

# **КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЕ**

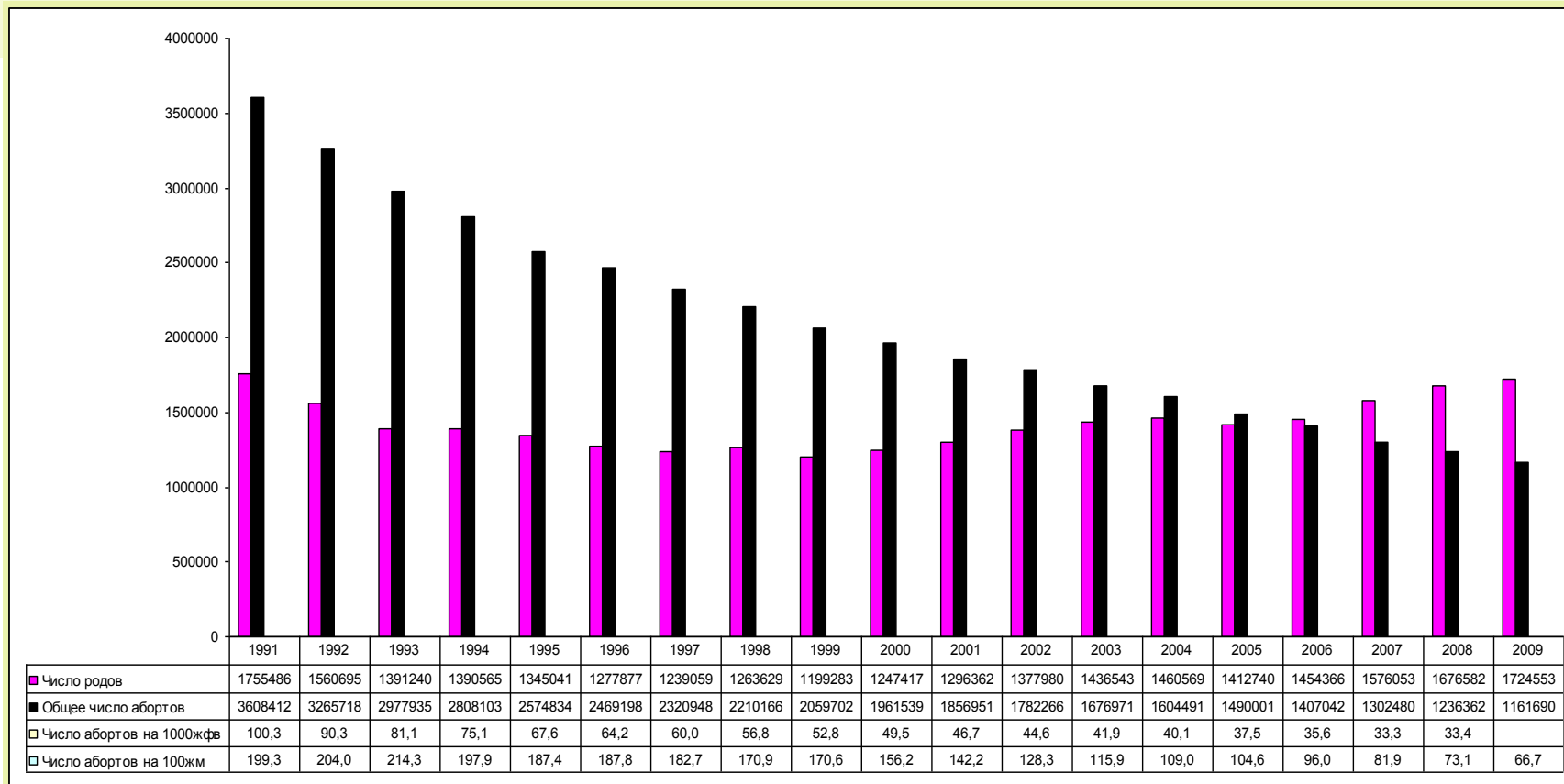
**Суханова Людмила Павловна  
Д.м.н., вед.научн.сотр.  
ФГУ ЦНИОИЗ Росстата**



# 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.**

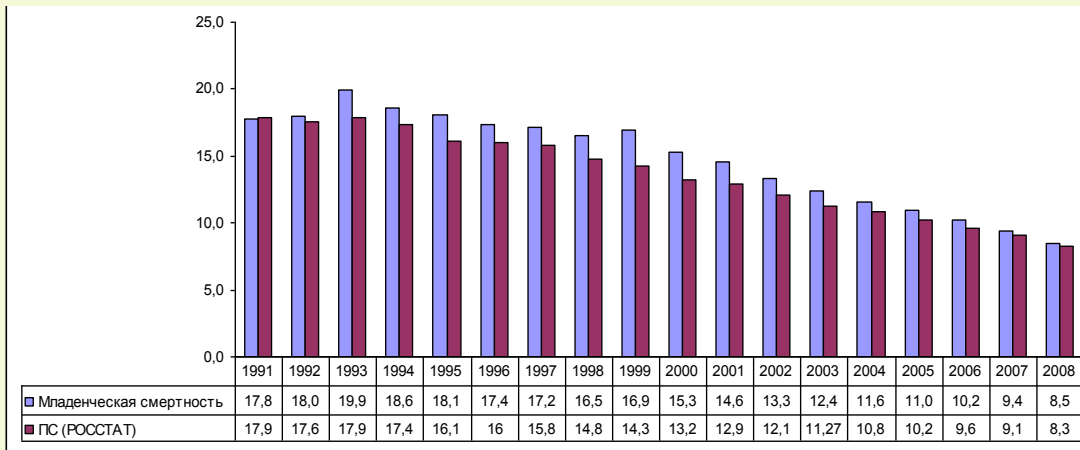
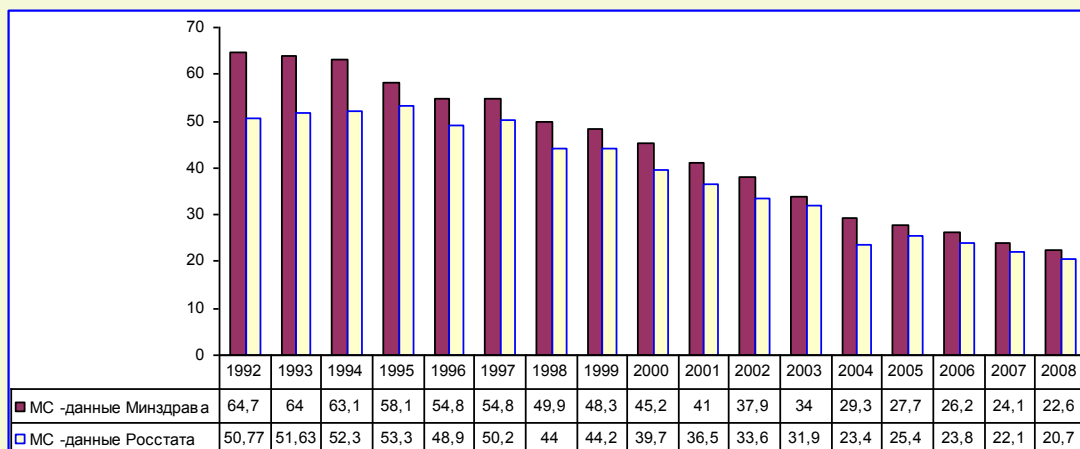
# Динамика числа родов и абортсв в России в 1991-2009гг. (абс.числа)



