
История здравоохранения Беларуси

УДК 614.79 (091)

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ВРАЧЕБНО-САНИТАРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Н.Н.Пилипцевич, Т.П.Павлович, А.Н.Пилипцевич

Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

Устойчивость здравоохранения в сельской местности определяют благоприятная демографическая ситуация, состояние здоровья населения, территориальная и транспортная доступность. Сельский врачебный участок – ведущая комплексная организация здравоохранения передового эшелона сельского здравоохранения. Эффективность его деятельности обеспечивают наличие в надлежащем состоянии соответствующего предназначению капитального фонда, расположение в приближении к нему благоустроенного жилья для врача, соответствующее современному уровню материально-техническое оснащение, экономическая привлекательность исполняемой должности, стабильность врачебных кадров, медико-социальная активность населения.

Ключевые слова: сельский врачебный участок; врач общей практики; демографическое движение; организационная структура здравоохранения села; профилактическое направление работы.

Введение. Зачатки лечебного дела, важнейшей составляющей обеспечения социальной потребности в здоровье, относятся к периоду объединения далеких предков современного человека в общины. История первых поселений (материнские родовые общины) на территории Беларуси насчитывает около 40 тысяч лет [1]. В то время основными источниками потребляемой пищи являлись добыча диких животных, пригодная к употреблению растительность. В последующие века, как осознанная необходимость, происходило становление трудовой деятельности, в которую постепенно вовлекалось все большее количество членов общины. Появились навыки обработки земли, строительства убежищ, жилищ, приготовления еды, формировался опыт выживания в условиях своего времени. Одновременно расширялся спрос на медицинскую помощь. Первоначально лекарями становились «самородки», наделенные природным даром к такому искусству. Позже, с течением времени, преимущественно по семейной линии передавался эмпирический опыт. В определенном приближении медицинское дело приобретало формат профессии. С развитием го-

сударств для обучения стали создавать медицинские школы.

В данной работе, как и в других своих трудах, авторы стремились излагать все происходившее в прошлом и грядущие в медицинском деле события в последовательности: от прошлого – через настоящее – к будущему. Две первые составляющие данного схематичного движения в своем воплощении исторически состоялись. Они – база для последующих рассуждений в широком многообразии: социальное здоровье, потребность в медицинском обслуживании, состояние, характер, возможности и результаты деятельности службы охраны здоровья, перспективы ее развития и др.

В 1795 г. Речь Посполитая прекратила свое государственное существование, будучи поделенной в результате третьего раздела между Россией, Австрией, Пруссией. Территория современной Беларуси была включена в состав Российской империи. В 1861 г. в России отменено крепостное право. В 1864 г. в 34 из 89 губерний введено земское самоуправление.

Земствами назывались территориальные органы управления, в ведение которых входили рас-

поряжение местными делами, касающимися сельского населения, прокладка и поддержание дорог, устройство больниц, школ и пр. На белорусской земле царским указом земскими определены Витебская, Минская, Могилевская губернии. Реформенные преобразования в них, подобные таковым на российской территории, не состоялись, поскольку были отсрочены по политическим мотивам (восстание 1863 г.) на 47 лет, а с начала XX в. сложился другой расклад событий: революция, смена государственной власти, наряду с другими отраслями народного хозяйства началось строительство нового здравоохранения. Поэтому следующие рассуждения о земской медицине базируются на российском опыте.

Земская медицина – крупный почин, осуществленный в России [2; 3]. Первый опыт организации медицинского обслуживания в рамках земской медицины представлял собой систему разъездов врачей. Одному врачу (реже двум), проживающему в уездном городе, поручалось оказывать медицинскую помощь сельскому населению на большом участке уезда. Радиусы участков колебались от нескольких десятков до сотни километров. Перемещение на «конной тяге», разовое краткосрочное наблюдение во время посещения больных по месту их проживания не решали проблемы удовлетворения потребности в медицинской помощи. Врач постоянно находился в поездках по уезду, торопился, не имел под руками нужных пособий и инструментов, редко видел результаты своих действий, больные не знали, где его найти. Крестьяне часто выздоравливали или умирали прежде, чем в их селе повторно мог появиться врач [4–6]. Разъездная система медицинского обслуживания просуществовала около двух десятилетий, от нее пришлось отказаться. При последующем строительстве земской медицины многих недостатков удалось избежать.

