

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ОЦЕНКАХ НАСЕЛЕНИЯ

¹А.В.Маймур, ²М.М.Сачек

¹Медицинский центр «Кравира»,
пр. Победителей, 45, 220035, г. Минск, Республика Беларусь

²Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения
учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет»,
ул. П. Бровки, 3, корпус 3, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

Представлены результаты анкетирования жителей Республики Беларусь по вопросам удовлетворенности доступностью и качеством первичной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Ключевые слова: доступность медицинской помощи; качество оказания медицинской помощи; первичная медицинская помощь.

Введение. Развитие национальных систем здравоохранения, направленное на повышение результативности и эффективности оказания медицинской помощи населению, остается актуальным для правительств большинства стран. Сегодня не подвергается сомнению, что ключевым звеном здравоохранения является первичная медицинская (медико-санитарная) помощь (далее – ПМП/ПМСП). Более 45 лет назад на международной конференции по ПМСП 157 стран мира, приняв Алма-Атинскую декларацию, призвали правительства и международные организации к приоритетному развитию ПМСП в национальных системах здравоохранения, что должно обеспечить наилучшее соотношение вложений и результатов в укрепление здоровья населения [1; 2].

Политика нашего государства в области здравоохранения нацелена на усиление охраны здоровья населения, повышение доступности и качества медицинской помощи для всех граждан независимо от места проживания [3; 4]. Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, – это самая массовая, универсальная, доступная, эффективная с точки зрения экономических затрат медицинская помощь, которая позволяет комплексно решить проблемы медицинской профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, медицинской абилитации подавляющего большинства пациентов, обратившихся за медицинской помощью. Благодаря совершенствованию медицинских технологий, отдельные медицинские услуги, которые прежде предоставлялись пациентам только в ста-

ционарных условиях, могут оказываться в амбулаторно-поликлинических условиях.

Одна из ключевых задач здравоохранения – обеспечение всеобщего охвата услугами первичной медицинской помощи. Эффективная ПМП является краеугольным камнем устойчивого развития и ключом к построению здравоохранения будущего. Укрепление первичной медицинской помощи способствует реализации 13 целей устойчивого развития [5]. От этого вида помощи во многом зависят конечные результаты функционирования отрасли в целом, поскольку именно она обеспечивает всеобщий охват услугами здравоохранения. Специалисты первичного звена – это «первое контактное лицо» здравоохранения для населения, они проводят профилактику, раннюю диагностику и работают с наиболее распространенными заболеваниями, что в подавляющем большинстве определяет уровень удовлетворенности населения состоянием системы в целом [6; 7].

Концепция ценностно-ориентированного здравоохранения, основанная на оптимизации соотношения затрат и результатов оказания медицинской помощи, имеющих наибольшую ценность для пациента, согласуется с оказанием медицинской помощи, ориентированной на индивидуальные потребности, предпочтения и ценности людей [8, 9].

Ее реализация может способствовать повышению доступности и качества медицинской помощи, а одной из важных составляющих является использование пациент-ориентированного подхода, включающего оценку пациентом исхо-

дов оказания медицинской помощи и восприятия пациентом процесса оказания медицинской помощи [10].

В настоящее время актуальность изучаемого вопроса сохраняется, что обусловлено растущим пониманием того факта, что для устойчивости систем здравоохранения необходимо переключить внимание с лечения заболеваний на их профилактику.

Анкетирование населения по вопросам доступности и качества первичной медицинской помощи, отношению к изменениям, происходящим в организациях здравоохранения позволяет получить данные, которые могут быть использованы для совершенствования организации оказания первичной медицинской помощи.

Цель исследования: выработать пути повышения доступности и качества медицинской помощи на основании изучения мнения населения.

Для достижения поставленной цели необходимо было решить следующие **задачи**:

провести сравнительный анализ мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами (неврологом, оториноларингологом, офтальмологом) и врачом общей практики в амбулаторных условиях;

сравнить мнения населения о доступности и качестве диагностических исследований в амбулаторных условиях;

проанализировать отношение населения к платным медицинским услугам, диспансеризации, внедрению информационно-коммуникационных технологий в организации здравоохранения.

Материалы и методы исследования. В 2022 г. на базе государственного лечебно-оздоровительного учреждения «Санаторий «Сосны» Управления делами Президента Респуб-

лики Беларусь и государственного учреждения «Республиканский санаторий «БЕРЕЗИНА» для ветеранов войны, труда и инвалидов» проведено анкетирование 367 человек (314 из городских поселений, 53 из сельской местности). Анкета включала 24 вопроса, в том числе с балльной оценкой (1 – минимальный и 5 – максимальный балл) доступности и качества медицинской помощи с оценкой работы врачей общей практики, врачей-специалистов (оториноларинголога, офтальмолога, невролога), проводимых лабораторных и инструментальных исследований. Сравнивались группы респондентов в зависимости от пола (мужчины – 121, женщины – 246); возраста (18–35 лет – 72 чел., 36–55 лет – 164, 56 лет и старше – 131 чел.); уровня образования респондента (высшее образование – 179 чел., среднее специальное образование – 156, среднее – 32 чел.). Достоверность различий оценивали методом однофакторного дисперсионного анализа (при $p < 0,05$ средние оценки имели достоверные различия).

Результаты исследования и их обсуждение. Портрет анкетированного: средний возраст составил $47,86 \pm 2,82$ лет, при этом, 44,7% составили лица в возрасте 36–55 лет, 35,7% – 56 лет и старше. Среди респондентов преобладали женщины, составив 67%. Профессиональный статус – 73% (268 чел.) работающие; 27% (99 чел.) – неработающие, в том числе, пенсионеры, инвалиды, учащиеся, безработные (табл. 1).

