ВОП. Не закончено строительство и капитальные ремонты многих ЛПУ, не приобреталось новое медицинское оборудование, недостаточно обеспечивалось лечение больных, с применением эффективных дорогостоящих лекарственных средств. По-прежнему около 60% средств направлялось на обеспечение стационарного лечения.

Доступность медицинской помощи в области зависит от возможности свободного выбора пациентом лечащего врача и медицинской организации. В соответствии с Законом «О страховании граждан Российской Федерации» от 1990 г. и от 28.11.2010 г. жителям это право предоставлено. Приказами Минздравсоцразвития РФ от 29 июля 2005 г. № 487 «Об утверждении Порядка организации оказания первичной медико-санитарной помощи» и от 4 августа 2006 г. № 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу» предоставлен инструмент руководителям ЛПУ для организации оказания населению в зоне обслуживания ПМСП с соблюдением права граждан на выбор лечащего врача и медицинской организации. Главный врач имеет право прикреплять на медицинское обслуживание не более 15% пациентов с участков, обслуживаемых другими участковыми врачами (Приказ министерства здравоохранения СССР от 07.08.1987 г. №938 «О свободном выборе участкового врача») или другими поликлиниками. Этим правом широко пользуются жители городов области. В населенных пунктах области и большинстве районных центров, где расположено всего одно учреждение здравоохранения, это право ограничено, однако сохраняется возможность выбора лечащего врача. Кроме того, пациенты имеют возможность, обратиться к специалистам в частные медицинские организации или частнопрактикующим медицинским работникам, численность которых в области ежегодно увеличивается, и превысила 12% от общей численности врачей области, а стоматологов (зубных врачей) – более 50%. В государственных и муниципальных ЛПУ организованы кабинеты платных услуг, где медицинскую услугу можно получить без очереди, в удобное для пациента время и с повышенным комфортом. Однако платные услуги могут позволить себе далеко не все группы населения (пенсионеры, безработные, учащиеся и др.). Кроме того, цена медицинских услуг ежегодно растет. К примеру, за УЗИ исследование сегодня в среднем необходимо заплатить более 800 рублей, а два года назад – 260 руб. За посещение к врачу ЛПУ из средств ОМС перечисляют не более 150 руб., а посещение к частному врачу стоит не менее 300 руб. и т.д.

Доступность медицинской помощи зависит от наличия и уровня квалификации медицинских кадров. Медицинские кадры, являясь наиболее ценной и значимой частью ресурсов здравоохранения, в конечном итоге обеспечивают результа-

тивность и эффективность деятельности всей системы здравоохранения. В здравоохранении области работает 35 367 сотрудников, число врачей в 2009 г. в сравнении с 2005 годом увеличилось на 3,9% и составило 5 514 человек (2005 г. – 5 305). Число средних медицинских работников увеличилось на 1,9% и составило 16 796 человек (2005 г. – 16 485). Соответственно увеличился на 1,1% показатель обеспеченности врачами, и составил 35,5 на 10 000 населения (2005 г. – 35,1, РФ – 44,1). Обеспеченность средним медицинским персоналом увеличилась на 0,6%, показатель составил 109,8 (2005 г. – 109,1, РФ – 94,3).