Сельский врачебный участок в царской России – самобытная форма медицинского обслуживания сельского населения. Работа по планированию и формированию участков была начата в 1890-е годы. В качестве исходных составляющих принимались число селений, радиус обслуживания, плотность населения, наличие и состояние дорог, среднее расстояние деревень от больницы и пр. Территория уезда разбивалась на участки радиусом 15–17 км. Врачебный участок создавался как основное звено ответственности врачебно-санитарной организации на селе.

Первоначально на территории уезда под земские задействовались медицинские учреждения, перешедшие к земству от приказов обществен-

ного призрения. По мере возможности, для устройства больниц использовались пригодные пустующие помещения. Некоторые земства в центре врачебного участка (пунктовое селение) строили больницы с амбулаториями. При больницах предусматривалось жилье для врача. Количество создаваемых врачебных участков на территории сельского административного района зависело от численности населения, расстояния до соседних лечебных учреждений, здоровья населения, наличия дорог и пр.

Сельская участковая больница с амбулаторией – самое близкое к сельским жителям врачебное учреждение. Обслуживаемая ею часть заселенной территории сельского района получила название сельского врачебного участка (СВУ) [2; 4; 5].

С тех пор такое направление признано определяющим в строительстве здравоохранения на селе. Появились несколько планов развития сети сельских медицинских учреждений. Первый привлечший внимание опыт строительства земских больниц представляла собой Вороновская больница Подольского уезда Московской губернии. Больница маломощная – 12 коек, 4 из них были бесплатными для крестьян, страдающих инфекционными заболеваниями, и для рожениц. По тем временам эта больница считалась наиболее завершенной в плане соответствия предназначению. Положением дел в ней пристально интересовался известный санитарный врач, деятель земства Е.А.Осипов. По его оценке, губернское земство на этой больнице экспериментировало в части ее организации и оснащения. 33% из всего лечившегося в ней контингента составляли больные с заразными болезнями: натуральная оспа, брюшной тиф, сифилис, скарлатина и др. Высокой была смертность от них, равно как и от неинфекционных болезней, особенно крупозной пневмонии [4].

Чтобы обеспечить медицинский прием значительной части сельского населения, руководством ряда земств предпринимались попытки к учреждению самостоятельных фельдшерских пунктов. Их строительство проводилось за счет населения путем собирания особых земских налогов. Сложилось так, что по доступности и качеству медицинской помощи имело место своеобразное словесное деление: «врач – барский доктор, фельдшер – мужицкий». Положение дел с медицинской помощью сельскому населению оценивалось, в целом, неудовлетворительно: «фельдшеризм», платность, иллюзия обеспеченности помощью [3].

Передовые земские врачи считали, что поставка земской медицинской помощи не отвечала

предназначению. По мере увеличения числа обращений в амбулаторию, стационар, сокращались общественно-организационная и профилактическая работа земского врача – основные направления его деятельности. Участковая больница виделась своего рода санитарным кордоном, с участковым врачом во главе. Здесь проводились учет заболеваемости, выявление больных в ранних стадиях заболеваний, их «сортировка» – разделение по критерию нуждаемости в стационарном лечении, распространение среди населения санитарно-гигиенических знаний [4].

С течением времени, в земстве четче определились с основными критериями оценки работы медицинской службы. Медицинская помощь должна быть бесплатной, оказываемой врачом персоналом, а не фельдшерами, доступной в территориальном и временном параметрах.

Земская медицина, безусловно, была шагом вперед по сравнению с медициной приказов общественного призрения. Земство значительно увеличило сеть и упорядочило работу медицинских учреждений, полученных им в полуразваленном состоянии от приказов общественного призрения. Впервые в России в системе земской медицины появились врачебные участки на селе. К 50-летию земской медицины число сельских врачебных участков значительно увеличилось (4367 в 1913 г.), однако свыше 70% сельского населения находилось за пределами десятиверстного радиуса, то есть, оставались вне зоны фактического медицинского обслуживания [2].