Высшее образование имели 48,8% респондентов, среднее специальное – 42,5%. Состояние здоровья на «отлично» оценил только каждый десятый из опрошенных (11,2%), на «хорошо» – каждый третий (34,3%), а каждый второй считал его «удовлетворительным» (46,3%); затруднились с ответом – 4,4%, и лишь 3,8% респондентов считали, что оно «плохое». При этом, каждый второй (55% анкетированных) отмечал наличие

Таблица 1

Общая характеристика анкетированных

Возрастная группа	N	Пол (в процентах)		Место проживания (в процентах)		Уровень образования (в процентах)		
		Мужской	Женский	Город	Село	Высшее	Среднее специальное	Среднее
18–35 лет	72	36,1	63,9	94,4	5,6	62,5	22,2	15,3
36–55 лет	164	31,7	68,3	87,8	12,2	51,2	44,5	4,3
56 лет и старше	131	32,8	67,2	77,9	22,1	38,2	51,1	10,7
Всего	367	33	67	85,6	14,4	48,8	42,5	8,7

хронических заболеваний, однако, 9% не владели информацией. Близкие результаты были представлены Институтом социологии Национальной академии наук Беларуси (опрос проводился в 4-м квартале 2024 г. – 1-м квартале 2025 г.; объем выборочной совокупности – 900 респондентов). Социологическое исследование показало, что собственное состояние здоровья половина опрошенных белорусов (50,4%) относят к категории «хорошее», включающей в себя оценки 4 и 5 баллов по пятибалльной шкале. Следующая группа респондентов определяет свое состояние как «среднее» (38,0%), оценивая его на 3 балла по пятибалльной шкале. Низкие оценки в 1 и 2 балла поставили 8,4% участников исследования, охарактеризовав собственное здоровье категорией «плохое». Затруднились с ответом 3,2% опрошенных [11].

На вопрос, «Какие факторы оказывают влияние на здоровье?», 76,3% связывают состояние здоровья с образом жизни, 64,6% – с наследственностью, 60,2% – с состоянием окружающей среды, 41,1% – с условиями труда, 31,6% – с деятельностью системы здравоохранения и 30,2% – с уровнем доходов (табл. 2).

Следует подчеркнуть, что доминирование образа жизни над остальными факторами, оказывающими влияние на здоровье, характерно для

всех возрастных групп населения и не зависело от места проживания и уровня образования.

Полученные данные согласуются с другими социологическими исследованиями. Так, по данным социологического исследования, проведенного в рамках проекта «Пульс общества» Белорусского института стратегических исследований в январе 2024 г., 80,5% опрошенных утверждали, что здоровье зависит от образа жизни [12]. Аналогичные результаты получены и в исследовании Института социологии Национальной академии наук Беларуси (далее – Институт социологии). Так, большинство участников данного опроса (83,0%) утверждают, что здоровье зависит от выбранного человеком образа жизни, при этом, каждый второй опрошенный (53,8%) отметил влияние на состояние здоровья окружающей среды и экологии, практически в каждом втором случае (47,1%) участники исследования указали наследственность в качестве фактора, формирующего физическое и психическое благополучие. Качество получаемых медицинских услуг для 40,7% населения страны также выступает важной детерминантой в поддержании состояния здоровья [11].

По данным проведенного нами анкетирования, в течение прошедшего года 83,7% опрошенных обращались за медицинской помощью. В поликлинику

Таблица 2

Факторы, оказывающие влияние на здоровье

Группы	Факторы (в процентах)					
	Образ жизни	Наследственность	Состояние окружающей среды	Условия труда	Деятельность системы здравоохранения	Уровень доходов
Мужчины	84,3	70,2	66,1	42,9	31,4	28,9
Женщины	72,4	61,8	57,3	40,2	31,7	30,9
Городские жители	78,3	66,9	61,8	41,7	31,5	28,9
Сельские жители	64,1	50,9	50,9	37,7	32,1	37,7
Лица с высшим образованием	86,0	75,4	67,0	43,0	27,9	27,4
Лица со средним специальным образованием	72,4	60,2	57,1	43,6	34,6	33,3
Лица со средним образованием	40,6	25,0	37,5	18,7	37,5	31,2
Лица в возрасте 18–35 лет	81,9	65,3	59,7	44,4	26,4	26,4
Лица в возрасте 36–55 лет	76,8	68,9	61,6	48,8	31,1	32,9
Лица в возрасте 56 лет и старше	72,5	58,7	58,7	29,7	35,1	29,0
Всего	76,3	64,6	60,2	41,1	31,6	30,2

по месту жительства за прошедший год обращались 78,2% респондентов. Аналогичные результаты получены и Институтом социологии [11]: основная часть опрошенных (86,5%) за оказанием медицинской помощи обращается в поликлинику или амбулаторию по месту жительства. Однако, по нашим данным, в частный медицинский центр за прошедший год обращался каждый второй (55,3%), а 5,5% анкетированных получали медицинские услуги за прошедший год только в частном медицинском центре. Подавляющее большинство анкетированных (80,4%) обращались в организацию здравоохранения от 1 до 3 раз, 12,4% – 4–5 раз, 7,2% – более 5 раз.

Среди причин обращения в организацию здравоохранения указывали: болезнь, травму – 52,8% респондентов; медицинский осмотр, прохождение водительской комиссии – 52,4%; стоматологические услуги – 33,9%; диспансерное наблюдение – 28,0%; беременность – 0,9%; иное – 3,3% опрошенных.

В качестве своего лечащего врача в поликлинике каждый второй респондент (50,4%) указал, что это – врач-терапевт участковый; 32% – врач общей практики (далее – ВОП), а 17,6% – затруднились с ответом. При этом, в Республике Беларусь общая врачебная практика развивается с 1992 г., однако новый импульс специальность получила в 2016 г. с принятием Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2016–2020 годы [13]. Программой предусматривался постепенный переход на оказание первичной медицинской помощью врачами общей практики. К 2021 г. доля ВОП, фактически работающих в системе оказания ПМП, составила 100%. Следует отметить, что немногочисленные сравнительные научные исследования, направленные на изучение удовлетворенности пациентов первичной врачебной медико-санитарной помощью, организованной по принципу врача общей практики и врача-терапевта участкового в рамках одной системы здравоохранения, продемонстрировали достоверно более высокую удовлетворенность первичной медицинской помощью, оказываемой ВОП [14; 15].

