

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ

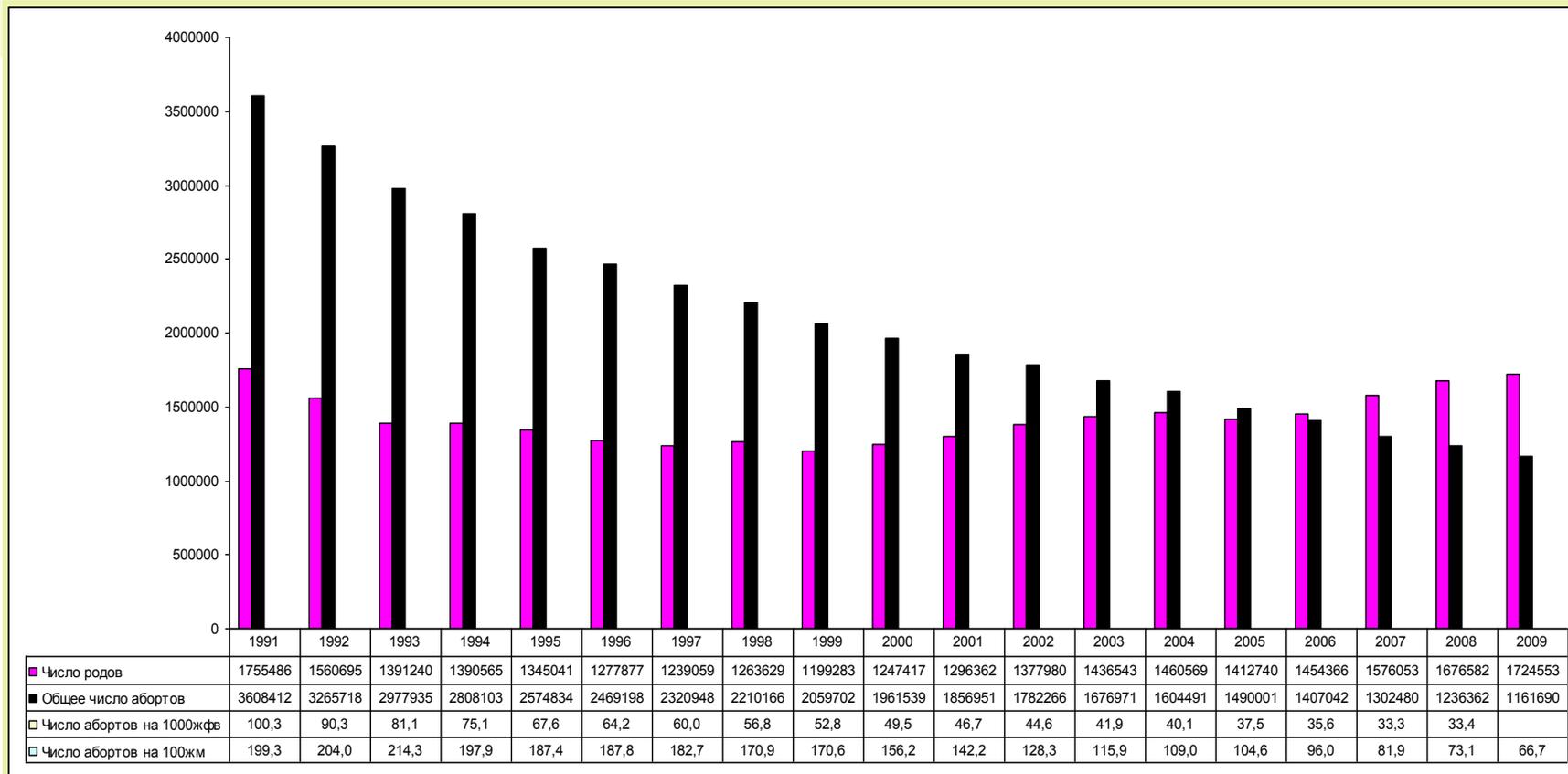
**Суханова Людмила Павловна
Д.м.н., вед.научн.сотр.
ФГУ ЦНИОИЗ Росстата**



Принципиальные особенности акушерско-гинекологической службы

- **Популяционная значимость** – влияние на основные демографические показатели – **здоровье рождающегося поколения и репродуктивный потенциал населения в будущем.**
- **Родовспоможение является истинным инструментом управления здоровьем населения.**
- **Дефекты родовспоможения ведут к необратимым потерям общественного здоровья.**
- **Качество службы родовспоможения характеризует общий уровень социально-экономического развития и потенциал жизнеспособности территории.**

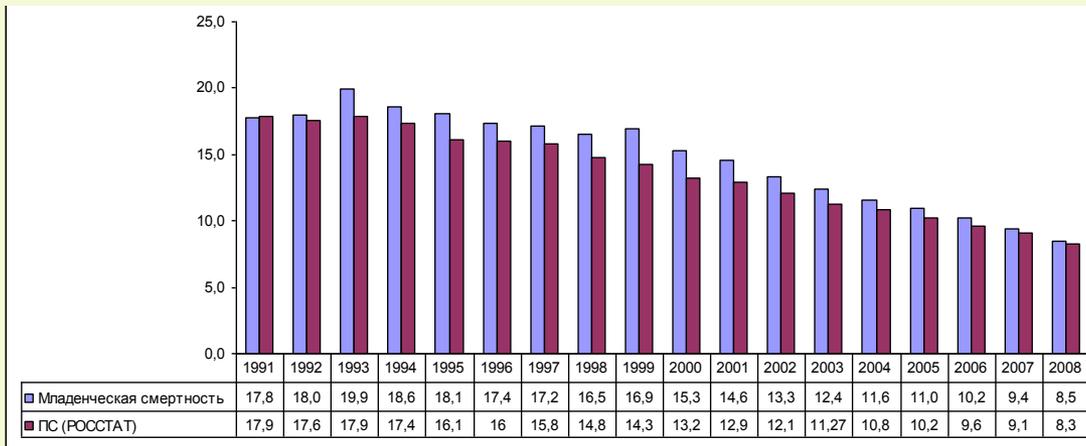
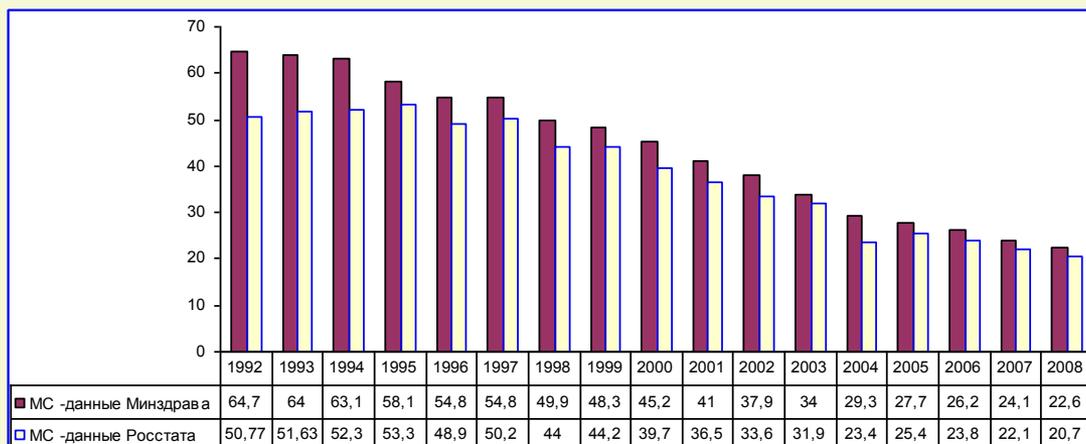
Динамика числа родов и абортсв в России в 1991-2009гг. (абс.числа)



**Качественные показатели службы
родовспоможения
и предотвратимая патология в родах
определяются уровнем квалификации и
профессионализма медицинского
персонала**