На таком уровне достижений, оценок, ожиданий завершился полувековой период развития земской медицины в царской России. Наряду с недостатками, связанными с трудностями становления, в ней зародилось много нового, полезного для будущего. Ценной в деятельности передовых земских врачей была ее многосторонность, стремление сочетать лечебное дело с активным проведением санитарно-оздоровительных мероприятий, проявление многообразной инициативы по ее проведению, активное участие в общекультурной работе на селе. В ее «недрах» сформировался участковый врач, он же проводник и исполнитель санитарной работы, возник сельский врачебный участок как новый тип медицинской организации. Земская медицина послужила толчком к появлению санитарно-эпидемиологической службы, санитарного просвещения.

Сельский врачебный участок в советское время. В новом государственном здравоохранении от «земства», в первую очередь в терминологическом определении, стали уходить, хотя цен-

ность его первичной закладки – польза опыта, сложившегося в трудных условиях, для дальнейшего развития несомненна. В зарубежных странах также проявляли большой интерес к этому единственному в мире проведенному в масштабе государства социальному «эксперименту». Много из него было заимствовано для строительства своих национальных систем здравоохранения.

После революции 1917 г. произошло огосударствление всего медико-санитарного дела, объединение всех учреждений под единым управлением. В БССР с конца 1925 г. в процессе реконструкции народного хозяйства начали по-новому решать задачи развития сельского здравоохранения. Выдвинутый в это время лозунг «Лицом к деревне» способствовал расширению общественной деятельности медицинских работников села, реорганизации и укреплению сельской медико-санитарной сети. Значительный вклад в решение вопросов развития сельского здравоохранения внесли 1-й и 2-й Всебелорусские съезды по сельской медицине (1925, 1927) и 7-й Всебелорусский съезд Советов (1925). Основное внимание было сосредоточено на укреплении сельского врачебного участка, улучшении материального положения участкового медицинского персонала, районного звена здравоохранения. Перечень входящих в него учреждений расширился, добавились, в частности, колхозные родильные дома, молочные кухни, детские ясли.

В развитии сельского здравоохранения определенное время функционировала система, при которой руководство здравоохранением осуществлялось из трех центров – районного отдела здравоохранения, районной больницы и районной санитарно-эпидемиологической станции (СЭС). Административное руководство учреждениями здравоохранения осуществлял районный отдел здравоохранения местного совета депутатов трудящихся. Его штат состоял из 1 (2) человек, медицинские кадры ему не подчинялись, транспортом отдел не был укомплектован. В 1956 г. в СССР на базе районных больниц был сформирован единый руководящий центр, введена должность главного врача района, разработаны новое положение о районной больнице, положение о главном враче района. По данным на 1957 г., перестройка была осуществлена в 1455 районах, в том числе, в 7 сельских районах БССР.

Реорганизация районного звена сельского здравоохранения способствовала ликвидации былой организационной разобщенности и отчужденности между лечебной и санитарной службами в районе. Районная больница стала единым

административным и организационно-методическим центром по руководству здравоохранением в районе, взяв на себя функции ранее отдельно существовавших районного отдела здравоохранения и СЭС. Районные больницы, кроме оказания медицинской помощи населению в амбулаторных и стационарных условиях, осуществляли организационно-методическое руководство лечебной работой сельских врачебных участков, совместно с райСЭС – руководство санитарно-противоэпидемическими мероприятиями в районе [7].

Основная особенность новой системы медицинской помощи жителям села заключалась в ее этапности. Она реализовывалась комплексом медицинских учреждений, начиная от ФАПов и, последовательно, до областных и республиканских учреждений.

Первый этап – сельский врачебный участок – включал: участковую больницу с амбулаторией, или самостоятельную врачебную амбулаторию, ФАП, аптечные пункты, молочные кухни и др. Эти учреждения приближают первичную медико-санитарную помощь к сельскому населению. Последующие этапы перечислим без детализации учреждений, в целях завершения целостности системы в плане их административно-территориальной принадлежности: районный, областной, республиканский.