Медицинскими услугами в течение жизни на платной основе пользовались подавляющее большинство респондентов (78,5%), и только каждый пятый (21,5%) указал, что их не получал.

Среди медицинских услуг, которые анкетированные получали на платной основе, были отмечены стоматологические (25,6% респондентов); консультации узких специалистов (16,1% опрошенных, в том числе: консультация врача-офтальмолога и врача-невролога – по 6%; консультация

врача-оториноларинголога – 4,1% респондентов); диагностические исследования (38,7% респондентов: ультразвуковое исследование – 19,9% опрошенных; магнитно-резонансная томография – 7,6%; рентгенологическое обследование – 5,5%; рентгеновская компьютерная томография – 4,1%; холтеровское мониторирование электрокардиографии – 1,6% респондентов), лабораторные исследования (биохимические исследования – 12,3%; полимеразная цепная реакция – 13,9%; общеклинические исследования – 8,5%; иммуноферментный анализ – 3,5%), получение физиотерапевтического лечения – 2,2%.

Равноценность качества платных и бесплатных медицинских услуг, оказываемых в государственных организациях здравоохранения, отметили 60,4% респондентов; на низкое качество платных услуг в государственных организациях здравоохранения указали 21,7%; более высокое качество платных услуг в государственных организациях здравоохранения отметили 17,8%.

Более высокое качество платных медицинских услуг, оказываемых в частных организациях здравоохранения, по сравнению с бесплатными медицинскими услугами, оказываемыми в поликлинике, отметили 56,6% анкетированных; равноценное качество платных медицинских услуг, оказываемых в частных организациях здравоохранения, и бесплатных медицинских услуг, оказываемых в поликлинике, – 39,2%; низкое качество платных медицинских услуг, оказываемых в частных организациях здравоохранения, и бесплатных медицинских услуг, оказываемых в поликлинике, – 4,2% (табл. 3).

Мы выясняли также, по какой причине респонденты выбирают платную медицинскую услугу. Каждый третий (34,6%) отметил, что выбрал платную услугу из-за того, что она может быть оказана быстрее; 23,4% подчеркнули более высокое качество услуги на платной основе. Вместе с тем, 13,6% респондентов указали отсутствие услуги на бесплатной основе, а 4,1% выбрали платную услугу по назначению врача. Только 1,4% опрошенных испытывают недоверие к результатам медицинских услуг, оказываемых на бесплатной основе.

Полученные результаты согласуются с результатами социологических исследований, проведенных Институтом социологии [11], которые среди основных преимуществ обращения за получением платных медицинских услуг, в первую очередь, указывали оперативность получения необходимой медицинской помощи (60,1%); получение более качественных услуг (26,3%).

Таблица 3

Мнение респондентов о качестве платных услуг в различных организациях здравоохранения по сравнению с бесплатными медицинскими услугами

Организация здравоохранения	Качество платных медицинских услуг по сравнению с бесплатными медицинскими услугами (в процентах)		
	Высокое	Низкое	Равноценное
Государственная организация здравоохранения	17,8	21,7	60,4
Частная организация здравоохранения	56,6	4,2	39,2

Положительное отношение к проводимой диспансеризации отметила одна треть анкетированных (35,9%), причем этот процент практически не зависел от возраста опрошенных, но был выше среди женщин (38,6%), жителей сельской местности (39,7%), лиц, имеющих среднее специальное образование (43,6%). Практически каждый пятый (19,6%) респондент считает ее бесполезной и ненужной, а среди лиц в возрасте от 18–35 лет – это каждый третий (30,6%). На необходимость продолжения диспансеризации с определенными изменениями указали 18,8% респондентов, и каждый четвертый, указавший на это, – респондент в возрасте старше 56 лет (25,2%). Заслуживает внимания, что каж-

дый четвертый респондент (25,7%) затруднился с ответом (табл. 4).

На изменения, произошедшие в организации здравоохранения за последние три года, указали большинство опрошенных (67,3%), в то же время, не отметили изменений почти треть опрошенных (32,7%). Респонденты, отметившие изменения, наиболее часто указывали возможность записи к врачу через Интернет (83,8%). Другие варианты ответа (была возможность выбора нескольких вариантов) респонденты выбирали значительно реже: так, 28,3% отметили внедрение электронного рецепта; 25,9% – введение электронной очереди; 14,9% – СМС-оповещение; 4,1% – возможность пользоваться инфокиоском.

Таблица 4

Мнение респондентов о диспансеризации

Группы	Отношение к диспансеризации (в процентах)			
	Положительное	Надо продолжить ее проводить с определенными изменениями	Считают ее бесполезной и ненужной	Затруднились с ответом
Мужчины	30,6	20,7	19,0	29,7
Женщины	38,6	17,9	19,9	23,6
Городские жители	35,4	18,8	19,4	26,4
Сельские жители	39,7	18,9	20,7	20,7
Лица с высшим образованием	31,3	20,6	22,9	25,2
Лица со средним специальным образованием	43,6	17,9	17,4	21,1
Лица со средним образованием	25,0	12,5	12,5	50,0
Лица в возрасте 18–35 лет	34,7	8,3	30,6	26,4
Лица в возрасте 36–55 лет	36,6	18,3	18,9	26,2
Лица в возрасте 56 лет и старше	35,9	25,2	14,5	24,4
Всего	35,9	18,8	19,6	25,7

При сравнении групп респондентов по возрасту, запись к врачу через Интернет чаще всего отмечали респонденты в группе 36–55 лет (93,5%), а реже всего в группе 56 лет и старше (72,6%) (табл. 5).

