

УДК: 614.213.253.58:618.2:614.251.2

РАЗРАБОТКА ПАСПОРТА ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА

© 2014 А.В. Попов¹, Н.М. Попова², Э.Я. Исхакова³

¹ Республиканский санаторий для детей «Ласточка», г. Ижевск

² Ижевская государственная медицинская академия

³ Республиканская клиническая туберкулезная больница, г. Ижевск

Поступила в редакцию 08.11.2014

Проведен анализ состояния здоровья и здравоохранения в сельских районах и разработан паспорт фельдшерско-акушерского пункта.

Ключевые слова: *первичная медико-санитарная помощь, сельское население, фельдшерско-акушерский пункт*

Влияние социально-экономических факторов на показатели здоровья сельского населения наиболее остро проявилось в последние 20 лет. Доврачебная помощь оказывается в фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП). Врачебную помощь сельскому населению оказывают в амбулаториях и участковых больницах. Некоторые виды специализированной медицинской помощи недоступны жителям села [2-4]. ФАП являются первым этапом оказания медицинской помощи сельскому населению. На этот уровень приходится основная часть посещений средних медработников сельскими жителями. Именно на этом этапе, в основном, происходит первичный контакт сельского населения с лечебно-профилактическими службами, обеспечивается своевременность выявления заболеваний, закладывается успех профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения, реализуется доступность врачебной помощи в условиях специфических особенностей сельской местности и имеющихся социально-экономических трудностей. В Удмуртской Республике действуют многие программы в том числе, разработана программа социально-экономического развития Удмуртской Республики (УР) на 2010-2014 годы, предусматривающая постепенное, поэтапное реформирование сельского здравоохранения [1].

Научная новизна. Впервые экспертным методом проведена оценка деятельности ФАП сельских районов УР по ведущим экономическим, медицинским и социально-демографическим критериям.

Попов Алексей Владимирович, кандидат медицинских наук, главный врач

Попова Наталья Митрофановна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения E-mail: kafedra-ozz@mail.ru

Исхакова Энже Язкарловна, заместитель главного врача

Цель работы: разработать паспорт ФАП на основе мониторинга его деятельности.

Методика исследования. Проведен анализ официальных статистических материалов по здравоохранению Госкомстата и Минздрава УР, Минздрава России. Проведена экспертная оценка показателей здоровья населения сельских территорий и деятельности ФАП.

Обсуждение. Алгоритм аналитической работы включал в себя: анализ демографической структуры населения, ее динамики. Проведен анализ впервые выявленной, общей заболеваемости населения и его госпитализации. На 1 января 2013 г. число жителей села в УР составило 531,2 тыс. человек, или 35,0% от всего населения. К концу 2013 г. медицинская помощь сельскому населению оказывалась 21 республиканским медицинским учреждением (больницами и диспансерами), 24 районными больницами, 40 участковыми больницами, 45 врачебными амбулаториями и 611 ФАП. Кроме того, жителям пригородных районов оказывается квалифицированная и специализированная помощь в больницах городов Глазова, Воткинска и Сарапула, выполняющих функции районных больниц. Высококвалифицированная специализированная медицинская помощь сельскому населению оказывается в стационарах и консультативных поликлиниках республиканских больниц и диспансеров. Так, из числа госпитализированных в многопрофильный стационар Первой Республиканской клинической больницы в 2012 г. 34,5% составили сельские жители, в детской республиканской клинической больнице госпитализированные сельские жители составил 30,0%. Во всех специализированных республиканских больницах и учреждениях республики сельские жители составляли более трети всех госпитализированных. В консультативных поликлиниках с 2004 г.

введены квоты, которые позволяют упорядочить поток пациентов и обеспечить жителям села своевременность лечебно-диагностических манипуляций. Обеспеченность круглосуточными стационарными койками на 10 000 населения в районах составляет 63,5, по УР – 90,9 на 10 000 населения. Следует отметить, что здравоохранение республики по-прежнему ориентировано на высокочрезвычайное стационарное лечение.