До 1970–1980-х гг. в сельских поселениях БССР (деревня, село, местечко, хутор) проживало более 70% населения. В последующие десятилетия в этом перечне селений произошли изменения, некоторые из них получили наименование агрогородок, поселок. До определенного времени, в соответствии с потребностью, определяемой в первую очередь численностью населения, прирастали организационно-штатная структура, материально-техническая база, то есть, в целом, – профессиональная мощь сельского врачебного участка. Среди населения росла уважительная оценка «своего» здравоохранения.

Естественно, наиболее доступной для первичного восприятия и оценки населением уровня (качества) медицинской помощи является лечебная деятельность. Она касается каждого отдельного пациента, часто проявляется в виде ожидаемого результата в момент осуществления лечебных мероприятий при оказании медицинской помощи.

Кажущейся отдаленной от населения, и в его оценке, на первый взгляд, менее заметной и значимой, являлась профилактическая работа [4; 5]. Впечатление отдаленности и малой значимости, несомненно, ошибочное и обманчивое. Подтверждением тому служат трагические прошлые эпидемические века (средневековье, эпоха возрождения), а также современный опыт (пандемия COVID-19).

В настоящее время на первый план в работе сельского здравоохранения преимущественно выступают диктуемые обстановкой массовые профилактические мероприятия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия. В перечень важнейших среди них входят привитие санитарной культуры, привлечение всех жителей к единообразию проведения полезных защитных действий в индивидуальном плане, в семье, трудовом коллективе, обществе, в границах государства. Как показывает опыт, такая направленность предупредительных мероприятий может сказываться одновременно сбережением здоровья больших групп людей. Вместе с тем, в восприятии повседневной жизни их первенство больше и чаще носит декларативный, или вторичный, характер. Преобладают «привычные» потребности, связанные с непосредственно беспокоящими человека проявлениями нарушений в состоянии здоровья.

Основными составляющими, определяющими развитие экономики государства, являются устойчивая демографическая ситуация и состояние здоровья населения. Относительно первого показателя, в течение 40 лет (1960–2000) численность населения Беларуси прирастала, в последующие десятилетия пошла на убыль (табл.). В наибольшей мере эти изменения проявились в сельской местности.

Социально-экономические меры стабилизации села. В каждое отдельное время они были разнообразными, носили волнообразный характер. После Великой Отечественной войны и в 1950–1960-е гг. сельские жители семьями «держались» земли – основного источника жизнеобеспечения. В этом же направлении их ориентировал региональный административно-управленческий аппарат: партийные и государственные структуры прилагали усилия, чтобы сельское население остава-

Таблица

Численность населения БССР (Республики Беларусь) (1960–2020 гг.)

Показатель	Годы				
	1960	1980	2000	2010	2020
Численность населения, тыс. чел.	8190	9658	10005	9490	9413

лось «при земле». Таковым было требование обстановки. Правда, используемые методы, средства, подходы, приемы имели мало согласованный с населением характер. В то время техническая оснащенность сельскохозяйственного производства оставалась еще низкой. Преобладал тяжелый, низко оплачиваемый ручной труд, поэтому требовалось много рабочих рук. Да и грамотность селян, особенно старших поколений, возвращенных западных территорий страны, была далеко не всеобщей.

Одной из мер «удержания при земле» сельских жителей был запрет на выдачу им паспортов. Например, выпускники школ могли их получить только при документальном подтверждении факта поступления на учебу в город. По таким и множеству других близких причин большинство населения жило в деревне. Учреждения сельского врачебного участка, в оценке местного населения, соответствовали своему назначению, – имели высокую степень уважения и доверия. Их профессиональная работа способствовала поддержанию социальной стабильности.

Таким образом, в течение третьей четверти XX века в плане демографического движения на селе было время своеобразного застоя в том смысле, что естественный прирост населения был небольшим, а численность наличной рабочей силы еще удовлетворяла спрос на нее. В этот период размеренной спокойной жизни постепенно восстанавливалась, прирастала, крепла экономическая мощь государства.