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

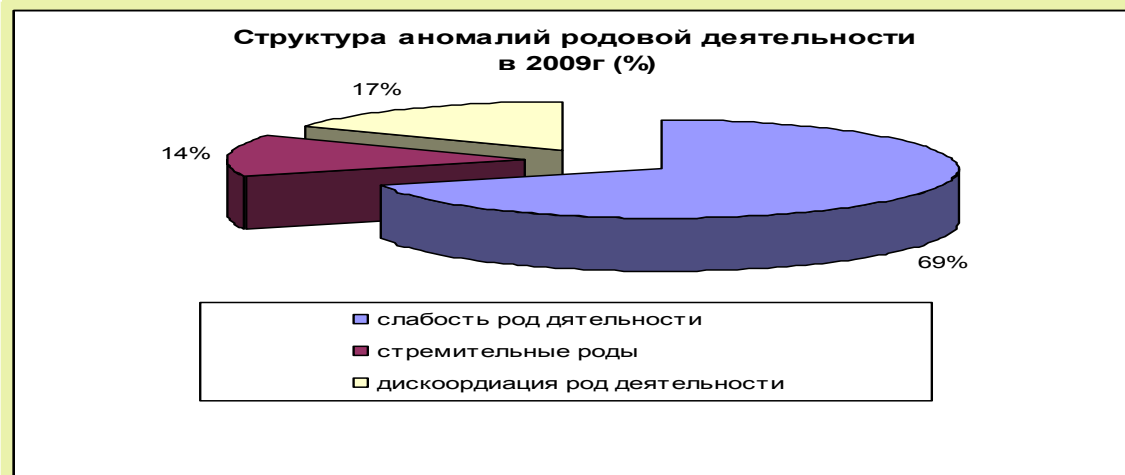
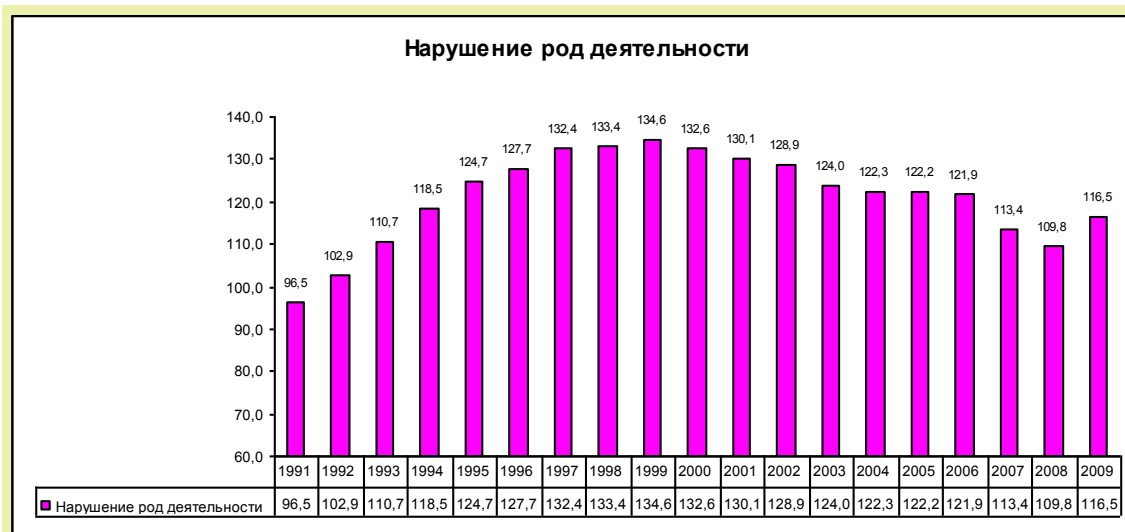


# Динамика материнской, перинатальной и младенческой смертности в России



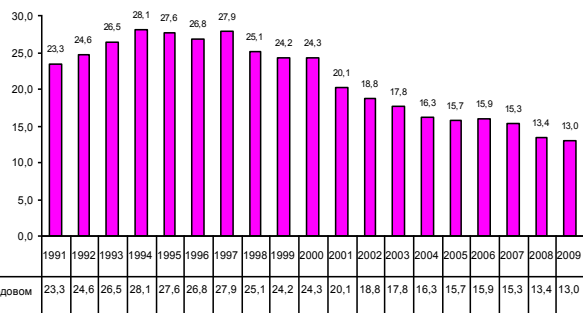
# Осложнения родов

(на 1000 родов)

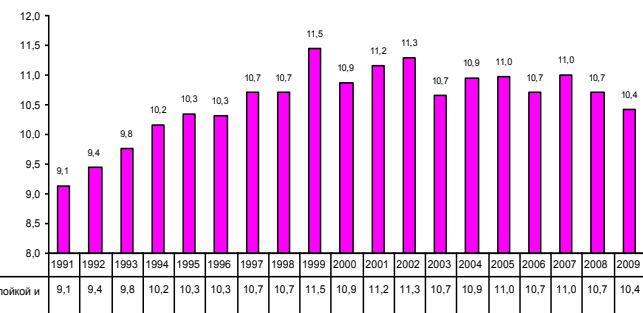


# Осложнения родов (на 1000 родов)

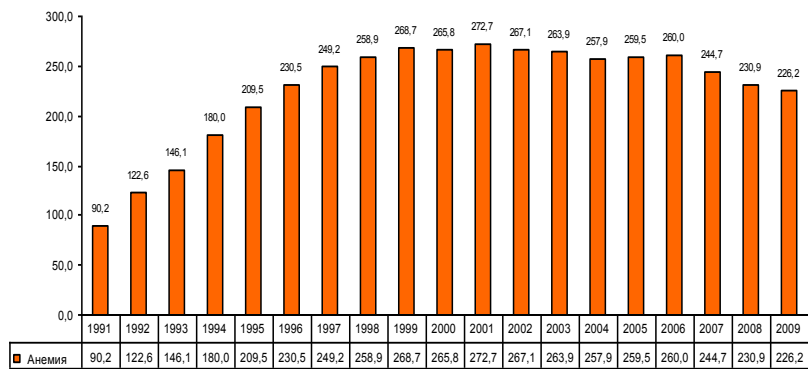
Кровотечение в послеродовом и послеродовом периоде