Анализируя укомплектованность врачами учреждений здравоохранения области необходимо отметить низкую обеспеченность врачами в сельских районах, что объяснялось отменой государственного распределения выпускников и социальной неустроенностью медицинских работников. Отсутствие нормальных социально-бытовых условий и особенно жилья, делало весьма затруднительным закрепление квалифицированных специалистов на селе. Однако за последние годы (2005-2010) в результате реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и социальных льгот для врачей сельских участков, предоставленных правительством области (предоставление жилья, выделение бесплатно участков и беспроцентных ссуд на строительство жилья с частичной оплатой строительства и др.), дали положительный результат. Дефицит врачей в ЛПУ области уменьшился на 25% и составил 30,2% (2005 г. – 55,2), в том числе специалистов оказывающих амбулаторную медицинскую помощь – 28,0%, стационарную медицинскую помощь – 37,8%, скорую медицинскую помощь – 34,6%. Кроме того, в отрасли работают около 19% врачей и 11% средних медицинских работников пенсионного возраста. Штаты средних медицинских работников укомплектованы на 100%. Почти все сельские участки в регионе укомплектованы врачами, а коэффициент совместительства врачей участковой службы в целом по области снизился до 1,1, в то время когда (на муниципальном уровне) среди врачей всех специальностей он составляет – 1,3, а в отдельных (отдаленных) районах – 1,5-1,6. При этом число участковых терапевтов уменьшилось на 72,5%, и составило 425 человек (2005 г. – 733), обеспеченность ими составила 3,4 на 10 000 населения (2005 г. – 4,8). В то же время, число врачей общей (семейной) практики (без учета находящихся в декретном отпуске) возросло в 2,6 раза и составило 246 (2005 г. – 96), а обеспеченность ими составила 1,6 (2005 г. – 0,6), что значительно превышает средний показатель по РФ.

Доля врачей, имеющих сертификаты специалиста, увеличилась с 91,3% в 2005 году до 94,1% в 2009 году, средних медицинских работников – соответственно с 85,9 до 89,9%. Аттестацию на получение квалификационных категорий ежегодно проходят около 1 000 врачей и 3 000 работников со средним медицинским и фармацевтическим образованием. Квалификационную категорию имеют 48,6% врачей (2005 г. – 53,2) и 59,2% – средних медицинских работников (2005 г. – 60,4). В здравоохранении работают более 120 кандидатов и более 20 докторов медицинских наук.

В целях обеспечения социальной сферы региона кадровыми ресурсами в соответствии с потребностями и приоритетами социально-экономического развития постановлением правительства Белгородской области от 23 октября 2010 года №357-пп утверждена долгосрочная целевая программа «Формирование и развитие системы региональной кадровой политики» на 2011-2015 годы. В числе мероприятий программы по отрасли здравоохранения – целевая контрактная подготовка абитуриентов и интернов из числа жителей области, особенно сельских территорий.

В области действует система непрерывного профессионального образования медицинских кадров. Ежегодно на основе заявок учреждений здравоохранения формируется и реализуется за счет средств областного бюджета план повышения квалификации и сертификации врачей и средних медицинских работников, позволяющий в 5-летний срок охватить обучением 100% специалистов.

На базе Института последипломного медицинского образования Белгородского государственного национального исследовательского университета (БелГУ) и Старооскольского медицинского колледжа ежегодно проходили обучение более 3 000 среднего, младшего и прочего медицинского персонала. Больше 1 000 врачей проходили подготовку на базе БелГУ и выездных циклах. Доля врачей и средних медицинских работников, прошедших последипломное обучение в 2010 году, составила 18,6% и 19,4% от



общего количества специалистов соответственно. В 2011 году запланировано последи-пломное обучение на курсах общего усовершенствования и профессиональной переподготовки 19,1% врачей и 19,7% средних медицинских работников. Стратегической задачей на ближайшие годы является дальнейшее повышение квалификации врачей первичного звена здравоохранения в рамках реализации приоритетного национального проекта. Предусмотрено внедрение в процесс обучения информационных технологий, а также разработка и внедрение кредитно-накопительной системы дополнительного последи-пломного образования.

Вывод: За последние пять лет, наметилась положительная тенденция в повышении укомплектованности первичного звена здравоохранения области и повышении квалификации медицинских работников, что сказалось на динамике выравнивания доступности медицинской помощи в сельской местности и городах. Однако эта проблема продолжает существовать.