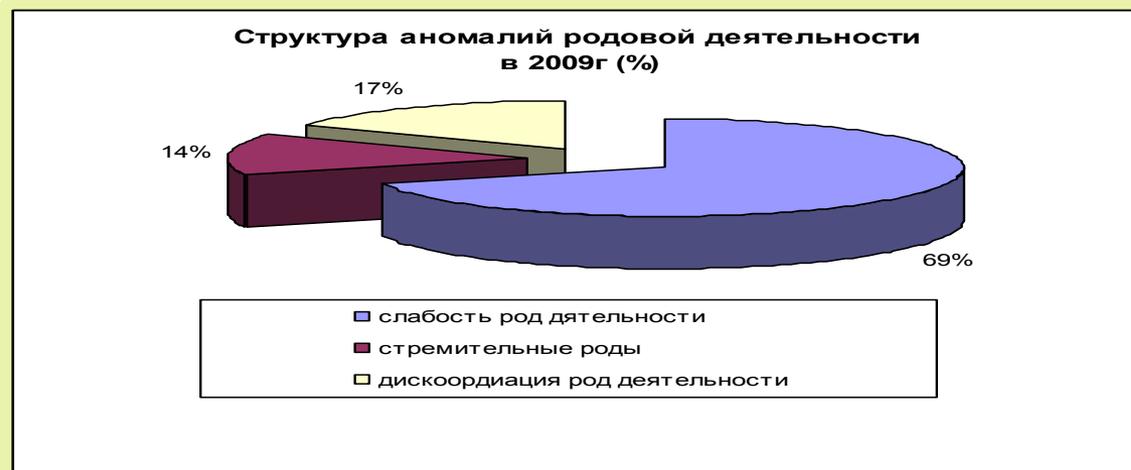
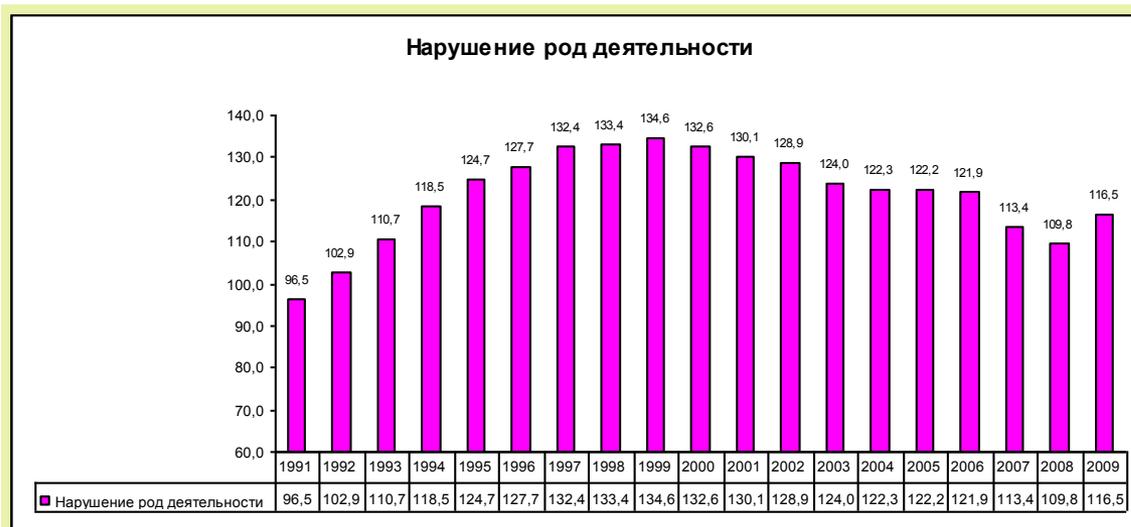


Динамика материнской, перинатальной и младенческой смертности в России



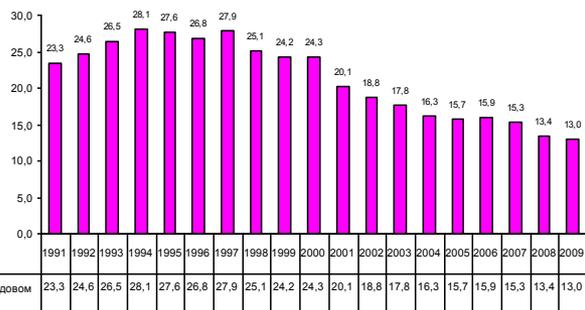
Осложнения родов

(на 1000 родов)

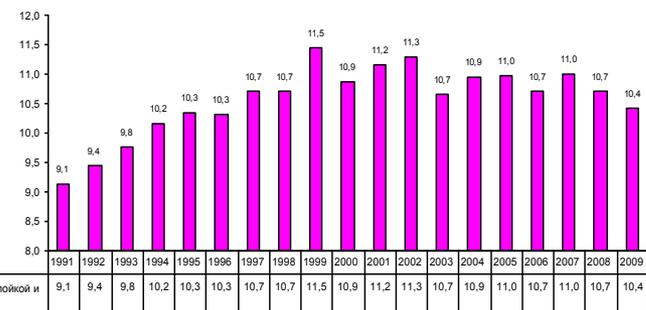


Осложнения родов (на 1000 родов)

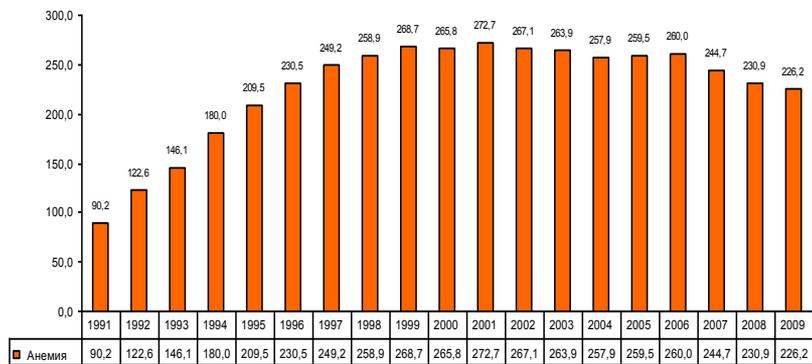
Кровотечение в послеродовом и послеродовом периоде



Кровотечение в связи с отслойкой и предлежанием плаценты



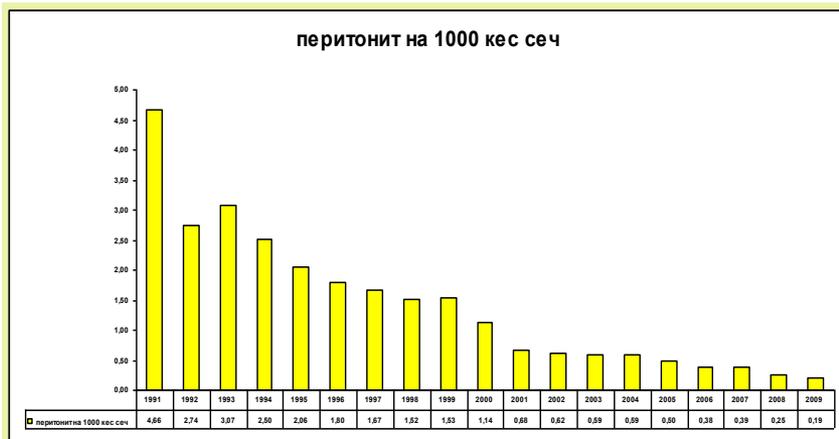
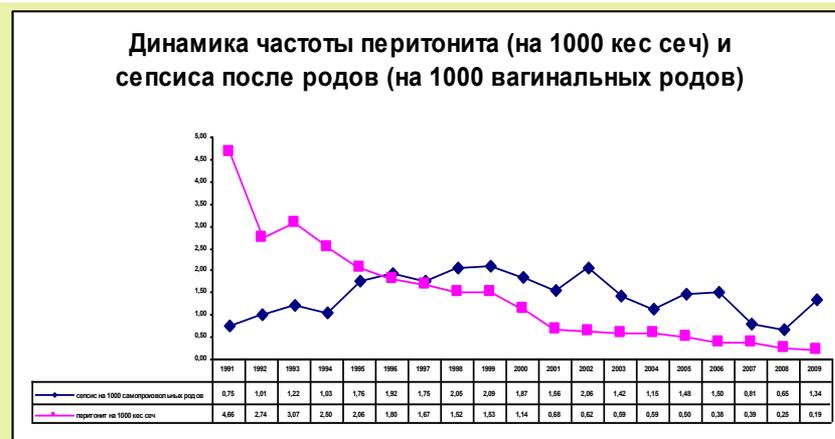
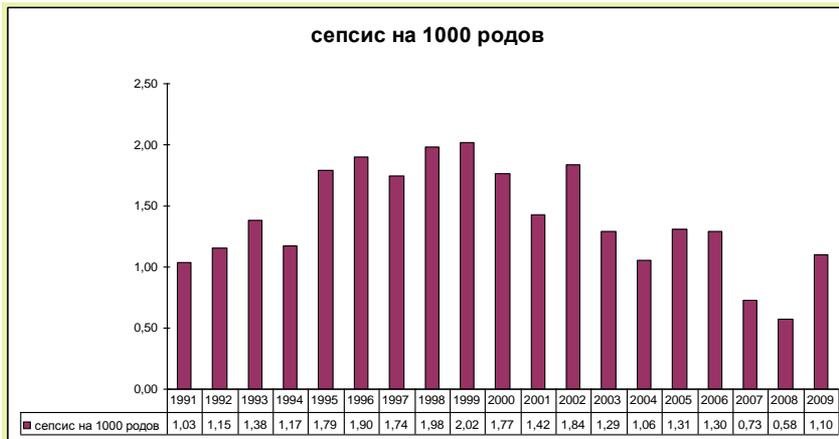
Анемия