Следует подчеркнуть, что современный этап развития общества характеризуется активным внедрением цифровых технологий во все сферы человеческой деятельности, включая здравоохранение, открывая новые горизонты для улучшения медицинских услуг, повышая удовлетворенность пациентов [16; 17]. Первичная медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, не является исключением, и внедрение информационно-коммуникационных технологий способствует ее трансформации, делая более персонализированной, оперативной, эффективной [18; 19]. Для реализации этих процессов необходим определенный уровень цифровой грамотности населения и предоставление населению большего объема информации об особенностях и перспективах применения инновационных цифровых технологий [20].

По результатам анкетирования, не отмечали влияния новых технологий в организации работы поликлиники на доступность медицинской помощи 37,1% респондентов, затруднились с ответом – 34,3%.

Нововведения в организациях здравоохранения, по мнению 40,8% опрошенных, привели к улучшению качества медицинской помощи. В то же время, 34,1% не отмечают изменений; 2,2% считают, что качество медицинской помощи ухудшилось, и 22,9% респондентов затруднились с ответом. По данным социологического исследования, проведенного в рамках проекта «Пульс общества» Белорусского института социологических исследований в январе 2024 г., на вопрос:

«Как изменилось здравоохранение в Республике Беларусь за последние 5 лет?», 74,3% ответили, что улучшилось, 14,8% – не изменилось, 11,8% – ухудшилось [12]. Несмотря на различия в формулировке вопросов в двух исследованиях, можно отметить, что население в целом положительно оценивает процессы, происходящие в организациях здравоохранения.

Доступность врачей-специалистов в среднем была оценена на 3,33±1,23 балла (на 3,12±1,27 балла – доступность врача-офтальмолога, 3,23±1,25 балла – доступность врача-оториноларинголога, 3,33±1,18 – доступность врача общей практики была оценена на 3,74±1,01 балла, что достоверно выше в сравнении со всеми врачами-специалистами ($p < 0,05$).

Доступность среднего медицинского персонала была оценена на 3,91±0,91 балла.

Доступность диагностических исследований в среднем была оценена на 3,91±1,08 балла (на 3,51±1,20 балла – доступность ультразвуковых (далее – УЗ) исследований, на 3,98±1,02 балла – доступность рентгеновских исследований, на 4,03±1,04 балла – доступность лабораторных исследований, на 4,12±0,95 балла – доступность электрокардиографии).

Доступность вызова врача на дом была оценена на 3,91±0,95 балла.

Установлены достоверные различия в оценке доступности услуг врача общей практики в зависимости от пола респондента (респондентами мужского пола доступность была оценена на 3,85±0,73 балла; женщинами – на 3,54±1,37 балла; $p = 0,014$) и возраста (респондентами в возрасте 18–35 лет доступность была оценена на 3,94±0,62; в возрасте 36–55 лет – на 3,64±1,16 балла; $p = 0,037$).

Таблица 5

Мнение респондентов об изменениях, произошедших в работе организаций здравоохранения за последние 3 года

Возрастные группы	Изменения в работе организаций здравоохранения за последние 3 года, отмеченные респондентами (в процентах)					
	Запись к врачу через Интернет	СМС-оповещение о дате и времени приема	Инфокиоск	Электронная очередь	Электронный рецепт	Никаких
18–35 лет	84,1	22,7	6,8	34,1	22,7	38,8
36–55 лет	93,5	17,6	3,7	24,1	27,8	34,1
56 лет и старше	72,6	8,4	3,1	24,2	31,6	27,4
Всего	83,8	14,9	4,1	25,9	28,3	32,7

Установлены достоверные различия в оценке доступности врачей-специалистов и некоторых исследований в зависимости от возраста респондентов (табл. 6). Так, доступность услуг врача-офтальмолога респонденты в возрасте 18–35 лет оценили на 3,41±1,29 балла, а респонденты в возрасте 36–55 лет – на 2,96±1,83 балла (p=0,04); доступность услуг врача-оториноларинголога респонденты в возрасте 18–35 лет оценили на 3,48±1,17 балла, а респонденты в возрасте 36–55 лет – на 3,12±1,29 балла (p=0,04); доступность услуг врача-невролога оценена респондентами в возрасте 18–35 лет на 3,64±0,97 балла; опрошенными 36–55 лет – на 3,37±1,57 балла, а анкетизируемыми 56 лет и старше – на 3,15±1,39 балла (p=0,02); доступность УЗ-исследований оценена респондентами в возрасте 18–35 лет на 3,84±0,94 балла, респондентами 36–55 лет – на 3,46±1,54 балла (p=0,04); респондентами в возрасте 18–35 лет – на 3,84±0,94 балла, а опрошенными 56 лет и старше – на 3,40±1,22 балла (p=0,008).

В зависимости от уровня образования респондентов установлены достоверные отличия в оценке доступности услуг (табл. 7) врача-оториноларинголога (опрошенные с высшим образованием оценили доступность данных услуг на 3,43±1,22 балла, со средним специальным образованием – на 3,09±1,34 балла, со средним образованием – на 2,73±1,36 балла; p=0,006); врача-офтальмолога (опрошенные с высшим образованием оценили доступность этих услуг на 3,42±1,26 балла, со средним специальным – на 2,84±1,35 балла, p=0,001; достоверны (p=0,01) также отличия в оценке доступности этих услуг между анкетизируемыми с высшим (3,42±1,26 балла) и средним (2,84±1,37

балла) образованием); врача-хирурга (достоверны отличия в оценке доступности этих услуг между респондентами с высшим (3,69±1,05 балла) и средним (3,00±1,26 балла) образованием, p=0,001, а также между респондентами со средним специальным (3,65±1,23) и средним (3,00±1,26) образованием, p=0,007); УЗ-исследований (респонденты с высшим образованием оценили доступность этих исследований на 3,69±1,06 балла, в то время как респонденты со средним специальным образованием – на 3,35±1,33 балла, p=0,023); ЭКГ (опрошенные с высшим образованием оценили доступность этой услуги на 4,12±0,87 балла, со средним образованием – на 3,72±1,14 балла, p=0,02; при этом, анкетизируемые со средним специальным образованием оценили доступность данных исследований на 4,19±0,97 балла, а со средним образованием – на 3,72±1,14 балла, p=0,015); рентгеновских исследований (респонденты с высшим образованием оценили доступность данной услуги на 4,04±0,91 балла, со средним образованием – на 3,30±1,46 балла, p=0,0002; соответственно, опрошенные со средним специальным образованием оценили доступность данных исследований на 4,07±1,01 балла, а респонденты со средним образованием – на 3,30±1,46 балла, p=0,0006); лабораторных исследований (респонденты с высшим образованием оценили доступность данных исследований на 4,14±0,96 балла, со средним образованием – на 3,35±1,28 балла, p=0,00009; при этом, опрошенные со средним специальным образованием оценили доступность данной услуги на 4,04±1,05 балла, а со средним образованием – на 3,35±1,28 балла, p=0,001).