Кровотечение в связи с отслойкой и предлежанием плаценты



Анемия

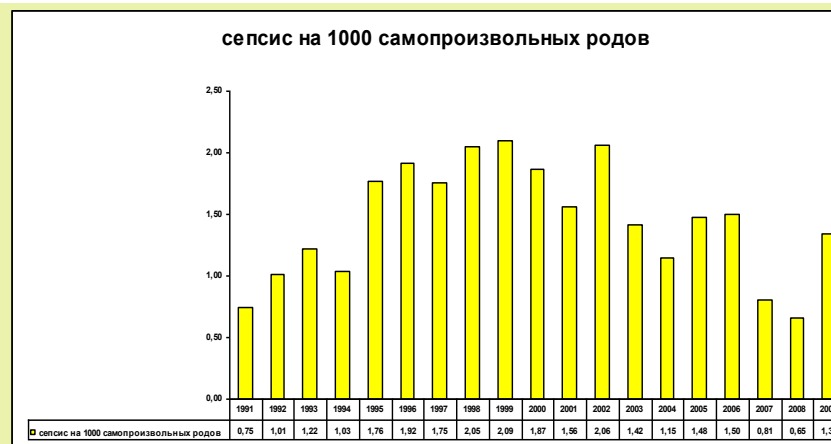
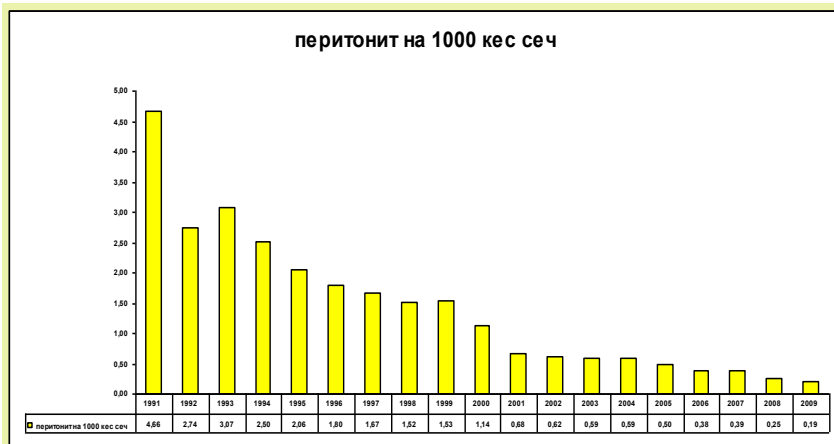
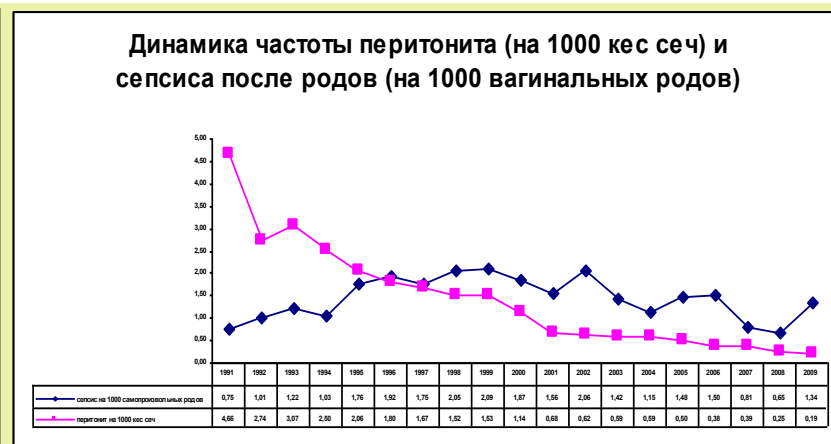
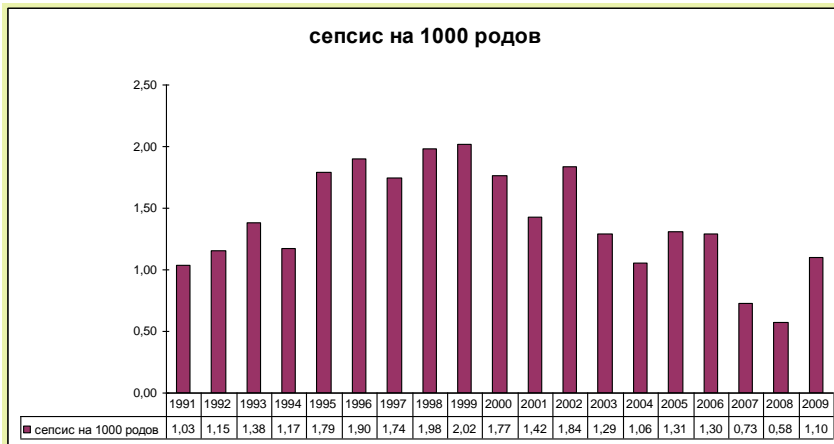