Сказывается на доступности медицинской помощи наличие в ЛПУ области необходимых медицинских технологий. За последние 5 лет материально-техническая база лечебных учреждений улучшена, на строительство объектов здравоохранения направлено более 3 млрд. рублей. Только в 2009 году на строительство, реконструкцию и капитальные ремонты 27 объектов здравоохранения израсходовано 624,3 млн. руб. Завершено строительство кардиохирургического центра областной клинической больницы святителя Иоасафа, что обеспечивает возможность более масштабного оказания высокотехнологичной медицинской помощи жителям не только области, но и других регионов РФ. Проводилось дальнейшее создание и оснащение оборудованием центров общей врачебной практики (семейной медицины), расположенных в сельской местности. Эти мероприятия только частично решили проблему. В настоящее время в области функционируют 412 зданий, в которых размещены медицинские учреждения (стационары, поликлиники, центры), из которых 9,7% требуют капитального ремонта и 9,2% – текущего ремонта, завершения ранее начатого строительства требуют 7 объектов. Это особенно выражено в сельской местности. Не имеют централизованного водоснабжения 18 зданий, отсутствует горячее водоснабжение в 130 зданиях, центральное отопление – в 50 зданиях. Автономное энергоснабжение имеют только 33 здания (8%). Кроме того, функционируют 565 зданий фельдшерско-акушерских пунктов, из которых 49% требуют капитального ремонта. Соответственно тормозится применение современных медицинских технологий и не только из-за отсутствия средств на их приобретение, но и отсутствия в ряде ЛПУ соответствующих помещений для их размещения.

В 2007-2008 гг. в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» было поставлено в амбулаторно-поликлинические учреждения области за счёт федеральных средств медицинское оборудование, а за счёт средств федерального и регионального бюджетов (в рамках пилотного проекта) – в небольшое количество лечебно-диагностических приборов и инструментарий для стационаров. Однако вопрос оснащения учреждений современным оборудованием остается до конца не решенным. В настоящее время более 17% медицинского оборудования имеет срок эксплуатации свыше 10 лет и 100% износ, около 22% – от 6 до 10 лет с более чем 50% износом, и только 61% оборудования эксплуатируется не более 5 лет и имеет износ 30-40%. В этой связи фондовооруженность учреждений здравоохранения области составляет всего 449,9 руб. на штатную численность врачей и фондооснащенность – 3 540,3 руб. на 1 квадратный метр площади. Из-за этого страдает доступность населения в современных методах обследования и лечения, особенно сельского населения.

Сказывается на доступности медицинской помощи, имеющиеся транспортные возможности. В областном центре, городах и большинстве районных центров этот вопрос решен удовлетворительно. Однако в часы пик появляются трудности доехать до поликлиники и растут цены за проезд (10 рублей в один конец), что сдерживает часть населения в своевременности обращения к врачу. Значительно хуже транспортные возможности в сельской местности. Рейсовым автобусом (рейс до райцентра 1 – утром и 1 – вечером) можно добраться до поликлиники ЦРБ, однако в это время прибывают автобусы из всех крупных сёл района, и в поликлинике образуется большая очередь. Более того, в эти же утренние часы массовое обращение жителей самого райцентра. В лучшем случае можно попасть на приём к врачу, но сдать анализы и пройти некоторые

инструментальные обследования (без соответствующей подготовки) не представиться в этот день возможным. Приезжать на следующий день многие сельские жители не могут из-за специфики уклада жизни (сезонные сельхоз работы, кормление живности, дойка и др.) и дороговизне проезда. Автобусы до райцентра из малодоступных хуторов и сёл ходят 1-2 раза в неделю при их значительном удалении от поликлиник. Еще сложнее съездить на консультацию в областной центр. Так, поездка с Ровеньского района по времени занимает более 8 часов и стоимость проезда свыше 600 рублей. В среднем по области стоимость проезда обходится около 300 рублей и по времени занимает более 4 часов, не считая времени перемещения по областному центру. Таким образом, транспортные возможности затрудняют доступность медицинской помощи, особенно для жителей сельских населённых пунктов, расположенных вдали от поликлиник.

Кроме того, на доступность медицинской помощи большое влияние оказывает организация медицинской помощи на всех этапах её оказания (доврачебная, врачебная, специализированная). В целях доступности медицинской помощи сельским жителям развита сеть ФАП-ов, врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики.