Таблица 6

Доступность медицинской помощи в оценках респондентов в зависимости от возраста, пола

Доступность услуг	Возраст, лет			Пол	
	18–35	36–55	56 лет и старше	Мужской	Женский
Врач общей практики	3,94±0,62 ¹	3,64±1,16 ¹	3,76±1,02	3,85±0,73 ²	3,54±1,37 ²
Врач-оториноларинголог	3,48±1,17 ³	3,12±1,29 ³	3,23±1,22	3,31±1,14	3,19±1,29
Врач-офтальмолог	3,41±1,29 ⁴	2,96±1,83 ⁴	3,17±1,21	3,30±1,11	3,04±1,34
Врач-невролог	3,64±0,97 ⁵	3,37±1,57 ⁵	3,15±1,39 ⁵	3,42±1,03	3,29±1,25
Врач-хирург	3,78±0,96	3,65±1,20	3,46±1,19	3,71±1,03	3,57±1,21
УЗ-исследование	3,84±0,94 ^{6,7}	3,46±1,54 ⁶	3,40±1,22 ⁷	3,66±1,01	3,44±1,28
ЭКГ	4,17±0,74	4,12±0,94	4,08±1,05	4,07±0,91	4,14±0,96
Рентгеновское исследование	4,04±0,96	3,98±1,05	3,94±1,05	3,89±1,05	4,04±1,02
Лабораторное исследование	4,15±0,76	3,98±1,08	4,01±1,14	3,98±1,04	4,05±1,05
Вызов врача на дом	3,96±0,94	3,85±0,94	3,96±0,95	3,83±1,07	3,96±0,87

Примечания: ¹p=0,037; ²p=0,014; ³p=0,04; ⁴p=0,04; ⁵p=0,02; ⁶p=0,04; ⁷p=0,008.

Таблица 7

**Доступность медицинской помощи в оценках респондентов
в зависимости от уровня образования, места жительства**

Доступность услуг	Уровень образования			Место жительства	
	Высшее	Среднее специальное	Среднее	Городские жители	Сельские жители
Врач общей практики	3,87±0,94	3,65±1,04	3,50±1,16	3,74±0,99	3,79±1,12
Врач-оториноларинголог	3,43±1,22 ¹	3,09±1,34 ¹	2,73±1,36 ¹	3,23±1,24	3,22±1,32
Врач-офтальмолог	3,42±1,26 ^{2,3}	2,84±1,35 ²	2,84±1,37 ³	3,16±1,28	2,92±1,23
Врач-невролог	3,47±1,07	3,22±1,29	3,07±1,26	3,34±1,17	3,28±1,31
Врач-хирург	3,69±1,05 ⁴	3,65±1,23 ⁵	3,00±1,26 ^{4,5}	3,64±1,13	3,43±1,29
УЗ-исследование	3,69±1,06 ⁶	3,35±1,33 ⁶	3,30±1,67	3,52±1,19	3,49±1,28
ЭКГ	4,12±0,87 ⁷	4,19±0,97 ⁸	3,72±1,14 ^{7,8}	4,13±0,91	4,02±1,13
Рентгеновское исследование	4,04±0,91 ⁹	4,07±1,01 ¹⁰	3,30±1,46 ^{9,10}	4,02±0,99	3,77±1,21
Лабораторное исследование	4,14±0,96 ¹¹	4,04±1,05 ¹²	3,35±1,28 ^{11,12}	4,09±0,98 ¹³	3,65±1,33 ¹³
Вызов врача на дом	4,02±0,87	3,88±0,98	3,84±1,16	3,96±0,86	3,61±1,33

Примечания: ¹p=0,006; ²p=0,001; ³p=0,01; ⁴p=0,001; ⁵p=0,007; ⁶p=0,023; ⁷p=0,02; ⁸p=0,015; ⁹p=0,0002; ¹⁰p=0,0006; ¹¹p=0,00009; ¹²p=0,001; ¹³p=0,006.

В зависимости от места жительства респондентов установлены достоверные различия в оценке доступности лабораторных исследований (городские жители оценили доступность данной услуги на 4,09±0,98 балла, а сельские жители – на 3,65±1,33 балла, p=0,006) (табл. 7).

Качество медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами (качество услуг врачей-специалистов), было оценено выше, чем доступность, составив в среднем 3,54±1,15 балла (в том числе, услуги врача-невролога оценены респондентами на 3,62±1,09 балла, врача-оториноларинголога – на 3,49±1,17 балла, врача-офтальмолога – на 3,51±1,19 балла). Качество медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики, было оценено на 3,9±0,95 балла. Отмечены достоверные различия в оценках качества медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики, по сравнению со всеми врачами-специалистами (p<0,05).

Качество диагностических исследований было оценено в среднем на 4,03±0,98 балла (в том числе, качество УЗ-исследований – на 3,87±1,03 балла, лабораторных исследований – на 4,05±0,95 балла, рентгеновских исследований – на 4,06±0,97 балла, электрокардиографии – на 4,17±0,91 балла).

Качество медицинской помощи, оказываемой при вызове врача на дом, было оценено на 3,89±0,95 балла, а медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом, – на 3,99±0,86 балла.