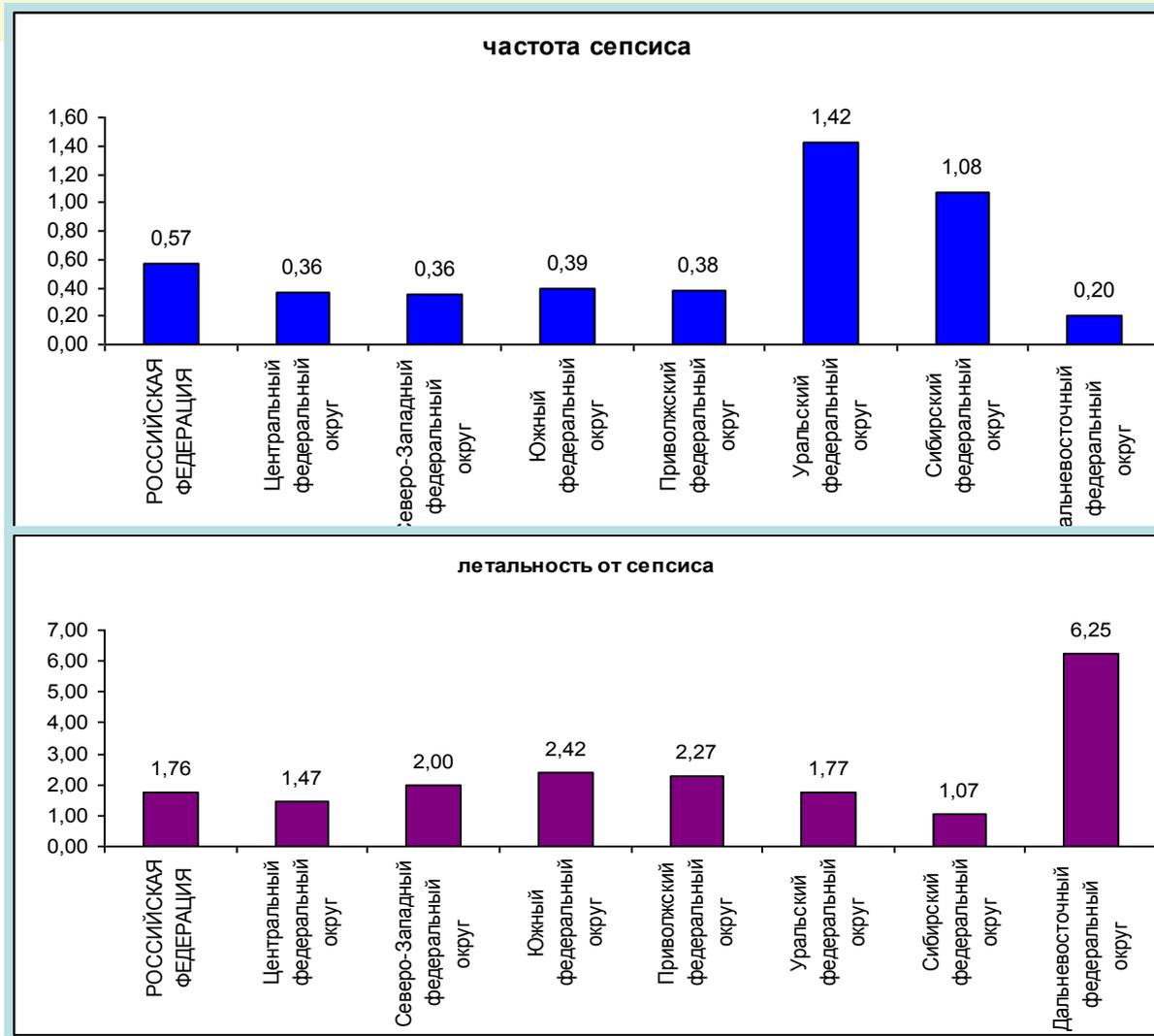
Акушерский травматизм



Сепсис и перитонит после кесарева сечения

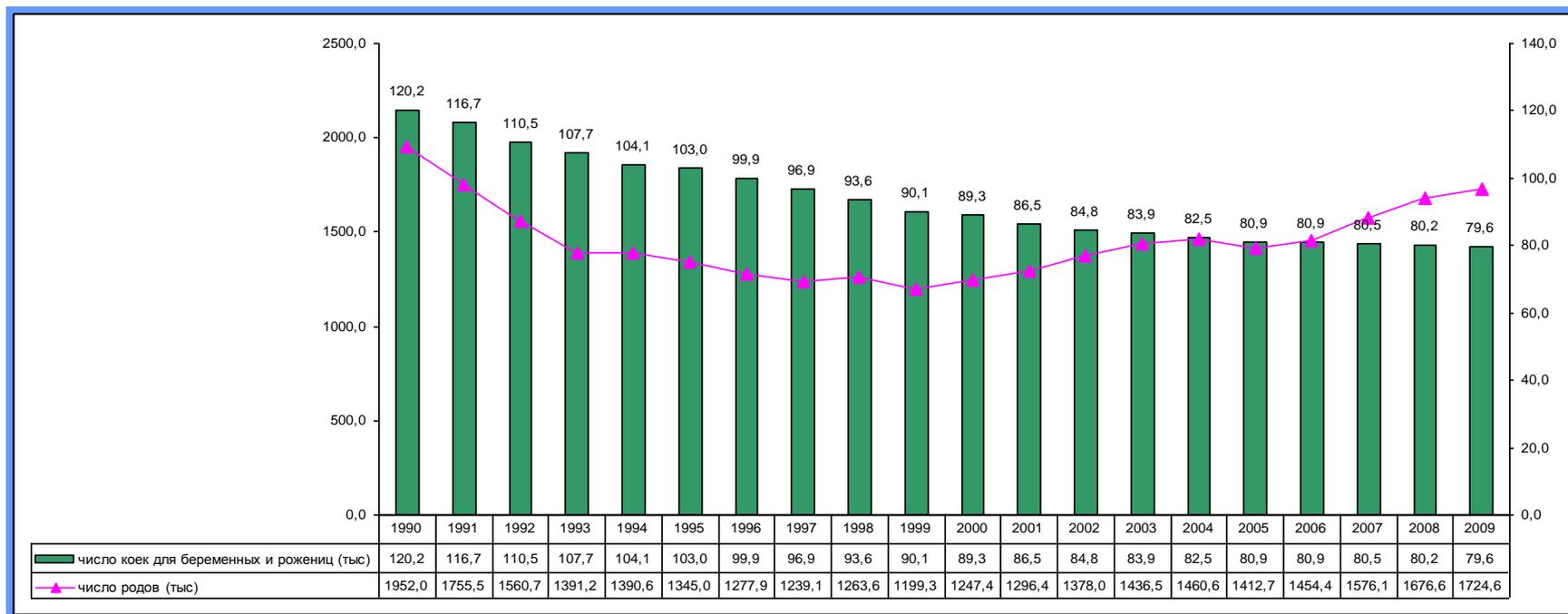


Частота сепсиса и генерализованной послеродовой инфекции (на 1000 родов) и летальность (на 100 заболевших) по ФО, 2008г.



- Динамику послеродового сепсиса нельзя не связать с неблагоприятной тенденцией в ресурсном обеспечении родовспоможения – устойчивым **снижением коечного фонда** в России - в 1,5 раза за постсоветский период (с 120,2 до 79,6 тыс. коек за 1990-2009гг.)
- при закономерном увеличении **интенсивности работы акушерской койки** (среднегодовой занятости, оборота койки в году и других показателей).

Динамика числа акушерских коек (тыс) в сопоставлении с числом родов (тыс.) в России в 1990-2009 гг.

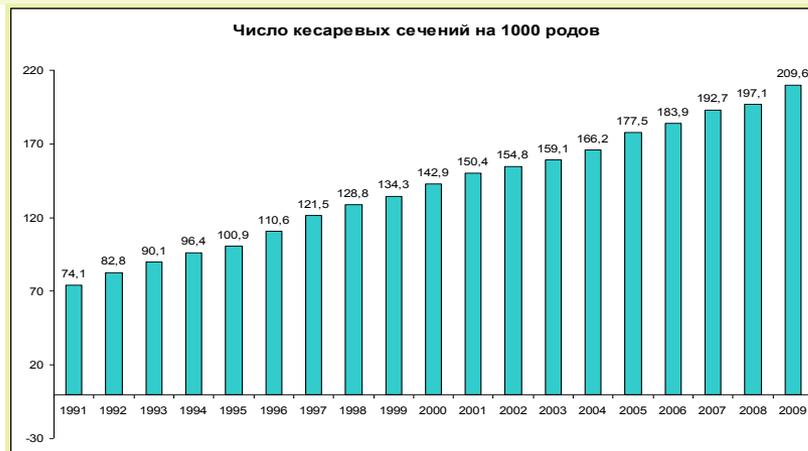


Работа акушерской койки

- Закономерным результатом процесса снижения акушерских коек является
- рост их **среднегодовой занятости**
- - на 19,6% за 1999-2008гг. коек для беременных и рожениц
- - на 8,9% коек патологии беременности
- одновременно происходит неизбежное снижение средней **длительности пребывания на койке**
- - на 18,5% коек для беременных и рожениц
- - на 21,8% коек патологии беременности

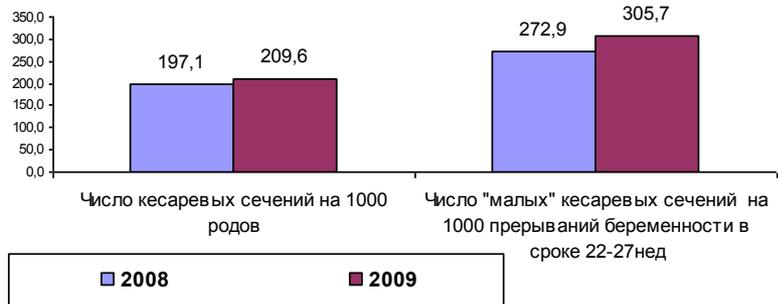


Кесарево сечение

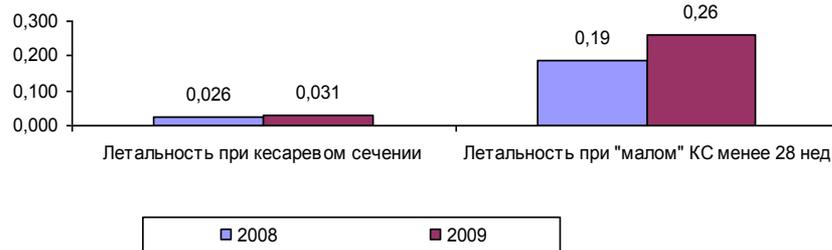


Акушерские операции и их исходы при разных сроках гестации (менее 28 недель и 28 недель и более) в 2008-2009 гг.