# Акушерский травматизм

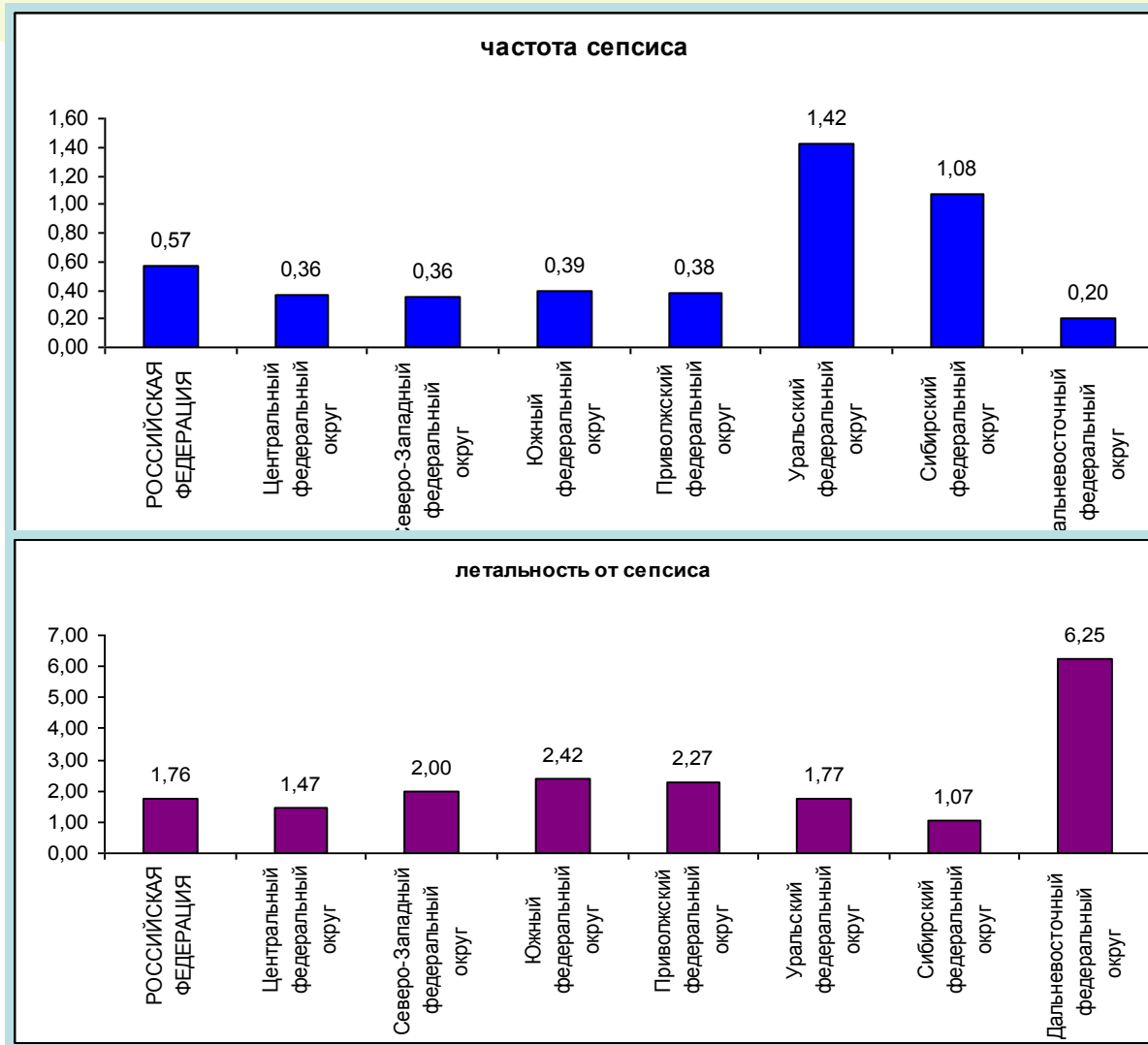




# Сепсис и перитонит после кесарева сечения

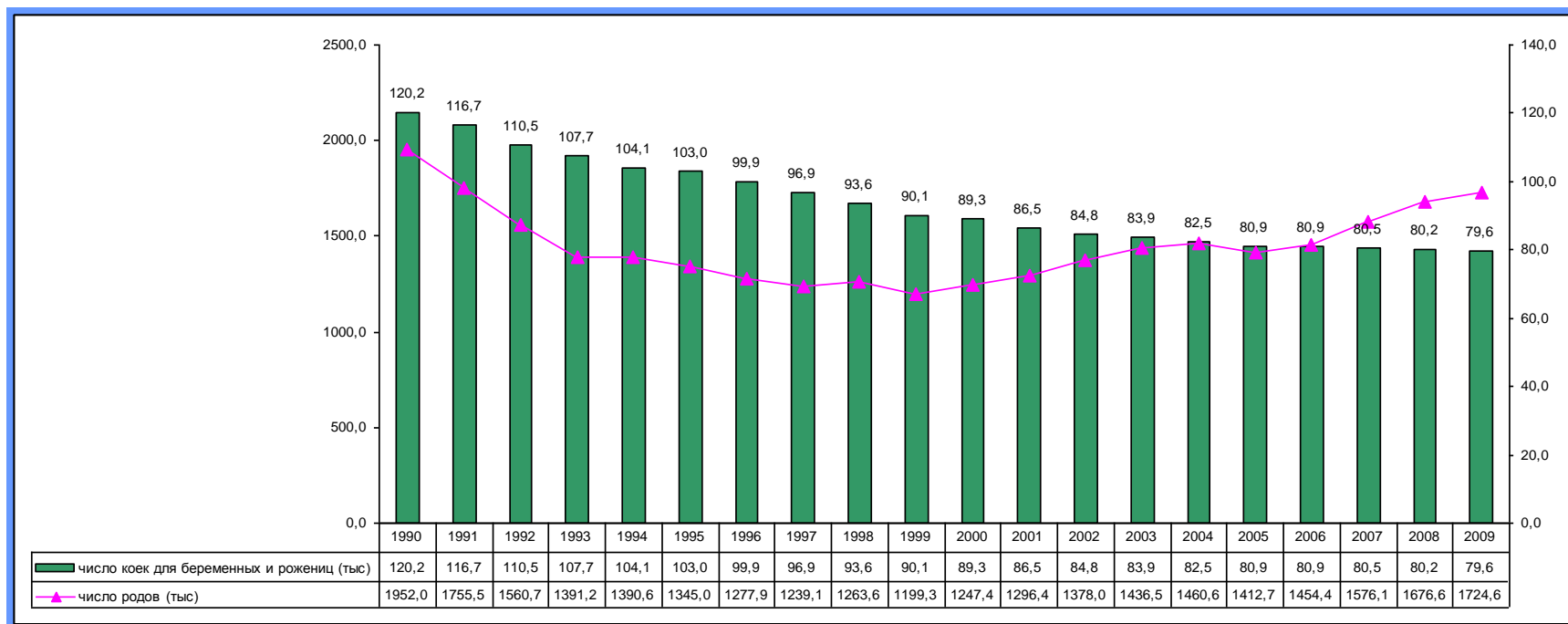


# Частота сепсиса и генерализованной послеродовой инфекции (на 1000 родов) и летальность (на 100 заболевших) по ФО, 2008г.



- 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.

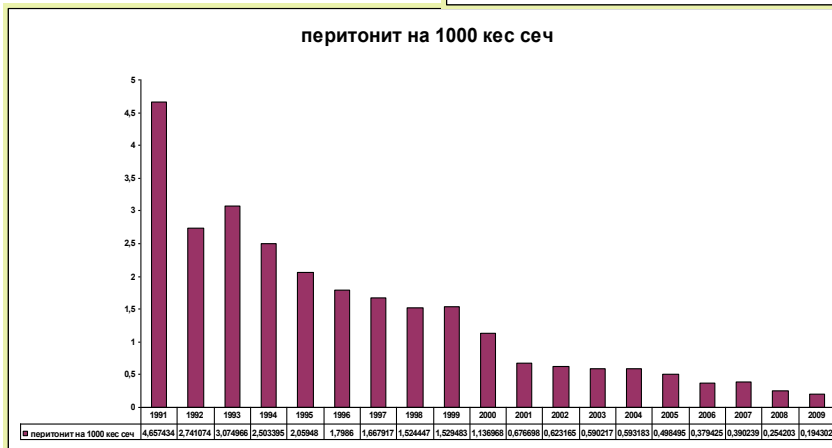


# Работа акушерской койки

- 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

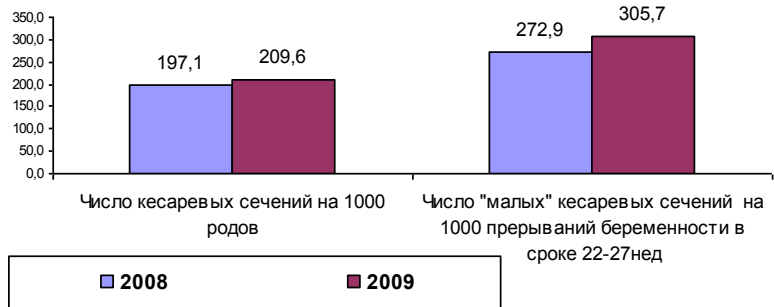


# Кесарево сечение

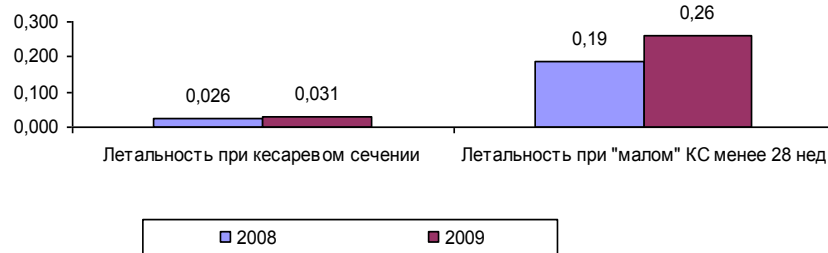


# Акушерские операции и их исходы при разных сроках гестации (менее 28 недель и 28 недель и более) в 2008-2009 гг.

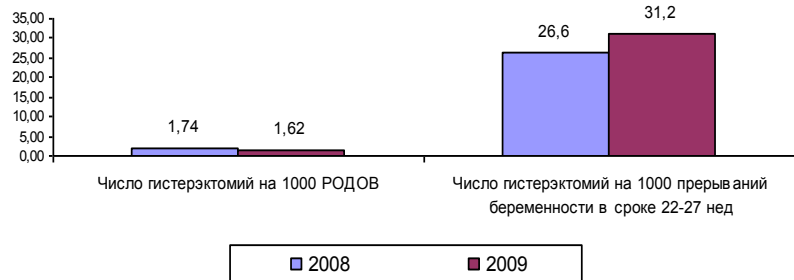
**Частота кесарева сечения и "малого" кесарева сечения в 2008 и 2009 гг. (на 1000)**



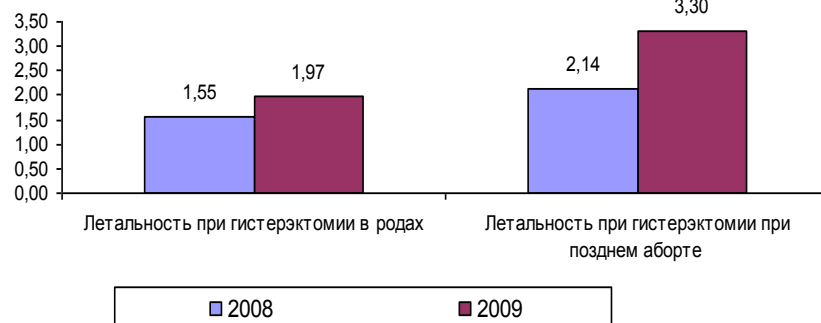
**Летальность при кесаревом сечении и "малом" кесаревом сечении в 2008 и 2009гг. (на 100 оперированных)**