Как видим из таблицы, реструктуризация здравоохранения области коснулась больничных учреждений, и их число за 5 лет уменьшилось на 9,8%, уменьшилось на 12,8% количество коек круглосуточного пребывания и обеспеченность населения койками – на 14,6%. Таким образом, часть объёмов стационарной помощи перемещены на амбулаторно-поликлиническое звено.

Сельское здравоохранение развивалось по следующей схеме: в ряде участковых больниц неэффективно работающие койки сокращены или переданы социальной защите, и на их базе организованы дома сестринского ухода. Таким образом, участковая больница реорганизовывалась во врачебную амбулаторию и дом сестринского ухода или просто – во врачебную амбулаторию. На втором этапе – врачебная амбулатория реорганизовывалась в центр общей врачебной практики (семейной медицины) или отделение общей врачебной практики ЦРБ. Ряд ФАП-ов также были реконструированы, оснащены и реорганизованы в центры общей врачебной практики. В этой связи почти в 2 раза уменьшилось число участковых больниц, на 30% – врачебных амбулаторий и на 3,6% число ФАП-ов и увеличилось в 2,9 раза количество центров и отделений ОВП. С целью компенсации сокращённых объёмов стационарной помощи при врачебных амбулаториях, центрах общей врачебной практики и оставшихся участковых больницах развёрнуты дневные стационары. Тем более что стационарозамещающие виды медицинской помощи были востребованы в связи с тем, что сельские жители, получив лечение, могли продолжать выполнять работу по хозяйству. Востребованы они также в районных центрах и городах области. В результате число койко-дней в дневных стационарах области составило 774 на 1 000 населения или 0,8 на 1 жителя в год, при нормативе 557 и 0,6 соответственно.

Доврачебная помощь сельскому населению, работникам предприятий оказывается медработниками ФАП-ов, здравпунктов, скорой медицинской помощи (СМП). Всего в области работает 706 средних медицинских работников на ФАП-ах, здравпунктах и 893 средних медицинских работника – на скорой медицинской помощи. Число посещений к среднему персоналу составило 2,6 млн., что составляет 22,6% от числа посещений к врачам, в том числе 1,6 млн. – к средним медицинским работникам ФАП-ов (включая посещения на дому). Фельдшерами скорой помощи оказана доврачебная медицинская помощь 345 317 пациентам при выездах, что составляет 75,3% от числа пациентов, которым оказана медицинская помощь СМП. Из них жители сельской местности составили всего 19,0%. Кроме того, в 3,0% случаев в далекие хутора и сёла время доезда СМП составила от 40 до 60 минут и в 2,2% – свыше 60 минут.

До введения дневника учета работы средних медицинских работников мы по журналу учета амбулаторных обращений и книге учёта посещений на дому могли видеть только число посещений, и оно было небольшим (в среднем 8-10 обращений на ФАП и 1 вызов на дом). Сегодня, по ежемесячным отчетам, мы имеем возможность анализировать их работу и рационально использовать не только для оказания доврачебной помощи, но и активного проведения профилактической работы.

С целью изучения состояния здоровья прикрепленного населения, выявления инфекционных заболеваний, санитарно-просветительной работы, оказания неотложной доврачебной помощи проводились подворные обходы. Подворные обходы осуществлялись медицинскими сестрами участковой сети и медработниками ФАП-ов. В 2010 году подворными обходами охвачено свыше 480 000 человек. Во время проведения подворных обходов оказана неотложная доврачебная медицинская помощь более 160 000 пациентам. Практически всем гражданам даны рекомендации по образу жизни, питанию и др.

Таким образом, в связи с отдаленностью многих населенных пунктов в сельской местности от учреждений здравоохранения и отсутствием дорожных возможностей необходимо пока сохранить ФАП-ы, активизировать работу фельдшеров с целью обеспечения качественной доврачебной помощи сельскому населению и проведения профилактической работы. В отдаленных крупных селах необходимо открывать отделения (подстанции) СМП с целью уменьшения времени доезда СМП и увеличения доступности сельского населения в скорой медицинской помощи.