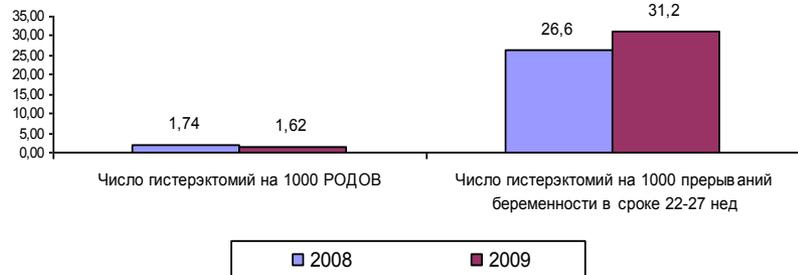
Частота кесарева сечения и "малого" кесарева сечения в 2008 и 2009 гг. (на 1000)



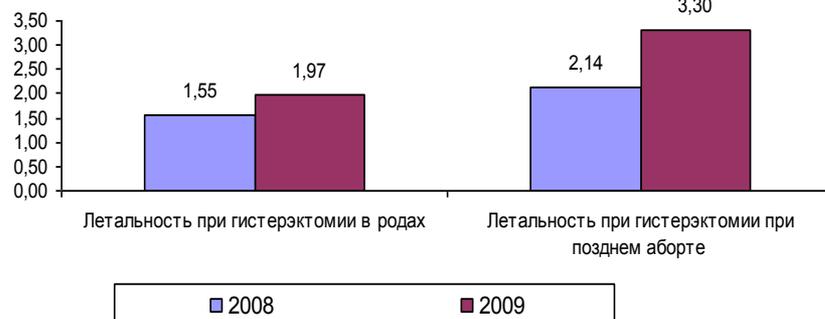
Летальность при кесаревом сечении и "малом" кесаревом сечении в 2008 и 2009гг. (на 100 оперированных)



Акушерские гистерэктомии в родах и при поздних абортах (на 1000)



Летальность при акушерской гистерэктомии



Приказ Минздрава России

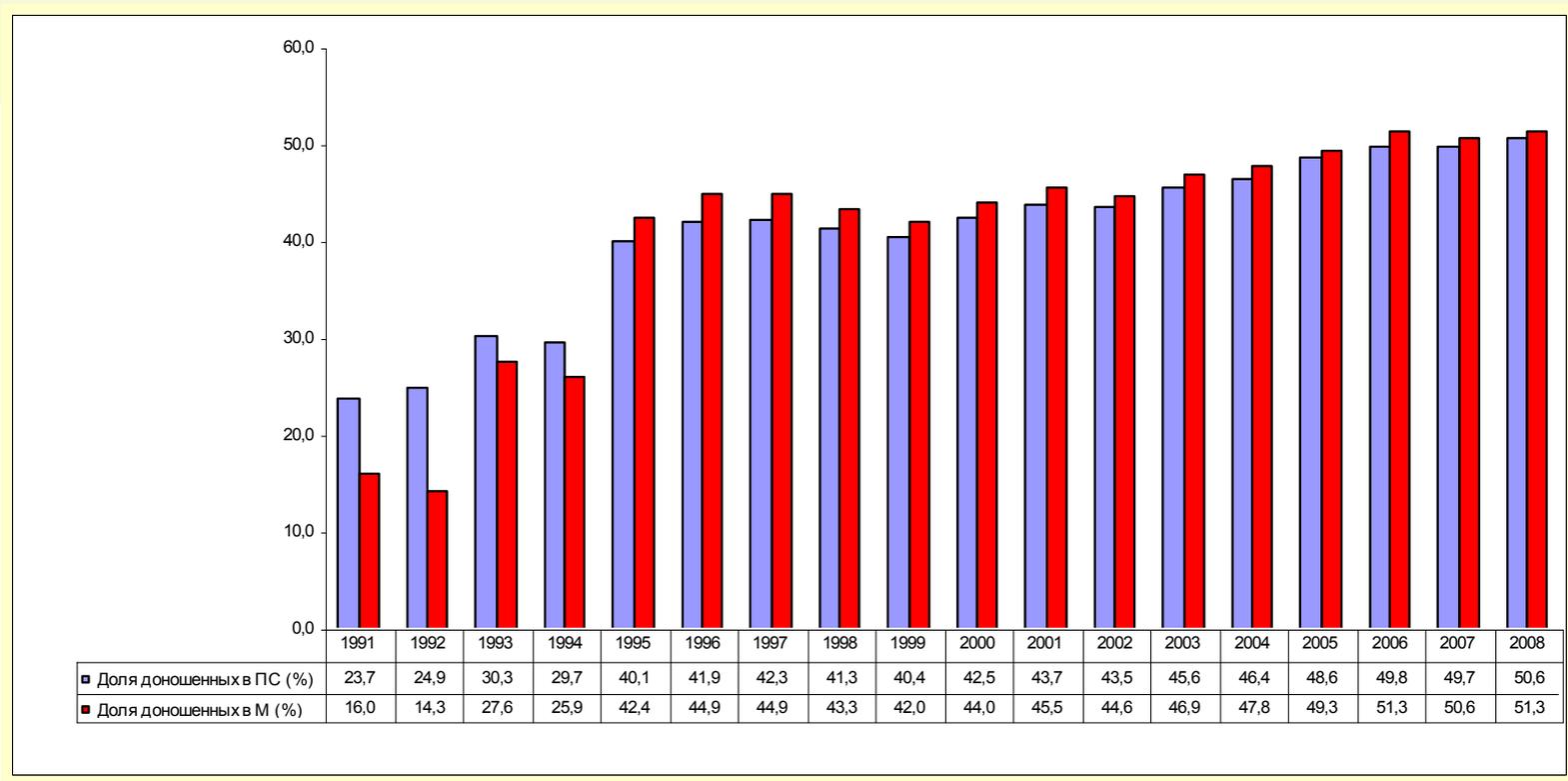
№ 318 от 04.12.1992 г. «О переходе на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертворождения».

«В случае, если новорожденный **массой тела от 500 до 999 г.** прожил **более 168 часов** (7 суток), он подлежит официальной регистрации как **родившийся ребенок** и, в случае смерти, регистрируется как **умерший** (Приказ Минздрава России № 318 от 04.12.1992 г. и постановление Госкомстата РФ №190 от 04.12.1992 г.

«При этом **роды у женщины регистрируются** в соответствующих статистических формах №13 и №32 **как «поздний выкидыш»** – согласно "Письму" Минздрава РФ от 01.07.2002 г. №2510/6513-02-32 "О некоторых вопросах статистического учета в службе родовспоможения"



Рост удельного веса доношенных детей в структуре перинатальной смертности (%)

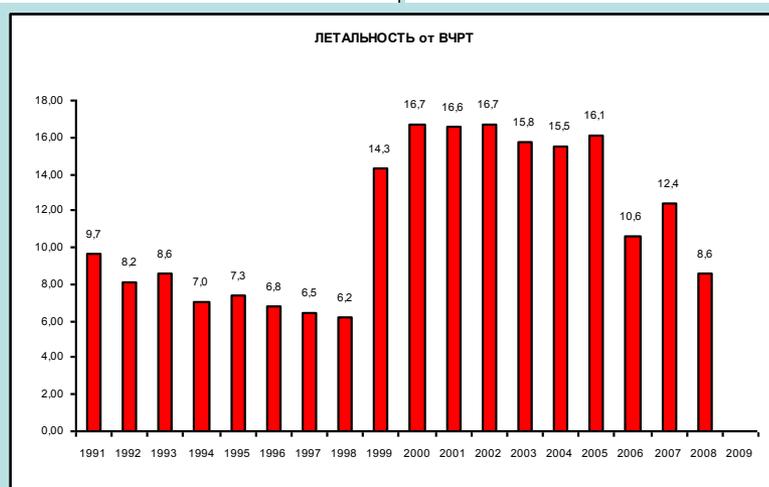
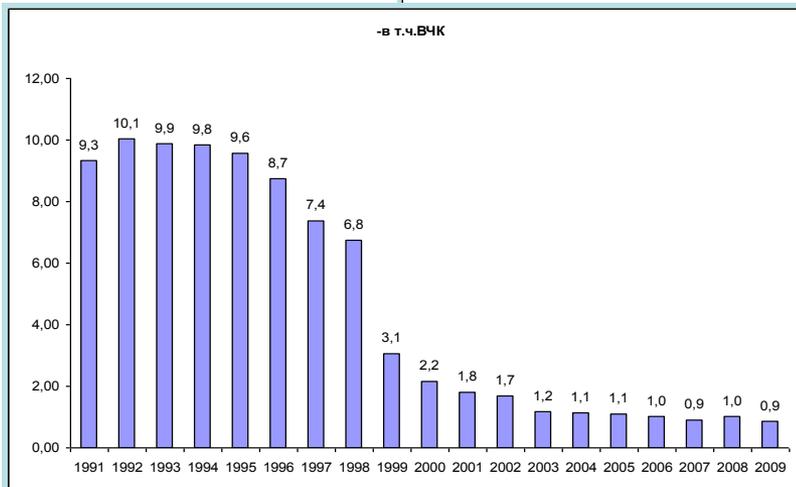


ДЕФОРМАЦИЯ СТРУКТУРЫ ПС ОТРАЖАЕТ

- Степень недорегистрации недоношенных низкой массы тела
- Диссонанс в уровне организации медицинской помощи при доношенной и недоношенной беременности (в ЛПУ разного уровня)



Родовая травма новорожденных (на 1000 родившихся живыми)