**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».

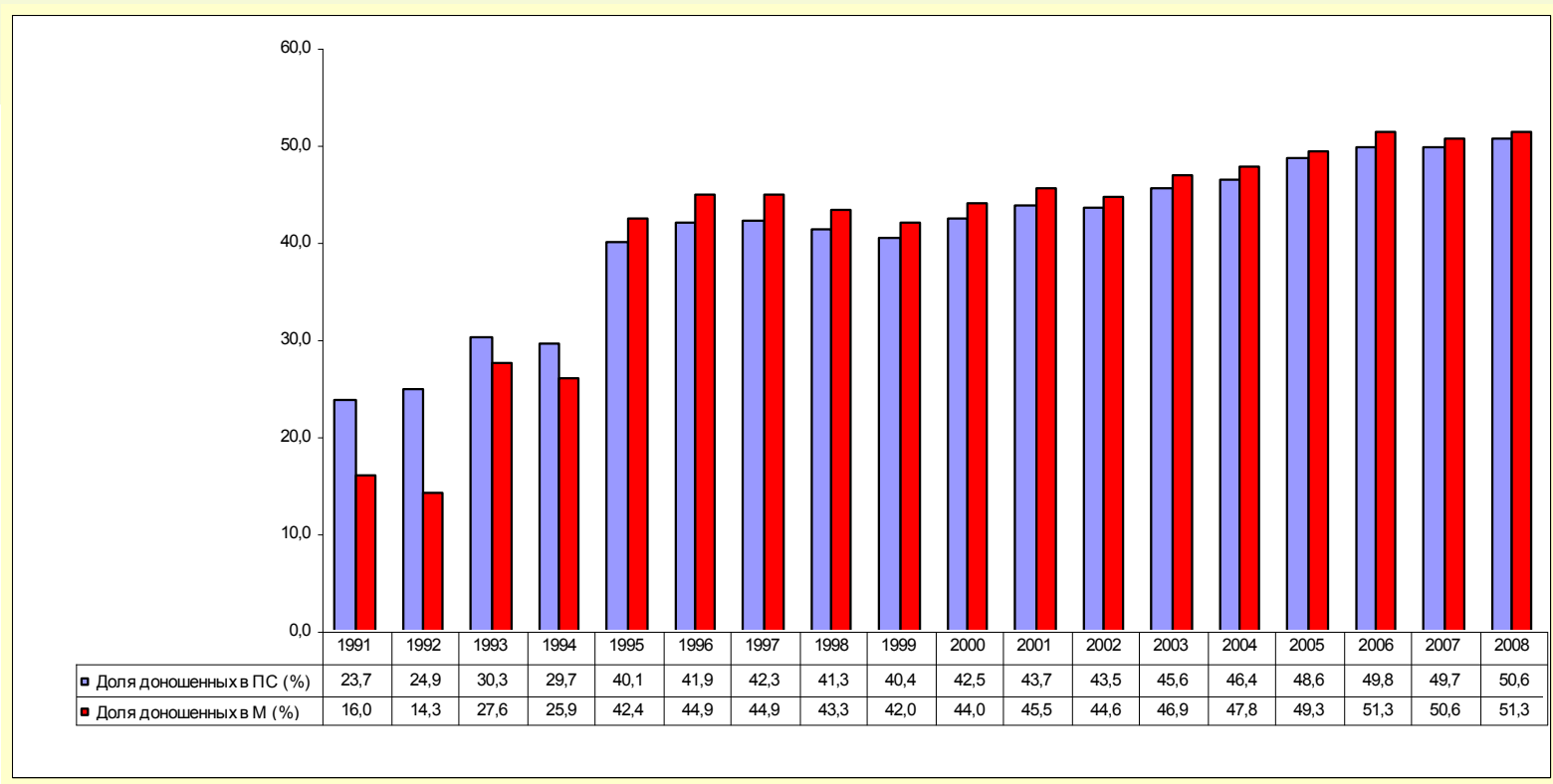
«В случае, если новорожденный **массой тела от 500 до 999 г.** прожил **более 168 часов** (7 суток), он подлежит официальной регистрации как **родившийся ребенок** и, в случае смерти, регистрируется как **умерший** (Приказ Минздрава России № 318 от 04.12.1992 г. и постановление Госкомстата РФ №190 от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

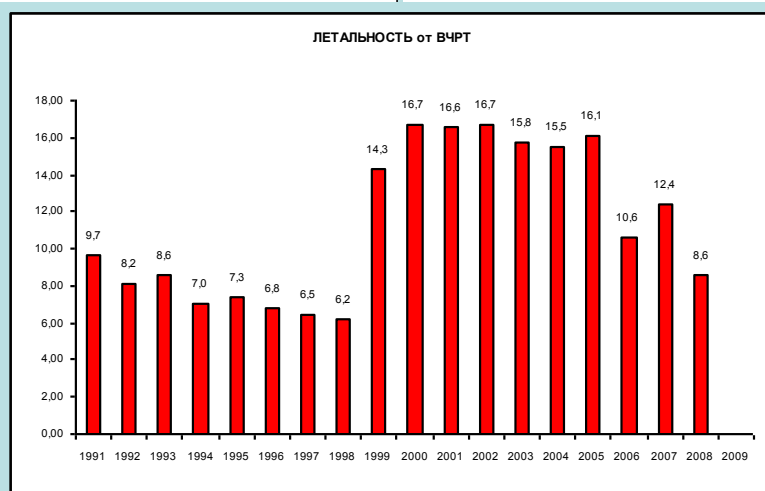
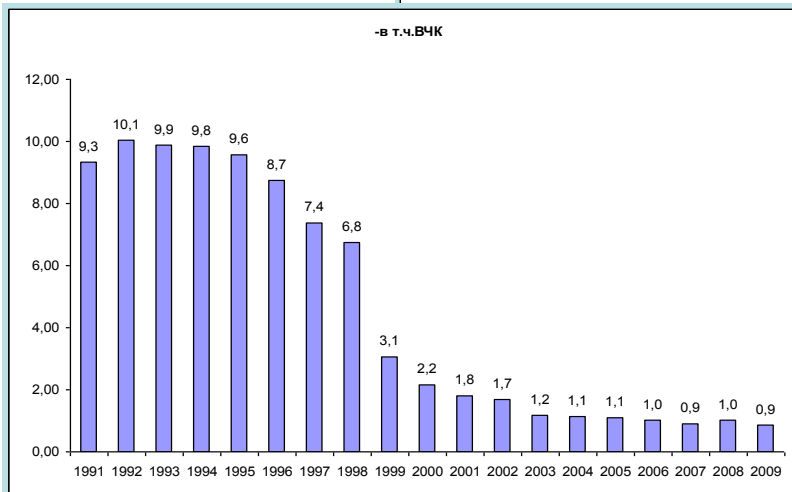


## ДЕФОРМАЦИЯ СТРУКТУРЫ ПС ОТРАЖАЕТ

- 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)



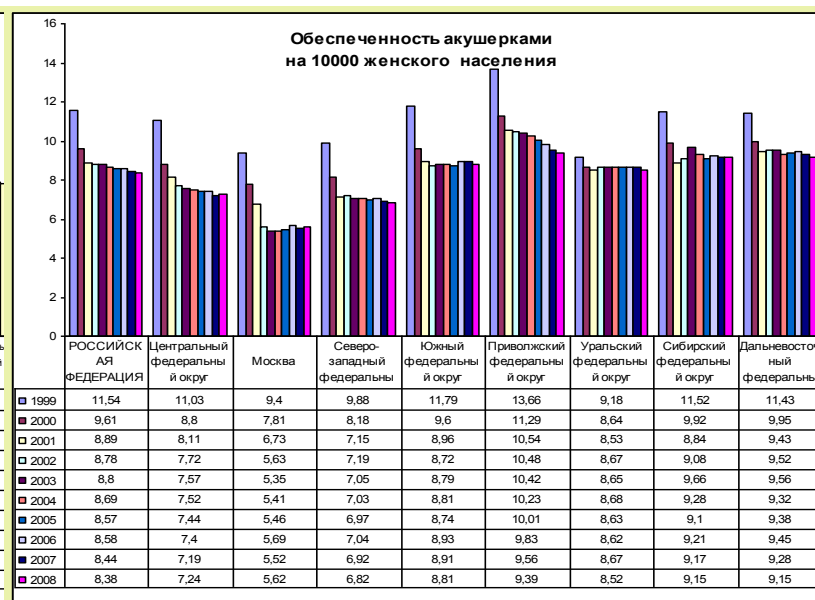
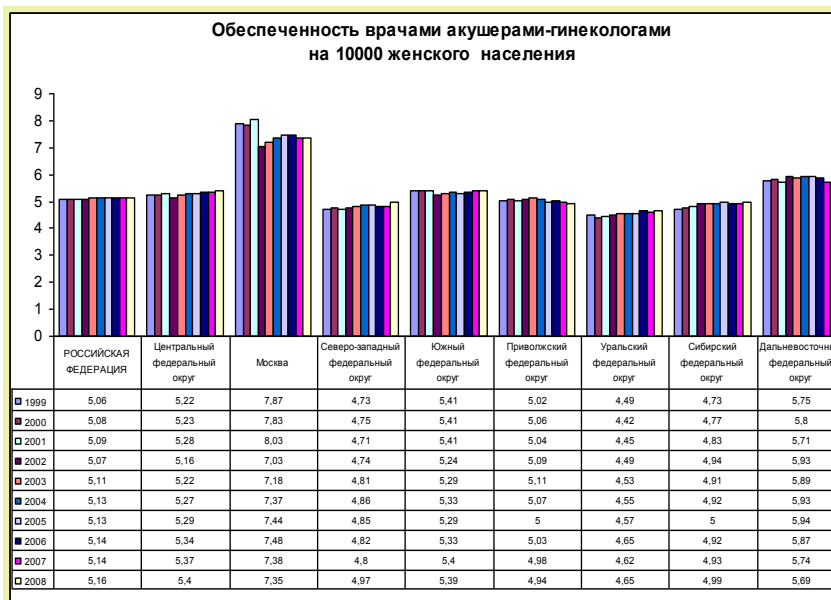
# Динамика респираторной патологии новорожденных доношенных и недоношенных в 1999-2008гг. (на 1000 живорожденных)