Установлены достоверные отличия в оценке качества медицинской помощи, оказываемой врачом-неврологом, в зависимости от возраста респондента (табл. 8). Так, респонденты возрастной группы 18–35 лет оценили качество услуг, оказываемых врачом-неврологом, на 3,87±0,56 балла, анкетизируемые 36–55 лет – на 3,65±1,35 балла, опрошенные в возрасте 56 лет и старше – на 3,43±1,31 (p=0,025).

Таблица 8

**Качество медицинской помощи в оценках респондентов
в зависимости от возраста, пола**

Качество услуг	Возраст, лет			Пол	
	18–35	36–55	56 лет и старше	Мужской	Женский
Врач общей практики	3,93±0,79	3,90±1,20	3,88±0,96	3,99±0,86	3,85±0,99
Врач-оториноларинголог	3,66±0,99	3,44±1,22	3,45±1,19	3,62±1,06 ¹	3,43±1,22 ¹
Врач-офтальмолог	3,71±1,04	3,44±1,25	3,47±1,21	3,66±1,14	3,43±1,22
Врач-невролог	3,87±0,56 ²	3,65±1,35 ²	3,43±1,31 ²	3,72±0,99	3,57±1,13
УЗ-исследование	4,00±0,84	3,91±1,07	3,75±1,08	3,98±0,90	3,82±1,09
ЭКГ	4,17±0,76	4,25±0,87	4,06±1,04	4,16±0,89	4,17±0,93
Рентгеновское исследование	4,07±0,88	4,15±0,94	3,93±1,06	4,06±0,93	4,05±1,01
Лабораторное исследование	4,15±0,76	4,03±0,98	4,03±1,04	4,09±0,91	4,01±0,98
Вызов врача на дом	3,97±0,84	3,88±0,96	3,87±1,01	3,98±0,95	3,86±0,96

Примечания: ¹p=0,02; ²p=0,025.

Также установлены достоверные отличия в оценке качества медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами, и качества некоторых диагностических исследований в зависимости от уровня образования респондента (табл. 9). Респонденты с высшим образованием оценили качество услуг врача-оториноларинголога на $3,62 \pm 1,06$ балла, со средним специальным образованием – на $3,43 \pm 1,22$ ($p=0,02$); соответственно, качество услуг врачам-офтальмолога было оценено опрошенными с высшим образованием на $3,73 \pm 1,14$ балла, со средним специальным образованием – на $3,29 \pm 1,25$ балла ($p=0,001$); с высшим образованием – на $3,73 \pm 1,14$ балла, со средним образованием – на $3,26 \pm 1,41$ балла ($p=0,03$); качество рентгеновских исследований было оценено анкетизируемыми с высшим образованием на $4,11 \pm 0,88$ балла, со средним образованием – на $3,41 \pm 1,47$ балла ($p=0,0006$); со средним специальным образованием – на $3,91 \pm 0,97$ балла, со средним образованием – на $3,41 \pm 1,47$ балла ($p=0,0008$); качество лабораторных исследований респонденты с высшим образованием оценили на $4,22 \pm 0,84$ балла; со средним специальным образованием – на $3,91 \pm 0,97$ балла, со средним образованием – на $3,64 \pm 1,25$ балла ($p=0,0008$).

Первичная медицинская помощь должна быть всегда направлена на оперативное реагирование на вызовы времени и отвечать потребностям людей, добиваясь достижения всеобщего охвата приемлемыми для населения и основанными на принципе справедливости услугами и обеспечения доступа к ним. Необходимо способствовать предоставлению непрерывной, всесторонней, скоординированной персонализированной и ориентированной на человека помощи,

а не только сосредотачиваться на конкретных заболеваниях (это особенно актуально с учетом увеличения доли лиц старшего возраста и растущей проблемы мультиморбидности) [21].

Одно из перспективных направлений в этом смысле – активное вовлечение пациентов в оказание им медицинской помощи. Вовлечение может стать организационной основой управления здоровьем населения, обеспечения информированности пациентов о доступных видах медицинской помощи и выстраивания долгосрочных отношений с медицинскими работниками.

Как отмечают исследователи [22], повысить доступность первичной медицинской помощи для населения можно как экстенсивным (наращивание численности медицинских кадров), так и интенсивным (внедрение новых организационных технологий при имеющихся кадровых ресурсах) путем. Второй путь более перспективен. Он не требует дополнительных финансовых затрат и делает возможным учет региональных особенностей. Одно из таких направлений – надлежащая подготовка врачей [23].

Профилактика остается одним из ключевых принципов деятельности систем здравоохранения. Поддержание и улучшение здоровья населения требует большего акцента на социальных детерминантах здоровья человека. Сегодня улучшение показателей здоровья человека благодаря достижениям в области медицинских технологий приводит к тому, что все больше людей живут дольше, но для многих это означает жизнь с множественными хроническими заболеваниями. В основе новых моделей устойчивой комплексной медицинской помощи лежит подход, направленный на смещение акцента с реактивной помощи на проактивную профилактическую помощь.

Таблица 9

Качество медицинской помощи в оценках респондентов в зависимости от уровня образования, места жительства

Качество услуг	Уровень образования			Место жительства	
	Высшее	Среднее специальное	Среднее	Городские жители	Сельские жители
Врач общей практики	4,02±0,91	3,75±0,96	3,94±1,13	3,91±0,94	3,88±1,05
Врач-оториноларинголог	3,64±1,22	3,36±1,17	3,27±1,46	3,48±1,16	3,55±1,26
Врач-офтальмолог	3,73±1,14 ^{1,2}	3,29±1,25 ²	3,26±1,41 ¹	3,52±1,18	3,41±1,27
Врач-невролог	3,71±0,98	3,56±1,13	3,40±1,41	3,62±1,06	3,62±1,26
УЗ-исследование	3,98±0,93	3,81±1,06	3,67±1,39	3,87±1,02	3,89±1,13
ЭКГ	4,19±0,85	4,16±0,96	4,03±1,04	4,16±0,91	4,18±0,97
Рентгеновское исследование	4,11±0,88 ³	4,13±0,92 ⁴	3,41±1,47 ^{3,4}	4,07±0,94	3,93±1,07
Лабораторное исследование	4,22±0,84 ⁵	3,91±0,97 ⁵	3,64±1,25 ⁵	4,05±0,93	3,89±1,12
Вызов врача на дом	4,01±0,82	3,76±1,04	3,87±1,17	3,93±0,89	3,67±1,26

Примечания: ¹p=0,001; ²p=0,03; ³p=0,0006; ⁴p=0,0008; ⁵p=0,0008.