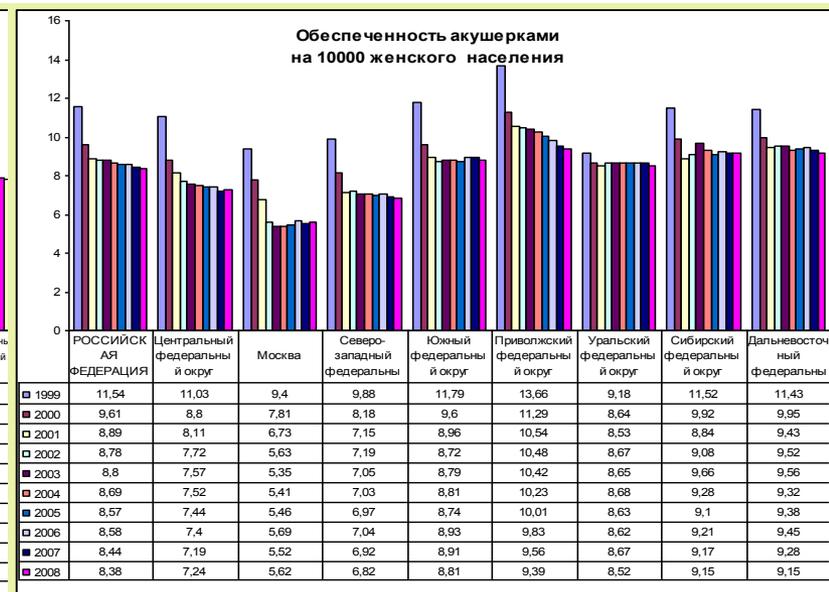
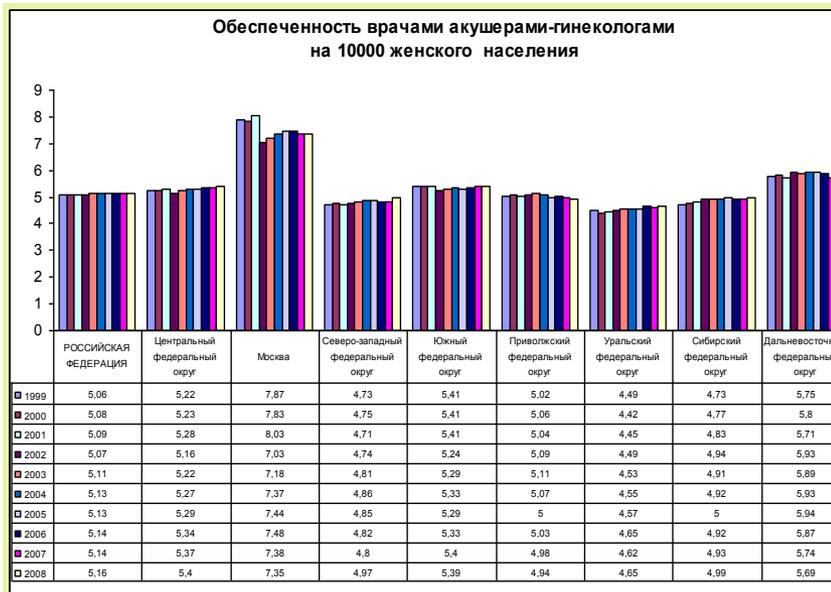
Динамика респираторной патологии новорожденных доношенных и недоношенных в 1999-2008гг. (на 1000 живорожденных)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008/ 1999 ±%
Респираторные нарушения	31,92	33,11	34,63	36,34	36,2	36,68	37,46	39,39	38,94	39,43	23,5
РДС	17,4	18,1	17,8	18,7	19,1	18,6	18,9	19,5	19,5	20,5	17,6
РДС доношенных	5,73	6,26	5,86	6,15	6,12	5,86	6,18	6,13	5,89	6,56	14,5
РДС недоношенных	190,8	204,9	211,2	223,7	235,8	234	241,7	256,3	260,9	270,8	41,9
Аспирационный с-м	4,29	4,14	4,38	4,66	4,57	4,74	4,9	5,17	5,3	5,6	30,5
Аспирационный с-м доношенных	3,76	3,83	4,09	4,41	4,35	4,64	4,74	5,1	5,18	5,41	43,7
Аспирационный с-м недоношенных	12,2	9	9,1	8,6	8,2	6,5	7,6	6,5	7,4	9,1	-24,9
Аспирационная пневмония	0,83	0,85	0,99	1,07	0,94	0,96	1	1,23	1,08	1,01	21,6
Аспирац пневмония доношенных	0,7	0,71	0,9	0,98	0,87	0,9	0,88	1,08	1,03	0,95	36,8
Аспирац пневмония недоношенных	2,87	3,09	2,35	2,56	2,11	1,97	3,05	3,71	1,96	2,1	-26,8
Врожденная пневмония	5,72	5,84	6,8	7,6	7,26	7,86	7,8	8,08	8,42	8,1	41,6
врожденная пневмония доношенных	3,75	3,72	4,42	5,18	4,9	5,14	5,19	5,46	5,47	5,01	33,7
врожденная пневмония недоношенных	35	39,5	45,3	47,3	46,7	53,7	53,5	54,5	60,6	63,6	81,9

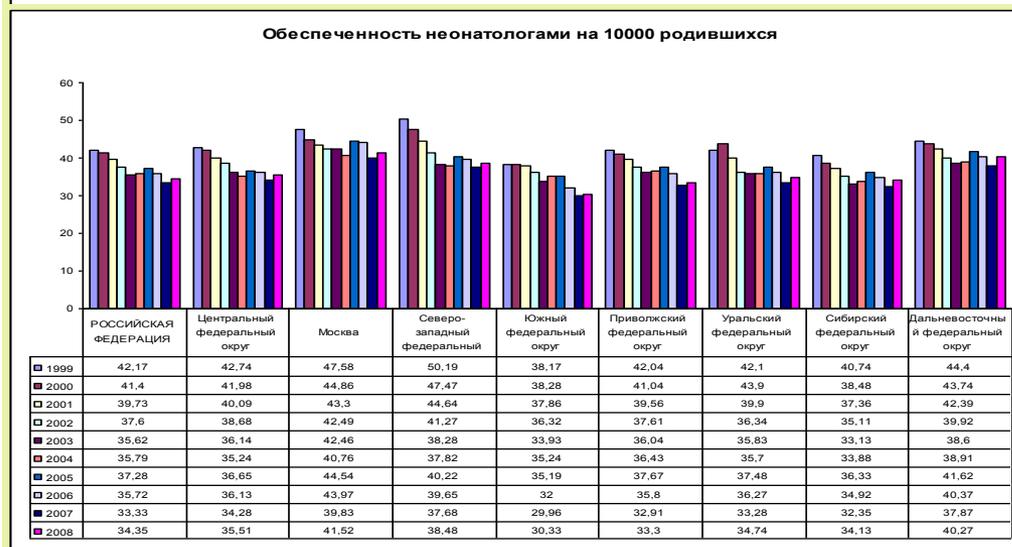
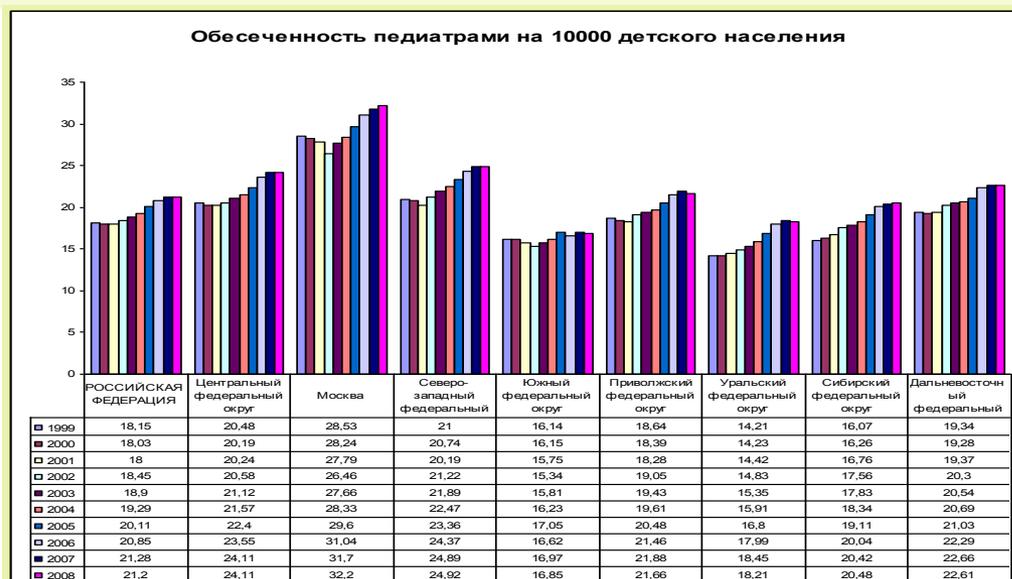
Кадровые ресурсы акушерско- гинекологической службы



Обеспеченность врачами акушерами-гинекологами и акушерками (на 10000 женского населения)



Обеспеченность врачами педиатрами и неонатологами (на 10000 соотв. населения)



Эволюция нормативно- правовой базы неонатальной службы в России (за 70 лет)



Приказ Народного Комиссариата здравоохранения СССР 18.03.1941 г.

- **1941г.**
- утвердил число должностей ординаторов-педиатров следующим образом:
- в роддомах **на 40 коек – 0,5 должности**, на **60 коек – 1**, на **100 коек – 1** и, кроме того, **1 должность заведующего** отделением, выполняющего работу ординатора;
- **на 140 коек – 1,5 должности**, кроме того, заведующий отделением,
- **на 200 коек – 3,5 должности**, из них 2 - заведующих отделением в физиологическом и «сомнительном» (обсервационном) акушерском отделении.



Приказ № 234 по Народному Комиссариату здравоохранения СССР от 20.04.1945 г.