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

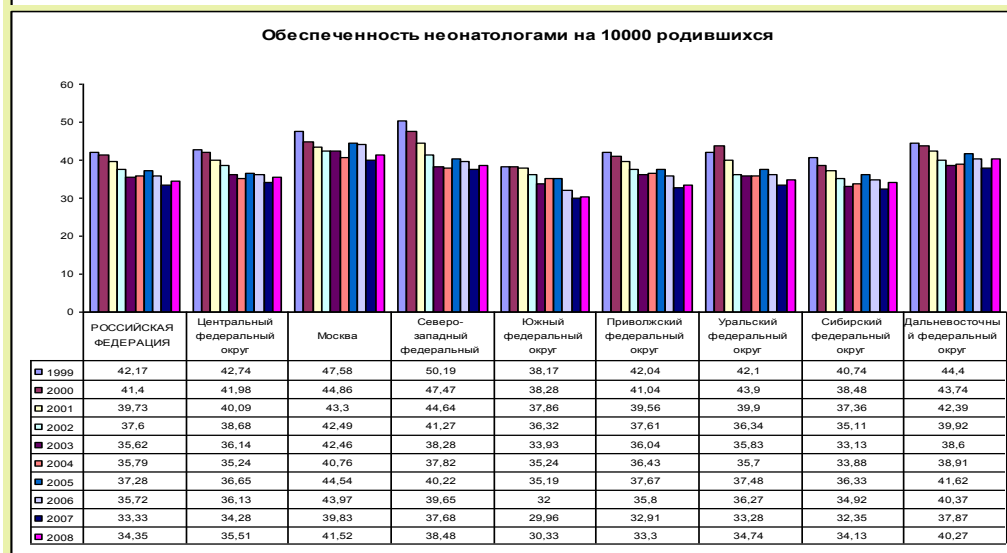
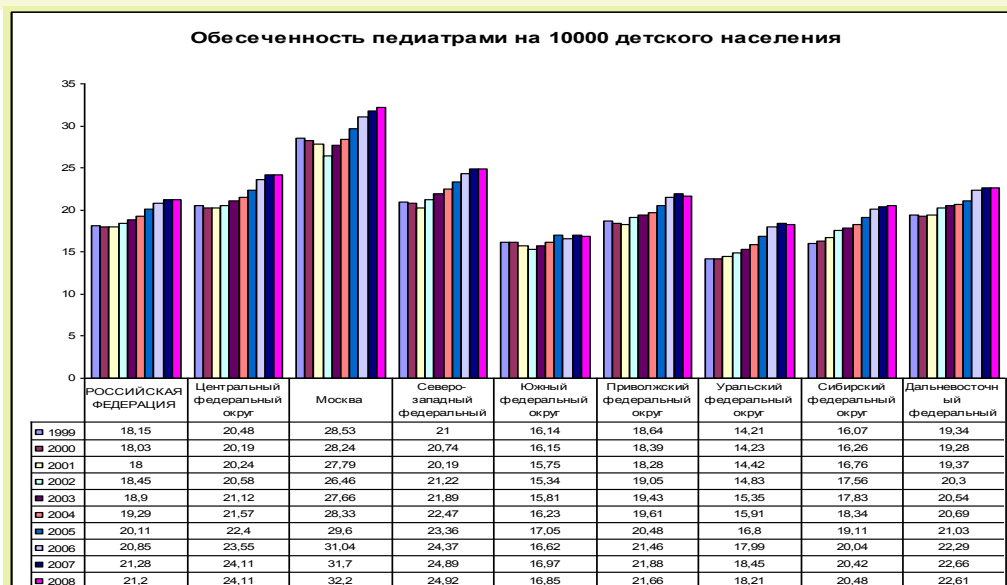
# **Кадровые ресурсы акушерско- гинекологической службы**



# 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 обсервационного** 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.**

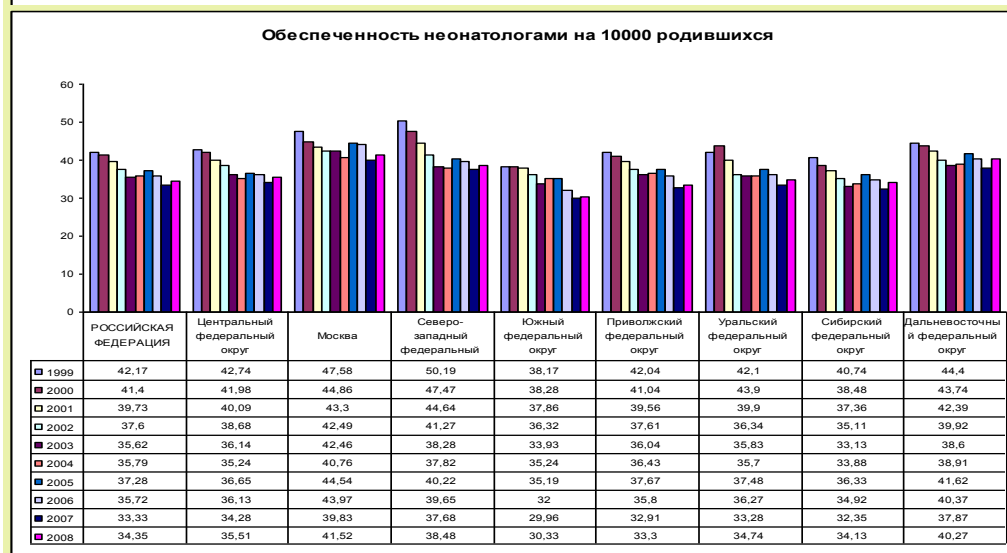
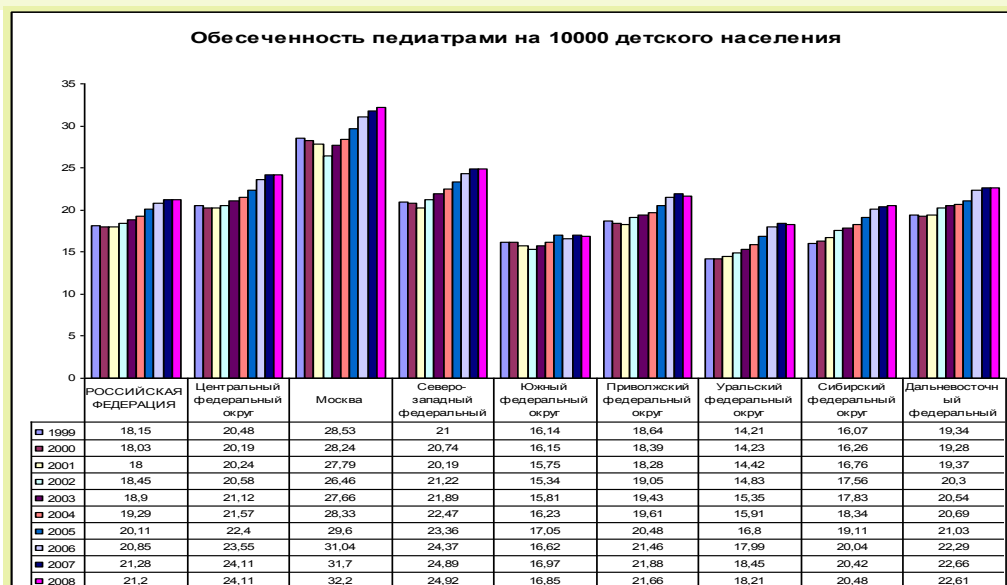