Одновременно среди населения, по восходящей, создавалась ситуация «ожидания перемен». Время ожидания было сравнительно недолгим. Перемены пришли, имели фронтальный характер, проявились быстрым ростом научно-технического прогресса, механизацией сельскохозяйственного производства, повсеместной электрификацией, радиофикацией села, новыми построенными по типовым проектам школами, сельскими врачебными учреждениями, которые функционировали с постоянным расширением возможностей предоставления качественной медицинской помощи, сельским клубом с библиотекой – центром культурно-массовой и просветительской работы, расширением торговой сети, улучшением возможности дорожных перемещений и, тем самым, формировали и поддерживали среди жителей села «местный» уклад жизни. На определенный период времени эти и другие подобные мероприятия принесли позитивные результаты. Люди видели заботу, стремились к новой, по сравнению с предыдущей, жизни. Населению страны были выданы

паспорта. Расширились возможности выбора места работы, жительства, учебы, отдыха, введены ежегодные отпуска, установлены трудовые пенсии и пр.

По тому времени, это было своеобразная вершина преобразований уклада, образа жизни, труда в сельской местности. Как отмечено выше, здравоохранение села имело позитивные результаты своего развития. Профессия врача и он сам – в глазах населения высокоинтеллектуальная личность, пользовались признанием и уважением. С его присутствием была в значительной степени связана стабилизация многих сторон жизни. Но этого уже оказалось недостаточно. Создались предпосылки, особенно среди сельской молодежи, получившей всеобщее среднее образование, приобретшей более широкий в сравнении с предыдущими поколениями кругозор, познавать, осваивать другие/новые жизненные пространства.

Отток сельского населения. В течение нескольких последних десятилетий XX в. начался и в первой четверти XXI в. продолжается массовый уход жителей из сельской местности.

С одной стороны, тому способствовали такие благоприятные условия, как строительство городов, рост в них промышленных мощностей, активная реклама/приглашение в средствах массовой информации, большой выбор рабочих профессий, разнообразие культурных мероприятий, облик самих городов, порывы молодости, романтика познавать новое и пр.

С другой стороны, с ростом механизации сельскохозяйственного производства, пропорционально уменьшался спрос на ручной труд. Снизилась потребность в самих рабочих. Негативным фактором сельскохозяйственных работ является их сезонность и связанная с этим оплата труда. В ряде мест стало проблемой трудоустройство. Постепенно затихала жизнь, пустели села. Сам по себе этот процесс шел с ускорением. В совокупности за пару десятилетий число сельских жителей сократилось в 3 раза. Многие территории «обезлюдились» Чернобыль. Если в 1940 г. городское население составляло 21%, сельское – 79%, то в 1975 г. доли сравнялись. В 2010 г. пропорция уже сложилась 3:1. В 2020 г. перевес в сторону численности городского населения увеличился еще больше.

Сложные процессы в сельском здравоохранении. Направленность этих процессов происходила в русле демографического движения в стране. В 1998 г. в республике функционировали 400 участковых больниц на 11900 коек и 372 врачебные амбулатории. За 15 последующих лет ко-

личество больниц сократилось на 60%. По состоянию на 2020 г., количество участковых больниц составило 130, коек в них – 3600. Одновременно на 60% возросло количество врачебных амбулаторий. Средняя мощность участковых больниц практически не изменилась и составляет 30 коек.

В недалеком прошлом потребности сельского населения в медицинском обслуживании удовлетворяла имеющаяся сеть участкового здравоохранения. Ныне она оказалась избыточной, то есть мало-, а в ряде мест вовсе не востребованной. Часть организаций здравоохранения (ОЗ) перепрофилированы или закрыты. Для многих функционирующих сельских ОЗ увеличены границы территории обслуживания (участка).

Одним из организационных отличий здравоохранения современного села является включение сельских ОЗ составной частью в районное звено здравоохранения. Участковые больницы (УБ) получили статус филиала центральных районных больниц (ЦРБ), врачебные амбулатории (ВА) – филиала центральных районных поликлиник (ЦРП). Они стали представлять собой единый комплекс районного здравоохранения. Целесообразность такой реорганизации виделась в стремлении расширить возможности, которыми располагает районное звено здравоохранения, в интересах всего сельского населения административной территории. Шаг, на первый взгляд, привлекательный. Но есть и оборотная сторона, требующая задуматься, насколько это способствует профессиональной самостоятельности сельского врача общей практики, ориентирует его на личную ответственность, стремление и возможности полноценно решать у себя на месте вопросы со здоровьем сельских жителей. Однозначного ответа на эти вопросы нет. Медицинская сеть села стала своеобразной «подсобной службой» районного звена здравоохранения. Если так ее рассматривать, то подобное ранговое место обидное, авторитета врачу участка среди сельского населения не принесет.