Организация и доступность врачебной помощи населению в сельской и городской местности области имеет свои особенности. По данным Всероссийской переписи населения 2010 года численность населения области по состоянию на 01.01.2011 г. составила 1 532 497 человек. Все население распределено на 1 017 участков (2006 г. – 1 013). Среди них: 429 терапевтических участков (из них 91 – комплексный и 5 – малокомплектных); 295 – участков врача общей (семейной) практики; 293 – педиатрических (из них 1 – малокомплектный). Укомплектованность участков врачами (физическими лицами) составила 91,7%, остальные участки укомплектованы совместителями. В среднем по области на 1 участок приходится 1 500 жителей. В сельской местности проживает 520 023 (33,9%) человек. В связи с наличием множества хуторов и сел с небольшим количеством населения, находящихся на удалении друг от друга и учреждений здравоохранения, количество населения на 23 терапевтических участках и участках ВОП составляет от 2 001 до 2 500 человек, на 4-х – свыше 2 500 (2006 г. – 13). На 14 педиатрических участках число детей составляет от 1001 до 1 500 (2006 г. – 10). Это снижает доступность врачебной помощи населению этих хуторов и сёл.

Из общего числа посещений населения области ко всем специалистам (11,5 млн., без учёта платных посещений, посещений к стоматологам и посещений врача на дому), число посещений городского населения составило 8,3 млн. (72,1%), сельского – 3,2 млн. (27,9%). Показатели посещаемости за 2010 г. приведены в табл.

Таблица

**Показатели посещаемости городских и сельских жителей  
к врачам специалистам (на 1 жителя в год)**

Посещения к специалистам	Городских жителей	Сельских жителей	(+, - в %) показатель посещений сельс./городс.
Участковым педиатрам	6,2	3,7	- 40,3
Участковым терапевтам	1,55	1,1	- 29,0
Врачам ОВП	0,66	1,3	+ 97,0
Узким специалистам	6,0	4,0	- 33,3

Таким образом, число посещений сельских жителей к участковым педиатрам, участковым терапевтам и узким специалистам в среднем на 34% меньше городских, что подтверждает наличие меньшей доступности сельского населения в ПМСП. Посещения к врачам ОВП сельских жителей почти в 2 раза больше городских жителей так, как большинство Центров и отделений ОВП размещены в сельской местности.

Анализируя работу врачей общей практики в Центрах и отделениях ОВП, расположенных в сельской местности и врачей ОВП отделений городской больницы мы наблюдаем следующую тенденцию.

### Список литературы

1. Калининская, А.А. Первичная медицинская помощь механизмы совершенствования / А.А. Калининская, С.И. Кузнецов, А.Ф. Стукалов // Ремедиум. -2008.-№ 1.-С. 13-17
2. Пинкус, Т.М. Повышение структурной эффективности системы здравоохранения области./ Т.М. Пинкус, М.А. Степчук, С.В. Абрамова // Проблемы экономики и управления. – Белгород, 2009. – №4. – С.181-183.
3. Эффективность работы врачей общей практики в Белгородской области / М.А. Степчук [и др.] // Менеджер здравоохранения. – М., 2009. – №10. – С. 12-15.
4. Степчук, М.А. Основные показатели деятельности ЛПУ и состояния здоровья населения Белгородской области / М.А. Степчук // Стат. сборник. – Белгород, 2009. – 285с.

## AVAILABILITY OF MEDICAL ASSISTANCE DURING HER PUNISHMENT

**M.A. STEPCHUK<sup>1</sup>**

**T.M. PINKUS<sup>1</sup>**

**S.V. ABRAMOVA<sup>1</sup>**

**D.P. BOZHENKO<sup>2</sup>**

<sup>1)</sup> *Medical information-analytical centre, Belgorod*

<sup>2)</sup> *Chernyansky central district hospital, Belgorod region*

*e-mail: m.stepchuk@km.ru*

The authors highlighted the issues of access to health care at the stages of its delivery to Russia and the Belgorod region: the definition of accessibility, the factors affecting its provision, the difficulties encountered and their solutions, different levels of access to health care in urban and rural population in the region.

Key words: availability of medical care.