- **1945 год**
- **определил в родильных домах с числом
коек *45, 55 и 65 - 1 должность* врача-
педиатра,**
- **с числом коек *75 и 85 – 1,5* должности,**
- **с числом коек *95 – 2* должности.**
- **(Штатное расписание весьма скудное,
однако, оно в некоторой части *улучшало*
ситуацию в сравнении с предыдущим)**



Приказ Минздрава СССР №116 от 17.02.1950 г.

- **1950 год**
утверждена **одна должность врача-педиатра на 30 коек новорожденных** в физиологическом акушерском отделении,
- **на 20 – в обсервационном**
- **и на 15 коек для недоношенных детей.**
- **Т.е. сохранялась положительная тенденция - улучшение штатного расписания и организации неонатальной помощи в родильных домах.**



Приказ Минздрава СССР № 233 от 10.04.1965 г.

- **1965 год - ситуация ухудшена:**
 - 1 должность врача-педиатра на 35 коек** здоровых новорожденных детей (0,5 должности на 18 детей),
 - 25 коек новорожденных** обсервационного отделения и детей от матерей больных туберкулезом или септическими послеродовыми заболеваниями (0,5 должности на 13 коек)
 - 20 коек для недоношенных детей** (0,5 должности на 10 коек).
- Приказом введена должность **заведующего отделения при наличии не менее 60 коек** новорожденных и **40 коек для недоношенных детей.**



Приказ Минздрава СССР № 233 от 10.04.1965 г.

- **1965 год :**
Должности **медсестер по уходу за новорожденными** установлены:
- в родильном доме **на 35 коек один круглосуточный пост** и одна должность, **на 40 коек – один пост и две должности**, **45-50 коек – один пост и 3 должности**;
- на **55 и более коек – один пост на каждые 20 детей.**
- В наблюдационном отделении - круглосуточный сестринский пост **на каждые 15 детей**,
- для обслуживания недоношенных новорожденных – один сестринский пост **на 8 коек.**

Приказ Минздрава СССР №1495 от 29.12.1983 г.

- **1983 год**
Это штатное расписание сохранено
- **1 должность врача-педиатра**
- **на 35 коек физиологии новорожденных**
- **25 коек новорожденных обсервационного отделения**
- **20 коек для недоношенных детей**
- Должность заведующего введена в отделении новорожденных на 90 коек (вместо 0,5 ставки врача).
- Этим же приказом было разрешено **увеличение числа должностей педиатров до 5-ти с целью обеспечения круглосуточного дежурства в родильных домах, имеющих 110 и более коек – в пределах плана и бюджета здравоохранения**



Приказ Минздрава СССР №1495 от 29.12.1983 г.

- **1983 год**
- Должности **медсестер** по уходу за новорожденными **сохранены**
- один круглосуточный сестринский пост
- **на 20 – 15 – 8 детей** в отделении физиологии новорожденных, наблюдационном и для недоношенных.
- Штатные нормативы медицинского персонала отделений недоношенных новорожденных **детских городских больниц сохранялись** равными таковым в родильном доме
- – **1 врач-педиатр на 20 коек и 1 медсестра на 8 коек** для недоношенных детей.

Приказ Минздрава СССР №1567-ДСП от 06.12.1985 г.

- **1985 год**
Улучшено штатное расписание в отношении медицинского персонала, обслуживающего **недоношенных детей**
- **1 должность педиатра на 10 недоношенных и**
- **1 круглосуточный пост медсестры на 4 койки недоношенных**
- (вплоть до организации **индивидуального поста** для выхаживания маловесных детей).
- Таким образом, приказ существенно улучшил положение дел с организацией выхаживания недоношенных детей, **при сохраняющемся нормативе в отношении здоровых новорожденных**
- – **1 должность врача-педиатра на 35 детей**
- **И 25 детей обсервационного отделения.**



Приказ № 1263 Минздрава СССР от 23.12.1986 г.

- **1986 год** «О мерах по устранению серьезных недостатков в работе по охране здоровья детей раннего возраста и снижению детской смертности»
Утверждены штатные нормативы медицинского персонала для обслуживания **недоношенных детей** –
- одна должность **врача-педиатра на 10 коек и медсестры на 4 койки**
- Для обеспечения круглосуточной педиатрической помощи в штатах родильных домов, имеющих **не менее 90 коек** новорожденных, может устанавливаться **до 4-х должностей врачей-педиатров** сверх полагающихся в соответствующих пунктах.
- **Штатные нормативы врачей и медсестер в отношении детей физиологического и наблюдательного отделения родильных домов данным приказом сохранены**
- **- 35 и 25 коек для врача и 20 и 15 коек для медсестры**



- **Этот норматив:**
- ***(35 коек в отделении физиологии и 25 в
обсервационном для врача***
- ***и 20 и 15 коек для поста медсестры)***
- **сохранялись в Российских учреждениях
родовспоможения **в течение**
последующих 17-ти лет (1986-2003гг.) -
до приказа Минздрава РФ от 5 августа
2003 г. N329.**



Приказ Минздрава РФ от 5 августа 2003 г. N329

- **2003 год** «О совершенствовании организации медицинской помощи новорожденным детям в акушерских стационарах».
- Утверждены новые штатные нормативы медицинского персонала отделений для новорожденных детей»:
- **1 должность врача-неонатолога на 25 коек** для новорожденных акушерского физиологического отделения (палат),
- **20 коек** для акушерского наблюдательного отделения (палат)
- **10 коек** для недоношенных новорожденных.
- Должности медицинских сестер установлены из расчета 1 круглосуточный пост на **15 коек новорожденных акушерского физиологического отделения** и **12 коек акушерского наблюдательного отделения (палат)**.



Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.10.2009 г. N 808н

- 2009 год «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»
- **Врач-неонатолог** Из расчета 1 должность: **на 25 коек** для новорожденных детей акушерского физиологического отделения; **на 15 коек** для новорожденных детей **акушерского наблюдательного** отделения (палат) и детей от матерей, больных туберкулезом или септическими послеродовыми заболеваниями; **на 10 коек недоношенных** новорожденных детей.
- В целях обеспечения круглосуточной неонатальной помощи устанавливается **до 5 должностей врачей-неонатологов** сверх числа перечисленных.
- **В ОРИТН врач-анестезиолог-реаниматолог (новорожденных)** Из расчета: **1 должность** (при наличии отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных). **1 круглосуточный пост на 3 койки** в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (при наличии).



Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.10.2009 г. N 808н

- **2009 год**
- **Медицинская сестра** палатная из расчета 1 круглосуточный пост: **на 15 коек новорожденных** акушерского физиологического отделения; **на 10 коек новорожденных** акушерского наблюдационного отделения, но не менее 1 круглосуточного поста; **на 5 коек недоношенных** новорожденных, не нуждающихся в реанимации; **на 15 коек** для новорожденных от матерей, больных туберкулезом (при наличии специализированного отделения); **на 4 койки на посту интенсивной терапии** или в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (при наличии); **на 10 коек** мать и дитя (при наличии отделения).



Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.10.2009 г. N 808н

- **2009 г. «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ»**
- **Врач-акушер-гинеколог 1 должность:**
 - **на 10 коек** в отделении патологии беременности;
 - **на 10 коек** в акушерском физиологическом отделении;
 - **на 10 коек** в акушерском наблюдательном отделении;
 - **из расчета 1 круглосуточный пост на 3 индивидуальные родовые; на 1 предродовую и родовую.**
- **Врач-анестезиолог-реаниматолог из расчета 1 круглосуточный пост: на 6 индивидуальных родовых; на 2 операционных и дополнительно 1 должность для проведения плановых оперативных вмешательств;**
- **на 6 коек палаты реанимации и интенсивной терапии для женщин.**

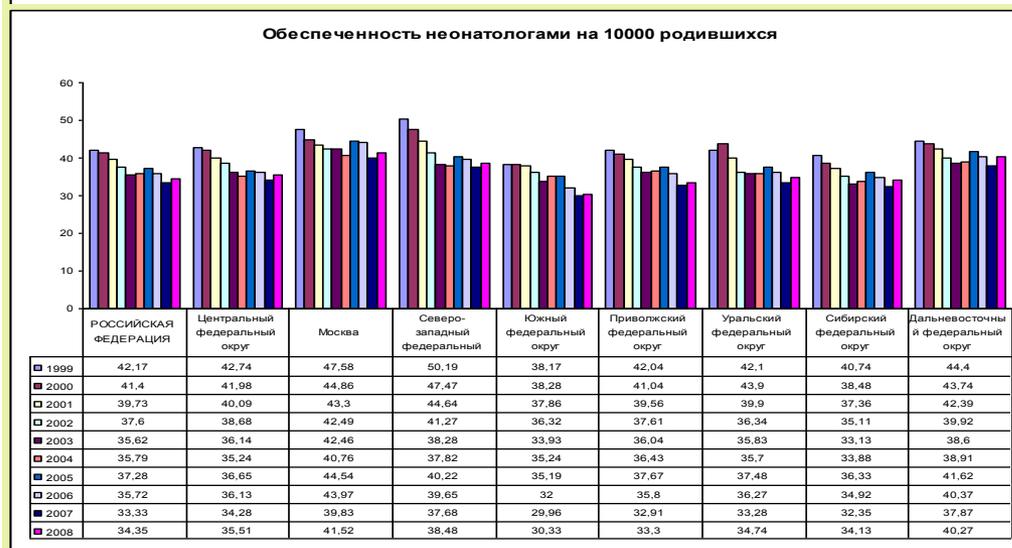
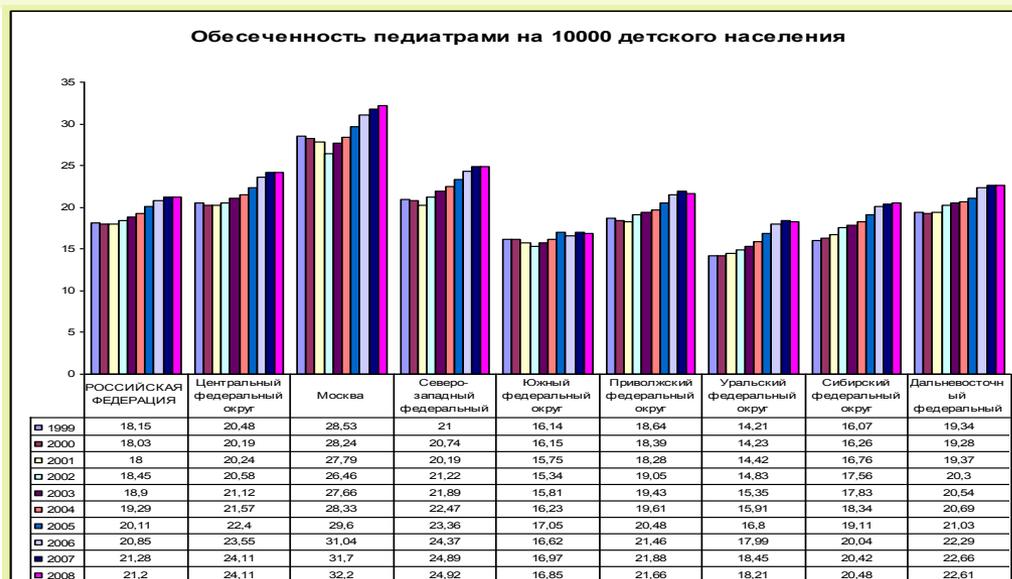


Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.10.2009 г. N 808н

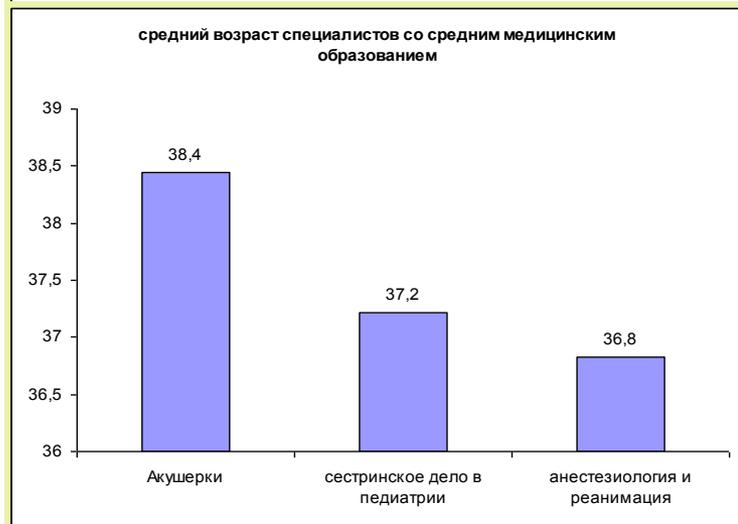
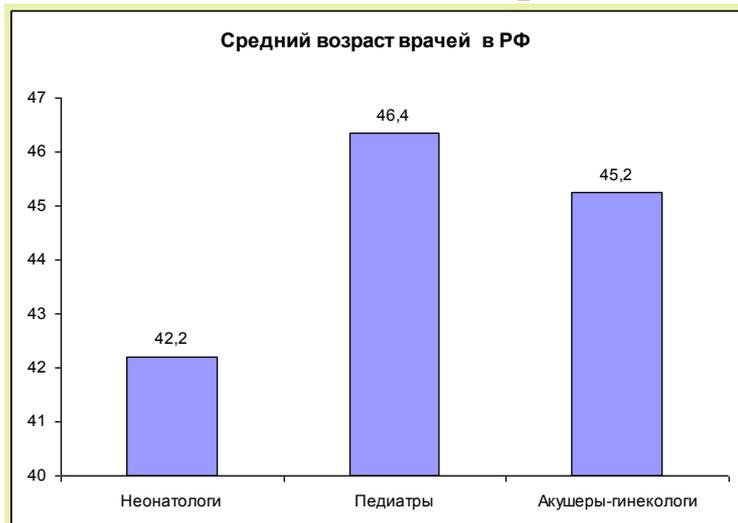
- В гинекологическом отделении:
- Врач-акушер-гинеколог - из расчета 1 должность **на 10 коек.**
- Из расчета **1 круглосуточный пост** при оказании экстренной помощи.
- Заведующий отделением врач-акушер-гинеколог из расчета **1 должность на 25 коек**
- Медицинская сестра палатная из расчета **1 круглосуточный пост на 10 коек**



Обеспеченность врачами педиатрами и неонатологами (на 10000 соотв. населения)



Средний возраст врачей и среднего мед персонала в России

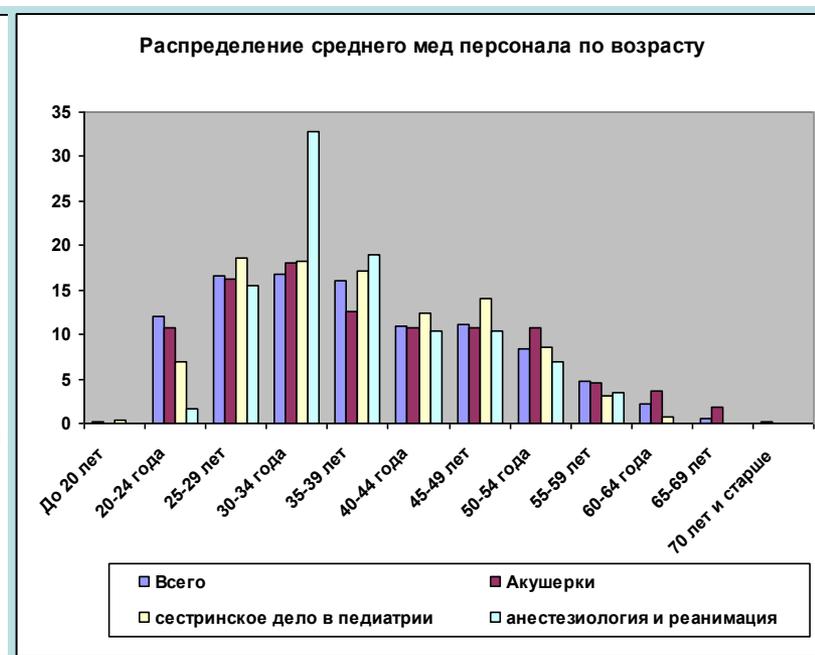
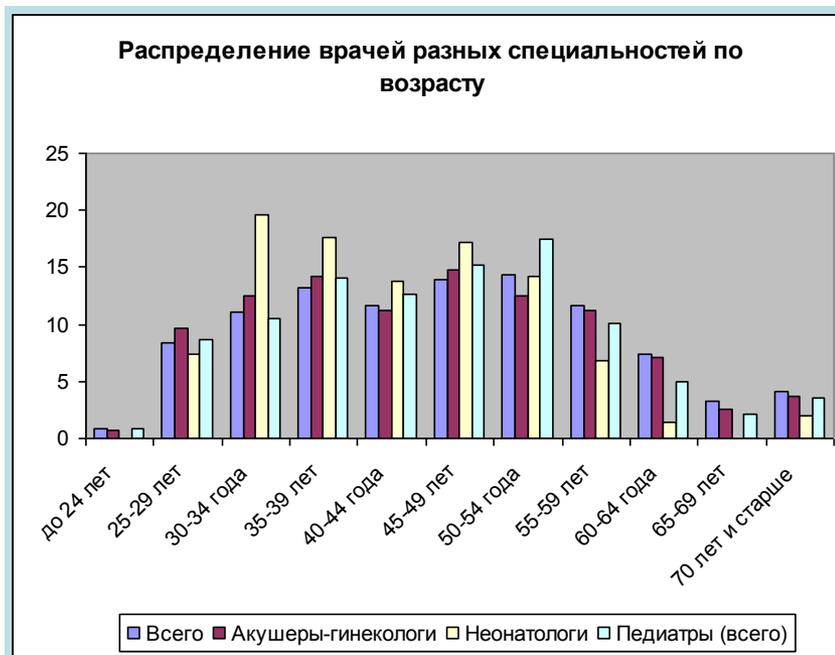


- Из врачей
- Самые молодые – врачи-неонатологи
- Самые «старые» - педиатры

- Из среднего мед персонала
- Самые молодые – анестезистки
- Самые «старые» - акушерки