Есть еще одна сторона – это профессионально-кадровые вопросы комплектования и проблема устойчивости сельской медицины. Образно, сельское здравоохранение в отрасли пока что своеобразный «аэродром подскока», то есть, временного нахождения «профильного» подразделения в определенном обустроенном месте на период выполнения поставленной задачи. Суть данного «сравнения» состоит в том, что молодой врач, теперь уже врач общей практики, отработав после выпуска из университета установленный срок, вправе оставить первое место своей работы, если оно его не устраивает. Как видно из реальной

практики, желающих продолжать дальше свою работу по месту и в условиях начального трудового опыта немного. Сельские ОЗ – своего рода «перевалочные пункты», поскольку мало кого устраивают как место работы и жизни на последующую перспективу.

Вспомним реалии недалекого прошлого: некоторые сельские участковые врачи имели среди населения обидное наименование «диспетчер» по причине «рассылки» многих своих пациентов по узким специалистам районного звена здравоохранения. Тем самым, перекладывали с себя ответственность, которая для них становилась формальной. Результат в большинстве случаев негативный, – потеря доверия своих пациентов. При таком раскладе, полноценная работа сельского врача среди прикрепленного для обслуживания населения становилась малопродуктивной. Сам он от своей деятельности тоже удовлетворения не получал. Со времен философа-врача Аристотеля (IV в. до н.э.) ведется, что людям нужен врач, в которого они верят. На сегодняшний день эта многовековая аксиома по-прежнему актуальна. Это еще одна из немаловажных причин, почему врач по обстановке вынужденно переходит с одного места работы на другое.

Действительно, спрос на профессионализм врача всегда высокий. В качестве примера обратимся еще раз к опыту земской медицины. Земский участковый врач Н.А.Семашко, после революции первый нарком здравоохранения РСФСР, впоследствии о своей врачебной работе в земстве вспоминал, что он был «и швец, и жнец, и в дуду игрец, что означало – и терапевт, и хирург, и акушер, и педиатр».

Новым направлением реструктуризации сельского здравоохранения явилась перепрофилизация ряда бывших участковых больниц, – приспособление сохранившихся нефункционирующих зданий в больницы социальной помощи. Преимущественно на базе УБ, в некоторых районах – пустующих помещений других районных ОЗ, возвращены 102 (самое большое число было 107) больницы сестринского ухода (БСУ). Первичный расчет был следующим – 1 БСУ в каждом из 118 сельских административных районов.

Сельский врачебный участок сегодня и на перспективу. В заключение остановимся на «визитном» оформлении, или, иначе, уличной вывеске, сельской ОЗ. Как показывает практика, население с уважением воспринимает полное ее название как конкретного звена в общей системе государственного здравоохранения страны. На уличной вывеске оно в большинстве своем представлено в таком отраслевом адресующем формате: Министер-

ство здравоохранения Республики Беларусь / N-я центральная районная больница, / N-я амбулатория врача общей практики или / N-я участковая больница. В названии четко указывается название населенного пункта. Естественной составляющей в комплексе наружного обозначения ОЗ находится адрес (название улицы, номер дома).

Подобная четкость и определенность играют свою стабилизирующую роль. В среде медицинских работников наружное оформление ЛПО, особенно в случаях многолетней работы в них, оставаясь привычно одинаковым, воспринимается как само собой разумеющееся, и уже не привлекает к себе особого внимания. Вместе с тем, среди населения медицина воспринималась (и есть уверенность, что это восприятие сохранится) как особая система на службе общества, носитель порядка и чистоты, это понятие сочетается со здоровьем человека, средой его обитания. Четкое, привлекательное по оформлению обозначение на уличной вывеске ОЗ – это своеобразный начально закладываемый компонент последующего общения, способствующий формированию у населения внутреннего позитивного настроя к «своей» службе охраны здоровья. Закономерно ожидание людей, что хорошему наружному оформлению должно соответствовать и внутреннее устройство, укомплектование, потоки движения пациентов, порядок работы, располагающие к уважительному отношению, формированию веры в высокий профессионализм персонала, благополучие в плане личного здоровья. Глубинное смысловое значение четкого по содержанию и привлекательного по оформлению наименования организации – это элемент восприятия принадлежности к целостной и единой службе охраны здоровья, в которой все должно быть на высшем уровне.