# Приказ Минздравсоцразвития РФ от 02.10.2009 г. N 808н

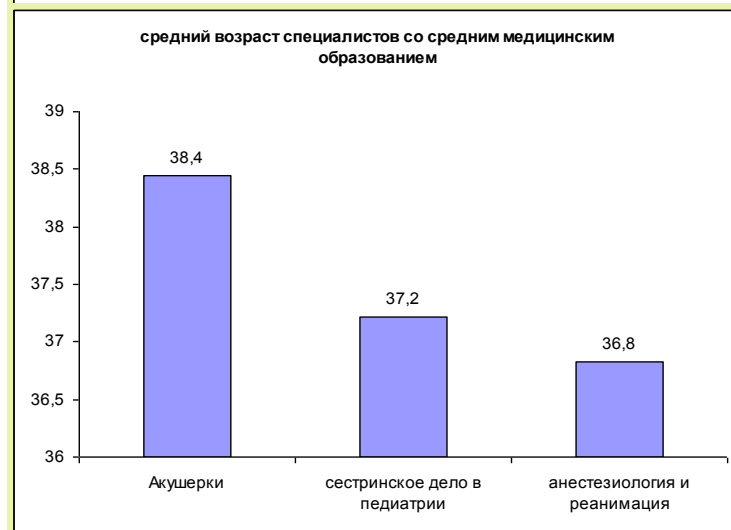
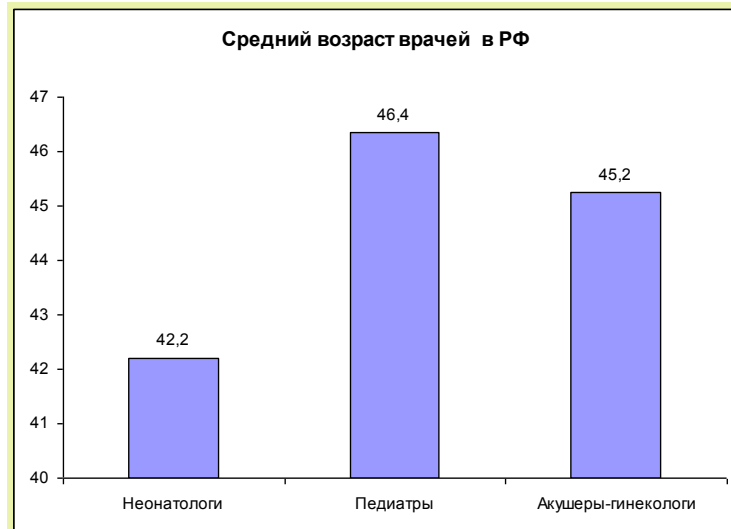
- В гинекологическом отделении:
- Врач-акушер-гинеколог - из расчета 1 должность **на 10 коек.**
- Из расчета **1 круглосуточный пост** при оказании экстренной помощи.
- Заведующий отделением врач-акушер-гинеколог из расчета **1 должность на 25 коек**
- Медицинская сестра палатная из расчета **1 круглосуточный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



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



# Средний возраст врачей и среднего мед персонала в России

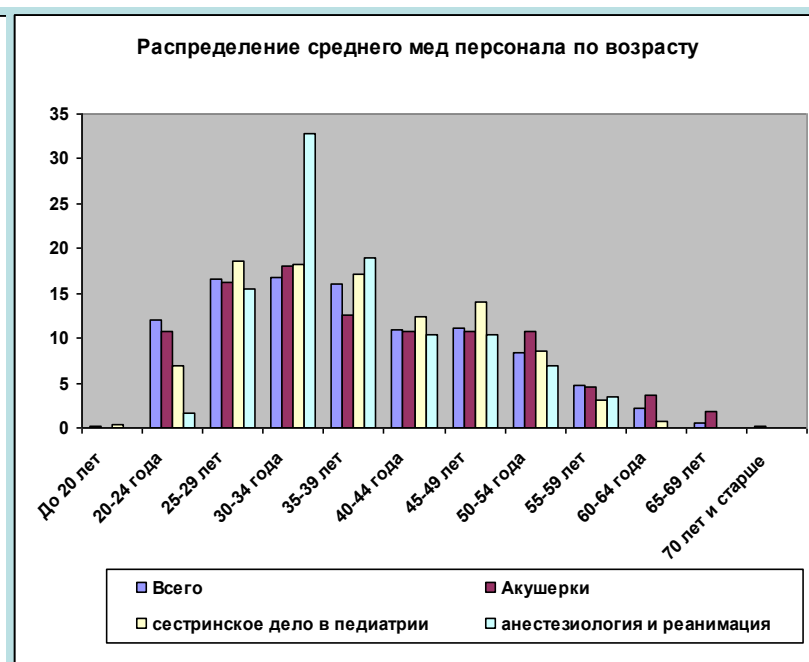
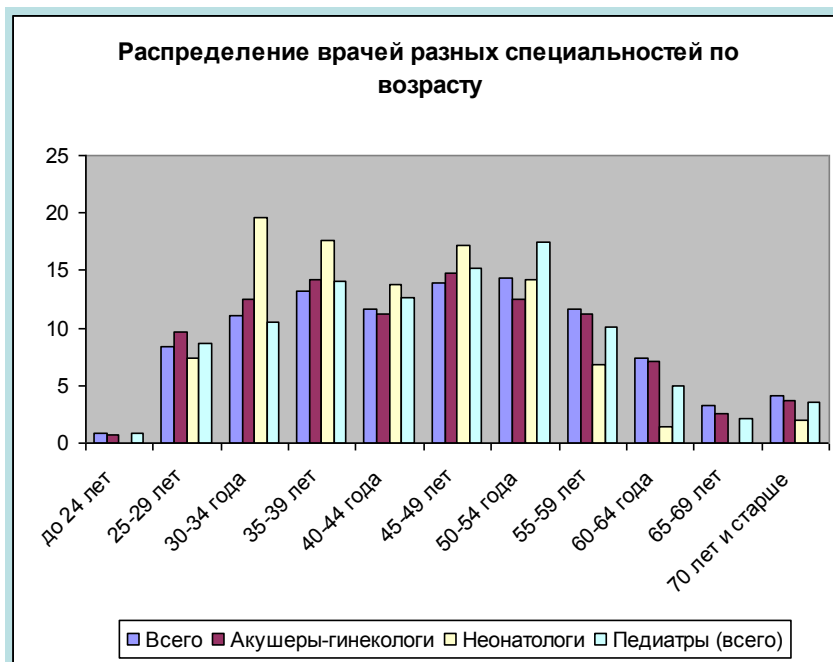


- Из врачей
- Самые молодые – врачи-неонатологи
- Самые «старые» - педиатры
  
- Из среднего мед персонала
- Самые молодые – анестезистки
- Самые «старые» - акушерки