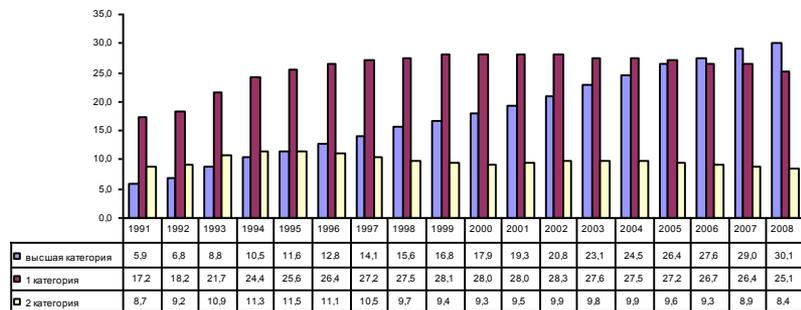


Распределение врачей и среднего мед персонала по возрасту

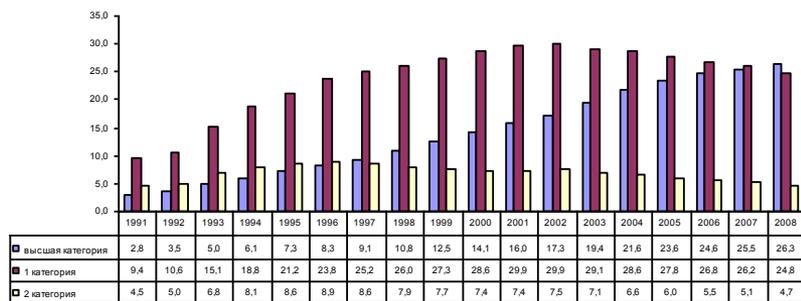


Аттестация врачей службы ОМД

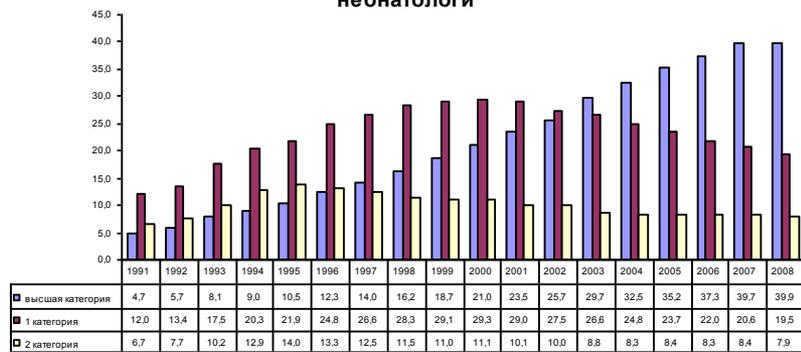
акушеры-гинекологи



педиатры

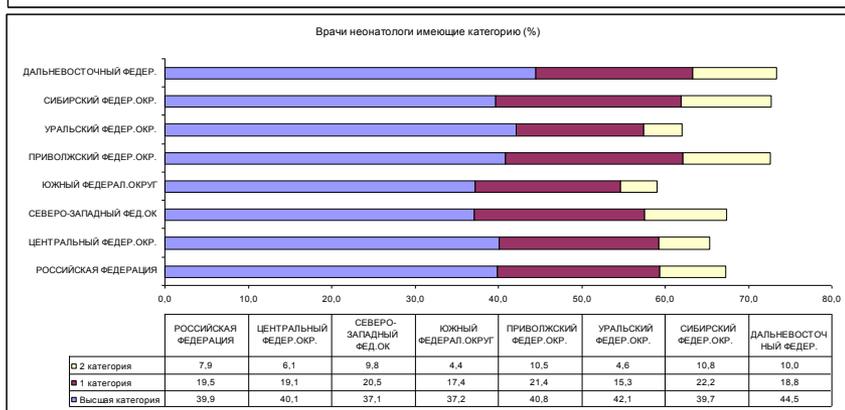
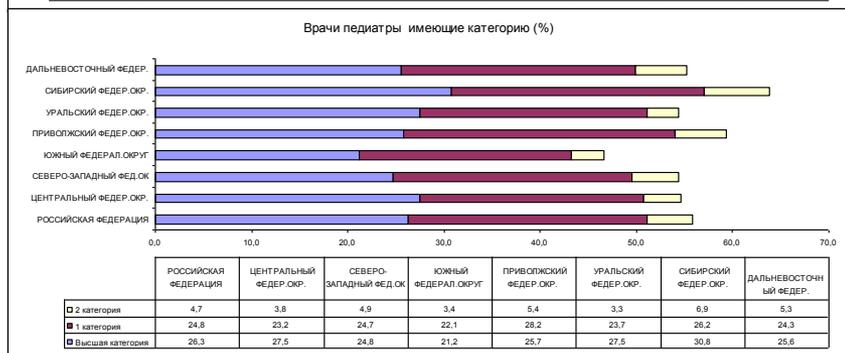
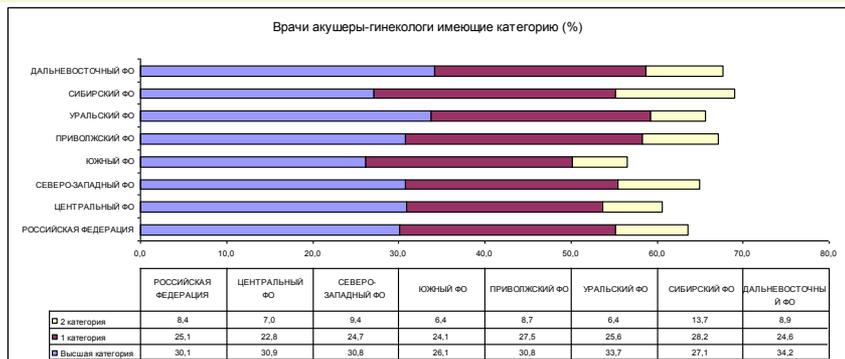


неонатологи

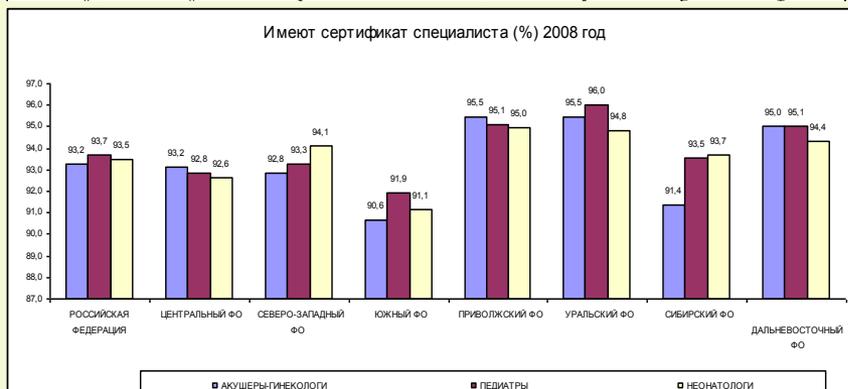
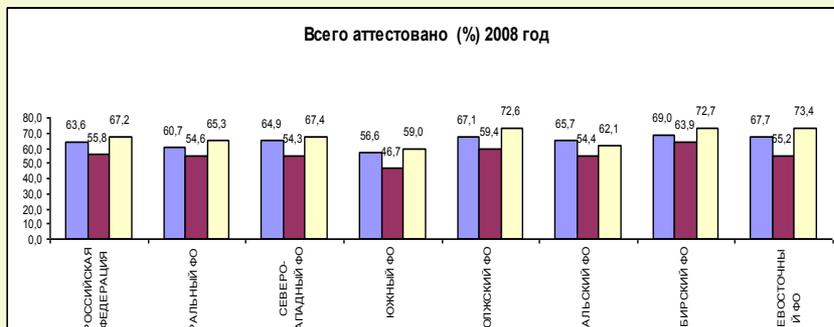


Аттестация врачей службы ОМД (по ФО)

2008г.



Аттестация, сертификация врачей службы ОМД (2008г)



Перспективные направления развития акушерско-гинекологической службы

- В настоящее время **меняется поколение акушеров-гинекологов**, и в связи с этим особое значение имеет повышение их **профессионализма и квалификации**,
- прежде всего врачей, работающих **в муниципальных акушерских учреждениях**,
- где происходит основная часть родов в стране и **выше уровень репродуктивных потерь**.



Перспективные направления развития акушерско-гинекологической службы

- Оценивая значение 3-уровневой системы организации родовспоможения, надо отметить, что
- репродуктивные потери в перинатальном центре (а также в других учреждениях третьего уровня) закономерно ниже, чем по территории в целом.
- Основная масса плодов, детей и женщин погибает в ЛПУ 1-2 уровня, и квалификация врача в этих учреждениях максимально значима для снижения репродуктивных потерь в стране



Перспективные направления развития акушерской и перинатальной службы

- необходимо изменение приоритета в службе родовспоможения - от излишней «акушерской агрессии» в сторону превентивной базовой помощи,
- исходя из основного принципа медицины - обеспечения безопасности каждой рожаящей женщины и каждого ребенка
- сегодня ВОЗ рекомендует тактику «рационального невмешательства» в физиологический процесс родов и «демедикализации родов»
- умение исключить предотвратимую патологию и обеспечить безопасное родоразрешение не только при оперативных, но и при физиологических родах – высшее искусство врача-акушера-гинеколога, и этому следует учить и учиться



Основные проблемы акушерско-гинекологической службы в России

- Высокая дифференциация уровня жизни населения и оказываемой помощи (по территориям, по ЛПУ разного уровня, социальным группам населения)
- Сохраняющийся высокий уровень заболеваемости женского населения и патологии беременных (гестоза, невынашивания);
- Низкая квалификация врачей акушеров-гинекологов, обуславливающая низкий уровень качества помощи (особенно акушерской) на уровне популяции;
- Большая частота управляемых осложнений в родах (аномалий родовой деятельности);
- Погоня за экономической эффективностью учреждений, рост показателей работы акушерской койки - при необоснованном сокращении их числа – как фактор высокой частоты септических осложнений;
- Коммерциализация службы охраны матери и ребенка;
- Необходимость обеспечения гарантированного бесплатного родовспоможения должного качества



БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

Д.м.н. СУХАНОВА Людмила Павловна
вед.научн.сотр. отделения медицинской
статистики и документалистики
ЦНИИ организации и информатизации
здравоохранения Росздрава

LASUKHANOV@YANDEX.RU

8-903-759-72-04

Материалы сайта www.mednet.ru



Материалы сайта www.mednet.ru