Врач участковый общей практики должен быть специалистом интеграционного плана, координатором и организатором в деле охраны здоровья населения [9].

Количество районов в областях Беларуси: Брестская – 16, Гродненская – 17, Витебская, Могилевская, Гомельская – по 21, Минская – 22. Количество сельских советов в районе колеблется от 9 (Могилевская обл.) до 14 (Минская обл.). Между этими крайними величинами находится среднее число сельских советов в других областях страны.

Сегодня медицинские подразделения сельского врачебного участка представлены участковой больницей с амбулаторией либо амбулаторией врача общей практики. Им подчинены развернутые на участке медицинские подразделения. В отдельных населенных пунктах функционируют фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). Их количество год от

года уменьшается. Причина та же, что и сокращения сельских больниц/амбулаторий – уменьшение численности обслуживаемого населения и, как следствие, сокращение объема работы: 2000 г. – 2848 ФАП, 2010 г. – 2360, 2020 г. – 2033 ФАП.

Территория врачебного участка обычно соответствует границам сельских административных единиц (одного – двух сельских советов) с радиусом 10–15 км. В силу множества причин в ряде территорий радиус может корректироваться. Особенно в настоящее время, когда численность населения на территории обслуживания сокращается, а численность населенных пунктов, оставшееся живущее население в которых переадресовано для медицинского обслуживания к другой ближайшей сельской ОЗ, может увеличиваться.

Заключение. ОЗ сельского врачебного участка – комплексного медико-санитарного учреждения – являются важнейшей составной частью первичной медико-санитарной помощи. В 1979 г. генеральный директор ВОЗ Х.Малер, говоря об успехах СССР в создании всеобъемлющей системы здравоохранения, отметил, что много полезных уроков можно извлечь из процесса эволюции первичной медико-санитарной помощи и ее роли в системе здравоохранения. Немаловажный из этих уроков – увязывание развития здравоохранения с целями социального развития. Успехи в сохранении здоровья населения достижимы посредством взаимодействия здравоохранения со всеми областями социальной жизни и экономики страны.

Первичная медико-санитарная помощь в сельской местности включает в себя мероприятия ФАПов, амбулаторий, участковых больниц и других организаций сельской местности. По-прежнему велика роль доврачебной медицинской помощи. Сельские жители часто обращаются за медицинской помощью к фельдшерам, акушеркам ФАП. В Российской Федерации к концу XX века удельный вес их самостоятельной лечебной деятельности составлял почти 40% всех посещений в сельские медицинские организации, а посещение больных на дому – более половины всех посещений [10–12]. Сохранение принципа участковости на селе позволяет поддерживать постоянные контакты организаций здравоохранения с населением, руководством административных территорий, сельскохозяйственных предприятий, школ, сотрудничающей с государством церковью, опираться на их поддержку, проводить широкие санитарно-оздоровительные мероприятия. Врач СБУ является одной из центральных фигур, обеспечивающих качественное медицинское обслуживание и социальную стабильность среди населе-

ния, проживающего на территории его профессиональной ответственности. В пример его высокого статуса приведем данные по общей врачебной практике в Великобритании [13]: до 90% своих пациентов врач общей практики лечит самостоятельно, и только в 10% случаев он пользуется помощью специалистов или госпитального звена. И еще два достойных внимания факта из опыта здравоохранения Великобритании:

а) стабильности врача в практике способствует высокое финансовое содержание исполняемой им должности;

б) редок переход жителей из одной врачебной практики в другую по причине не сложившихся с врачом контактов или неудовлетворенности получаемой медицинской помощью.