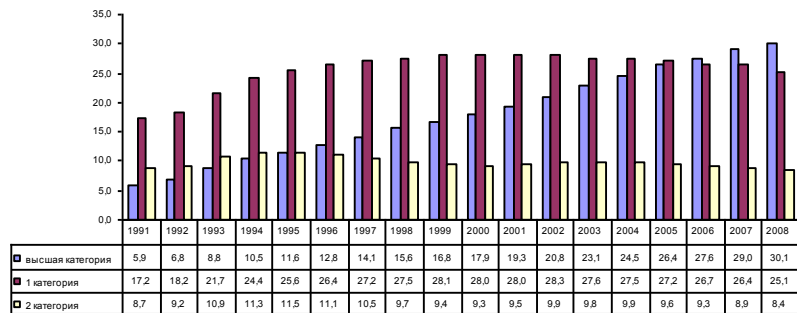


# Распределение врачей и среднего мед персонала по возрасту

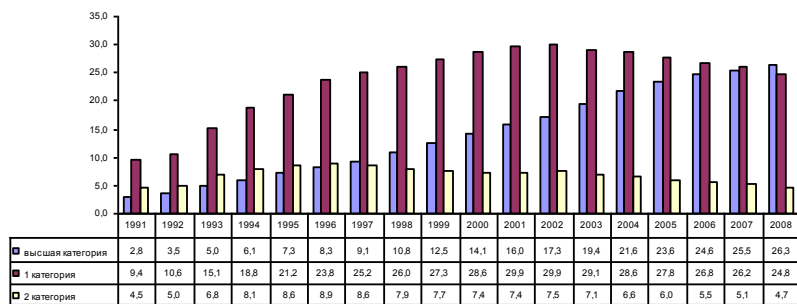


# Аттестация врачей службы ОМД

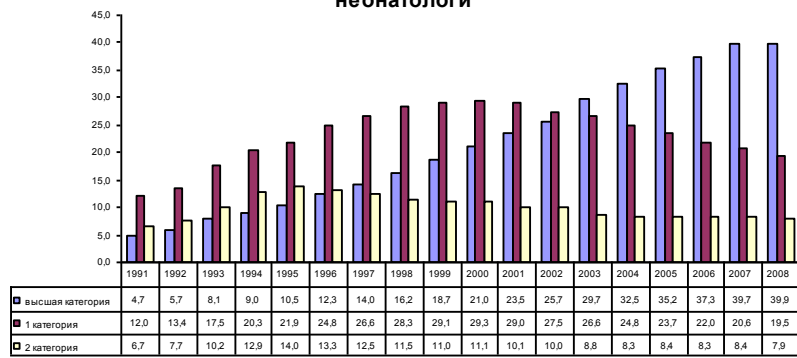
## акушеры-гинекологи



## педиатры

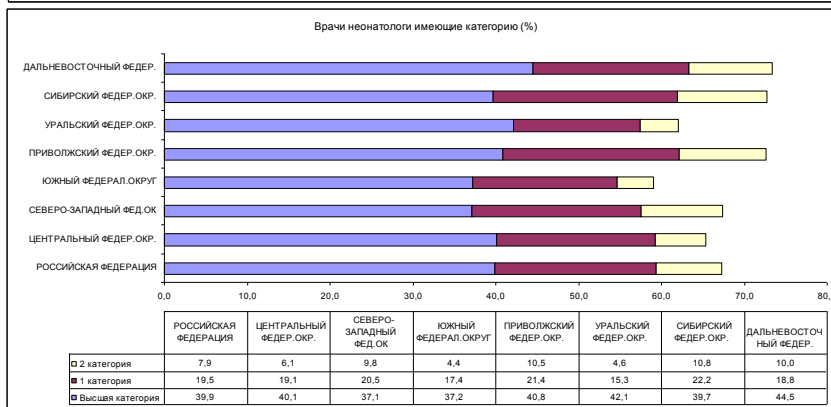
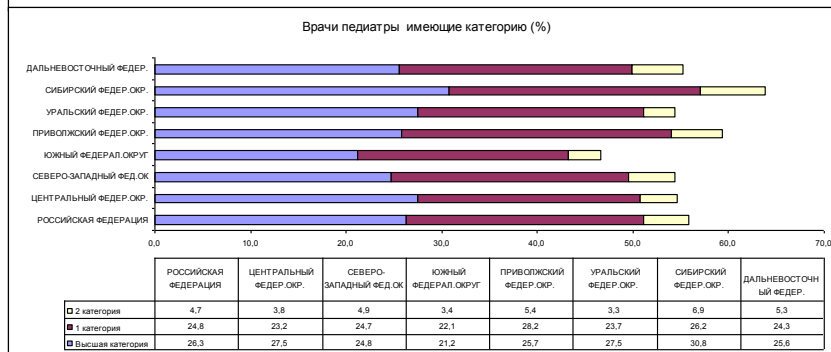
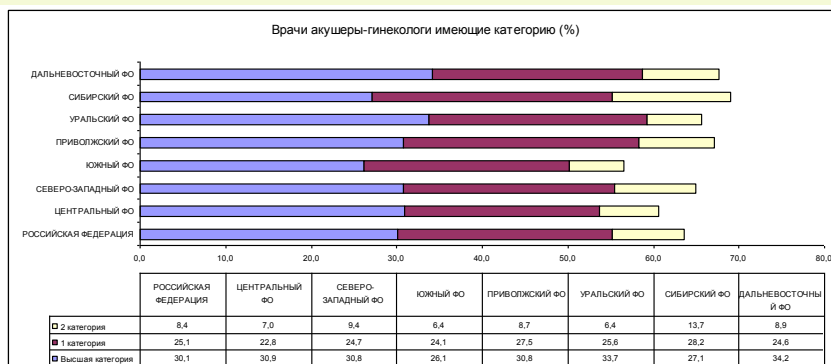


## неонатологи

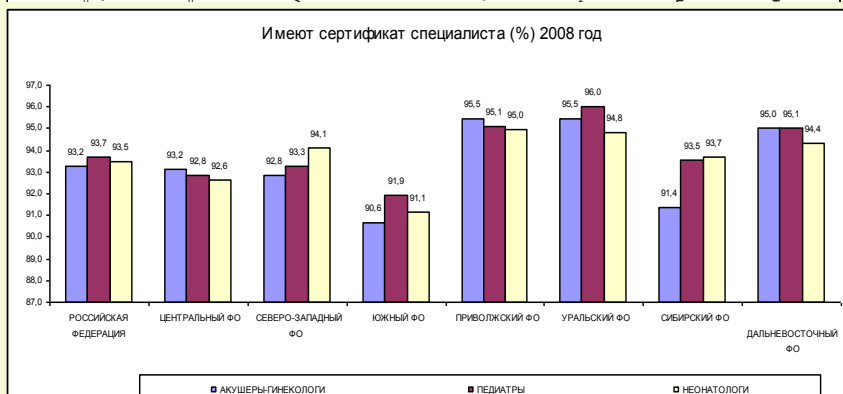
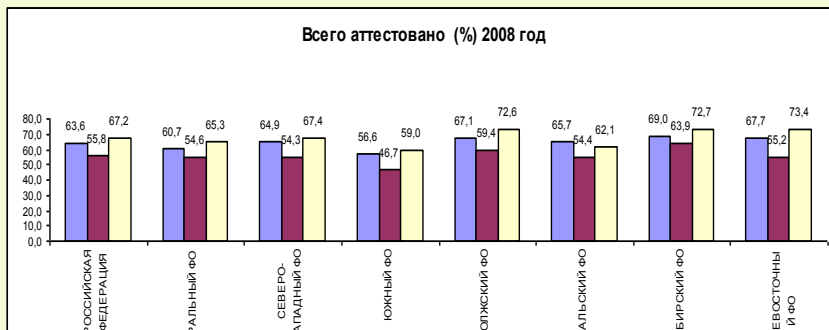


# Аттестация врачей службы ОМД (по ФО)

## 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](mailto:LASUKHANOV@YANDEX.RU)

8-903-759-72-04

Материалы сайта [www.mednet.ru](http://www.mednet.ru)



Материалы сайта [www.mednet.ru](http://www.mednet.ru)