Проактивное здравоохранение отражает основные концепции, ориентированные на человека. Наибольшую пользу людям принесет новый тип интегрированных медицинских услуг, ориентированных на разные группы населения на протяжении всего жизненного цикла, с учетом мероприятий по формированию и поддержанию у населения навыков здорового образа жизни, ответственности за собственное здоровье и здоровье окружающих (что подразумевает здоровое питание, надлежащую физическую активность, избегание вредных привычек при одновременной и постоянной деятельности государства и граждан по оздоровлению окружающей среды, в том числе, созданию и поддержанию благоприятной среды жизнедеятельности без окружающего табачного дыма [24]), а также включающих во всей полноте последовательность медицинских услуг по профилактике, диагностике, лечению, реабилитации, абилитации, протезированию, а также уходу за пациентом. Основная цель состоит в том, чтобы способствовать активному стремлению людей к сохранению здоровья, уменьшить возникновение заболеваний, усилить раннюю диагностику, лечение и реабилитацию, дать каждому возможность получать комплексные, справедливые, доступные, квалифицированные и эффективные медицинские услуги [25].

Выводы и заключение. Установлена более высокая оценка респондентами доступности и качества медицинской помощи, оказываемой врачами общей практики в сравнении с врачами-специалистами, что свидетельствует о том, что переход на организационную модель, основанную на принципах общеврачебной практики, оправдан и позволяет реализовать концепцию ценностно-ориентированного здравоохранения. Однако, следует признать, что в существующей системе первичной медицинской помощи с участием врача общей практики ценности пациента, связанные с процессом и результатом оказания медицинской помощи, учтены не в полной мере, что подтверждается наличием гендерных и возрастных различий в оценках и их зависимости от уровня образования анкетированных.

Респонденты широко пользуются платными медицинскими услугами (78,5%) как в государственных организациях здравоохранения, так и в частных медицинских центрах. Основные причины – оперативность получения услуги (34,6%), более высокое качество (23,4%), отсутствие возможности получить медицинскую услугу бесплатно (13,6%). Перспективными являются необходимость и актуальность консолидации

усилий государственного и частного секторов в сфере охраны здоровья населения, в том числе, путем реализации проектов государственно-частного партнерства.

Только часть анкетированных отметила, что пользуется новыми цифровыми медицинскими услугами, которые являются основным инструментом трансформации первичной медицинской помощи, делая ее более персонализированной, оперативной и эффективной. Необходимым условием качественного предоставления медицинских услуг становится цифровая медицинская грамотность населения, что ставит вопрос о разработке и внедрении соответствующих образовательных программ для граждан.

Отмечается недостаточный уровень информированности населения о совершенствовании организации оказания первичной медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических организациях: низкий уровень осведомленности о переходе на общеврачебную практику (32%), о возможностях информационно-коммуникационных технологий, в том числе внедрении электронного рецепта, записи на прием через Интернет (67,3%), о роли диспансеризации (35,9%), что требует активизации работы в данном направлении с использованием дифференцированных каналов информирования для различных возрастных групп.

Развитие и эффективность системы здравоохранения – одни из ключевых факторов, определяющих состояние здоровья населения. Реализация принципа пациент-ориентированности позволит повысить доступность и качество медицинской помощи при одновременном совершенствовании подготовки врачей общей практики и повышении уровня их профессионального развития, а также активном вовлечении пациентов в процесс оказания медицинской помощи.

Литература

1. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего [Электронный ресурс] / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Режим доступа: <https://www.who.int/europe/ru/news/item/24-10-2018-primary-health-care-the-time-is-now>. – Дата доступа: 25.11.2024.
2. Первичная медико-санитарная помощь – 40 лет Алма-Атинской декларации [Электронный ресурс] / Документационный центр ВОЗ. – Режим доступа: <http://whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/163.html>. – Дата доступа: 15.09.2024.
3. Об утверждении Программы социально-экономического развития Беларуси на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 29 июля 2021 г., №292 // ЭТАЛОН. За-

- конодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2025.
4. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., №28 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2025.
 5. Руководство по E4As для достижения прогресса в сфере охраны здоровья и устойчивого развития. Ресурсы и инструменты для выработки и осуществления политики. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2021. – Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 6. Тимофеева, А.С. Организация командной работы в первичном звене: зарубежный опыт: экспертный обзор [Электронный ресурс] / А.С.Тимофеева, Ю.В.Бурковская. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – Режим доступа: <https://niiioz.ru/moskovskayameditsina/izdaniya-nii/obzory/>. – Дата доступа: 23.12.2024.
 7. Организационные технологии, повышающие доступность медицинской помощи для населения / Л.В.Руголь, И.М.Сон, В.И.Кириллов, С.Л.Гусева // Профилактическая медицина. – 2020. – №23 (2). – С.26–34.
 8. Porter, M.E. Redefining health care [Electronic resource] / M.E. Porter, E.O.Tiesberg. – Mode of access: https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf. – Date of access: 14.04.2025.
 9. Качественные услуги здравоохранения [Электронный ресурс]: Информационный бюллетень. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>. – Дата доступа: 14.04.2025.
 10. Kingsley, C. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures / C.Kingsley // *VJA Educ.* – 2017. – Vol.17, No.4. – P.137–144. DOI: 10.1093/bjaed/mkw060.
 11. Мнение населения Республики Беларусь о системе здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://socio.bas-net.by/rezultaty-sotsiologicheskogo-issledovaniya-sredinaseleniya-belarusi-po-voprosam-raboty-sistemy-zdravoohraneniya/>. – Дата доступа: 11.04.2025.
 12. Захарова, Л. Медицина в зеркале социологии / Л.Захарова // *Медицинский вестник.* – 2025. – 27 фев. – С.6–7.
 13. Об утверждении Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 годы [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 14 марта 2016 г., №200 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2025.
 14. Артеменко, Н.А. Удовлетворенность пациента медицинскими технологиями, применяемыми врачом общей практики и врачом-терапевтом участковым: подходы к оценке / Н.А.Артеменко // *Военная медицина.* – 2016. – №2. – С.29–31.
 15. Сравнительный анализ удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказываемой врачом общей практики и врачом-терапевтом участковым [Электронный ресурс] / А.В.Волнухин, Т.Е.Морозова, Г.П.Сквирская, Е.О.Самохина, А.Г.Резе, Т.В.Заугольников, Т.Е.Помыткина, Н.И.Жернакова, А.А.Стремоухов, А.А.Герцог // *Социальные аспекты здоровья населения: электронный научный журнал.* – 2023. – Т.69, №2. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1462/30/lang,ru/>. – Дата доступа: 11.04.2025.
 16. Global strategy on digital health 2020–2025 [Electronic resource]. – Mode of access: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344249>. – Date of access: 10.04.2025.
 17. European Citizens' Digital Health Literacy [Electronic resource]. – Mode of access: <https://data.europa.eu/doi/10.2759/86596>. – Date of access: 10.04.2025.
 18. Черновицкая, Ю.В. Цифровые технологии в медицине: специфика ответственности при их использовании [Электронный ресурс] / Ю.В.Черновицкая // *Научный результат. Социальные и гуманитарные исследования: сетевой научный журнал.* – 2020. – Т.6, №4. – С.89–101. DOI: 10.18413/2408-932X-2020-6-4-0-10.
 19. Шишкин, С.В. Организация первичной медико-санитарной помощи: тенденции и перспективы: аналитический доклад / С.В.Шишкин, А.А.Алмазов, М.Н.Корнилов. – М.: Издательский дом Высшей школы экономики, 2022. – 143 с.
 20. Цифровая медицинская грамотность в первичной медико-санитарной помощи: ключевой фактор удовлетворенности пациентов в эпоху цифровой трансформации медицинских услуг / Д.В.Вошев, И.М.Сон, Н.А.Вошева, С.А.Орлов, К.С.Межидов, Р.Н.Шепель, О.М.Драпкина // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* – 2023. – Т.22, №9S. – Номер публикации: 3865. DOI: 10.15829/1728-8800-2023-3865. EDN: RXVGTN.
 21. Обзор развития различных аспектов первичной медико-санитарной помощи в контексте национальных систем здравоохранения государств – участников Содружества Независимых Государств. Часть 2: принципы организации подсистем первичной медико-санитарной помощи, структурные элементы, процессы / О.М.Драпкина, Р.Н.Шепель, А.В.Короткова, Я.С.Наумова, Г.О.Ахвердиев, А.А.Щербинский, М.М.Сачек, Г.У.Кулкаева, Н.Н.Бримкулов, Г.М.Мухсинзода, И.Р.Уразалиева, Е.Ю.Огнева // *Первичная медико-санитарная помощь.* – 2024. – Т.1, №2. – С.6–26. DOI: 10.15829/3034-4123-2024-17. EDN: LCWZPW.

22. Бригадная форма организации труда на врачебном участке как перспективное направление совершенствования первичной медико-санитарной помощи / И.М.Сон, Л.И.Меньшикова, М.Ю.Крякова, И.А.Купеева, Е.В.Каракулина, Г.Г.Введенский // Профилактическая медицина. – 2023. – Т.26, №11. – С.7–13. DOI: 10.17116/profmed2023261117. EDN: FVLCZO.
23. *Бримкулов, Н.Н.* Прошлое, настоящее и будущее семейной медицины в Кыргызстане (по материалам 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, Бишкек, 29–30 окт. 2015 г.) [Электронный ресурс] / Н.Н.Бримкулов // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева. – 2015. – №3. – С.115–118. – Режим доступа: <https://vestnik.kgma.kg/index.php/vestnik/article/view/1212/1278>. – Дата доступа: 23.12.2024.
24. *Хейфец, Е.Н.* Усовершенствование антитабачного законодательства Республики Беларусь в рамках принятия Кодекса о здравоохранении / Е.Н.Хейфец // Здоровье населения и качество жизни: электронный сборник материалов X Всероссийской с международным участием науч.-практ. конф.: в 2 ч. / под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С.Лучкевича. – Ч.2. – СПб., 2023. – С.288–295.
25. *Аксенова, Е.И.* Анализ современных тенденций формирования амбулаторно-поликлинических учреждений в качестве цифровых диагностических центров: экспертный обзор [Электронный ресурс] / Е.И.Аксенова, С.Ю.Горбатов. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ». – 2024. – Режим доступа: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/obzory/>. – Дата доступа: 10.12.2024.

PRIMARY MEDICAL CARE IN POPULATION ASSESSMENTS

¹A.V.Maimur, ²M.M.Sachek

¹Medical Center «Kravira», 45, Pobediteley Ave., 220035, Minsk, Republic of Belarus

²Institute for Advanced Training and Retraining of Healthcare Personnel of the Educational Institution “Belarusian State Medical University”, 3, building 3, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

Survey results of residents of the Republic of Belarus on issues of satisfaction with primary medical care on an outpatient basis availability and quality are presented in the article.

Keywords: medical care availability; medical care quality; primary medical care.

Сведения об авторах:

Маймур Александр Валерьевич; медицинский центр «Кравира», врач-оториноларинголог; тел.: (+37517) 2242543; e-mail: iater@bk.ru.

Сачек Марина Михайловна, д-р мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения, профессор кафедры организации здравоохранения; тел.: (+37517) 3112785; e-mail: msachek@rambler.ru.

Поступила 24.04.2025 г.