Применительно к Беларуси, в ряду многих слабых, для устойчивости медицинских кадров СВУ, высокого уровня их профессиональной подготовки, эффективности работы в сельской местности важное значение имеют наличие обустроенного, на уровне достижений современного жилищного строительства, комфортного, близкого к месту работы жилья, экономическая привлекательность исполняемой должности, ответственное самостоятельное планирование и ведение хозяйственно-финансовой деятельности, лицензирование медицинских кадров и аккредитация ОЗ на уровне стандартных требований к оснащению, укомплектованию, работе общей врачебной практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абецдарский, Л.С.* История БССР [Текст]: Учебник для учащихся сред. школы / Л.С.Абецдарский, М.П.Баранова, Н.Г.Павлова; Под ред. Л.С.Абецдарского. – 5-е изд., с 4-го белорус. – Минск: Нар. асвета, 1979. – 288 с., 8 л. ил., 1 отд. л. карт: ил.
2. *Лекарев, Л.Г.* Сельский врачебный участок / Л.Г.Лекарев. – М.: Медгиз, 1949. – 155 с.
3. *Баткис, Г.А.* Социальная гигиена и организация здравоохранения / Г.А.Баткис, Л.Г.Лекарев. – М.: Медицина, 1969. – 599 с.
4. *Агаев, Э.Р.* Сельский врачебный участок / Э.Р.Агаев, В.В.Болдырева. – М.: Медицина, 1975. – 176 с.
5. *Гаджиев, Р.С.* Сельский врачебный участок / Р.С.Гаджиев. – М., 1988. – 271 с.
6. *Капустин, М.Я.* Основные вопросы земской медицины / М.Я.Капустин. – СПб.: Тип. кн. В.Оболенского, 1889. – 99 с.
7. *Калью, П.И.* Перестройка районного звена сельского здравоохранения / П.И.Калью, Н.Н.Морозов // Перестройка районного звена сельского здравоохранения: сборник статей / под ред. Калью П.И., Морозов Н.Н. – М., 1957. – С.4–12.
8. *Гехтман, М.Я.* Районная больница в новых условиях / М.Я.Гехтман, А.П.Дискаленко, В.А.Ильин. – Кишинев, 1957. – 110 с.
9. *Петраков, Б.Д.* Организация работы участкового

врача-терапевта / Б.Д.Петраков. – М.: Медицина, 1979. – 175 с.

10. *Бржевский, В.Ч.* Очерки истории земской хирургии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.Ч.Бржевский. – Гродно, 1967. – 28 с.
11. *Хирургическая помощь на фельдшерском пункте / под ред. проф. Б.М.Хромова. – Л., 1978. – 375 с.*
12. *Ирошникова, Л.Е.* Организация доврачебной медицинской помощи на селе / Л.Е.Ирошникова, Л.А.Зенина. – Самара, 1997. – 237 с.
13. *Стародубов, В.И.* Врач первичного звена в условиях реформирования системы здравоохранения / В.И.Стародубов, Ю.В.Михайлов, Ю.А.Коротков. – М.: ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2002. – 153 с.

FORMATION AND DEVELOPMENT OF MEDICAL AND SANITARY ORGANIZATION IN RURAL AREAS

N.N.Piliptsevich, T.P.Pavlovich, A.N.Piliptsevich

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Healthcare sustainability in rural areas is determined by favorable demographic situation, health status of the resident population, territorial and transport accessibility. Rural healthcare area is a leading comprehensive front-line healthcare organization of rural healthcare. Effectiveness of its activity is ensured by presence of capital fund in good condition and complying the purpose; location of upgraded doctor's housing near it; modern material and technical equipment; present post's economic attractiveness; stability of medical staff; medical and social activity of the resident population.

Keywords: rural healthcare area; general practitioner; demographic movement; organizational structure of rural healthcare; preventive direction of work.

Сведения об авторах:

Пилипцевич Николай Николаевич, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 6898780; e-mail: ozz@bsmu.by.

Павлович Татьяна Петровна, канд. мед. наук, доцент; УО «Белорусский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 1768817; e-mail: ozz@bsmu.by.

Пилипцевич Андрей Николаевич, канд. мед. наук; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общей врачебной практики; тел.: (+37529) 1898941; e-mail: ovp@bsmu.by.

Поступила 14.01.2022 г.