На протяжении последних лет в сельском здравоохранении УР незначительно улучшается ситуация с медицинскими кадрами. Показатель обеспеченности врачами в 2013 г. – 23,4 на 10000 сельского населения – по-прежнему более, чем в 2 раза ниже, чем городского, по УР – 45,2 врача на 10000 населения. Из 40 участковых больниц 43% имеют коечный фонд до 25 коек, 35,0% – 25 коек. 50,0% медицинских организаций имеют коечный фонд до 150 коек и лишь 10,0% учреждений в сельской местности имеют коечную мощность 300 и более коек. В итоге только 42,0% медицинских организаций имеют 150-300 коек, т.е. минимально допустимую мощность для развертывания современных медицинских технологий. Численность населения, получающего медицинскую помощь на догоспитальном этапе, в УР стабильна и составляет более 270 тыс. человек.

В последние годы произошли определенные положительные сдвиги в процессе оказания медицинской помощи сельскому населению республики. Изменилась структура коечного фонда сельских медицинских организаций, появились койки дневного пребывания, сестринского ухода, восстановительного лечения для оздоровления детей. Все эти процессы идут очень медленными темпами, но определенные сдвиги по реструктуризации коечного фонда в УР имеются. В УР давно созрели объективные предпосылки для принятия более эффективных мер по этому направлению, т.к. для здравоохранения характерна одновременная нехватка финансовых средств и их неэффективное расходование. До сих пор не получено ощутимых результатов от проводимой ранее реструктуризации сложившейся сети здравоохранения.

Известно, что одной из серьезных проблем практического здравоохранения в современных условиях является низкая эффективность использования ресурсной базы учреждений здравоохранения сельских районов. При этом, несмотря на объективно существующие глобальные деструктивные процессы, здравоохранение до сих пор располагает достаточными материальными, трудовыми и финансовыми ресурсами. В условиях формирования и развития рынка услуг здравоохранения особое значение приобретает

рациональное, оптимизационное их использование. Таким образом, возникает проблема соблюдения необходимого баланса между рациональным использованием возможностей бюджета и проведением необходимых реформ в сельском здравоохранении. Последнее требует экспертной оценки ситуации.

По результатам проведенного анализа и для более эффективного, оперативного управления был разработан паспорт ФАП, который позволяет проводить в ежеквартальном режиме мониторинг деятельности. Был разработан программный продукт, позволяющий в оперативном режиме проводить сбор информации по всем территориям УР, а также на основе собранной информации принимать управленческие решения. База данных для каждой территории обслуживания ФАП состоит из 66 показателей (отдаленность, число посещений, заболеваемость, диспансерное наблюдение и т.д.). (табл. 1).

Таблица 1. База данных для обслуживания ФАП

№	Обозначение	Название переменной
1	X _{q1}	отдаленность от ЦРБ, км
2	X _{q2}	отдаленность от ближайшей медицинской организации, км
3	X _{q3}	число ФАП
4	X _{q4}	население (всего)
5	X _{q5}	детское население
6	X _{q6}	женщины фертильного возраста
7	X _{q7}	подростки
8	X _{q8}	работающее население
9	X _{q9}	штатные должности (всего) на конец года
1	X _{q10}	занятые должности (всего) на конец года
1	X _{q11}	физ. лица (всего) на конец года
1	X _{q12}	должность фельдшера (штатная)
1	X _{q13}	должность фельдшера (занятые)
1	X _{q14}	должность фельдшера (физ.лица)
1	X _{q15}	должность акушерки (штатные)
1	X _{q16}	должность акушерки (физ.лица)
1	X _{q17}	должность мед. сестры (штатные)
1	X _{q18}	должность мед. сестры (занятые)
2	X _{q19}	должность мед. сестры (физ.лица)
2	X _{q20}	должность младшего мед. персонала (штатные)
2	X _{q21}	должность младшего мед. персонала (занятые)
2	X _{q22}	должность младшего мед. персонала (физ.лица)
2	X _{q23}	посещений (всего)
2	X _{q24}	посещений детьми
2	X _{q25}	посещений беременными
2	X _{q26}	посещения на дому (всего)
2	X _{q27}	посещения на дому (патронаж детей)
2	X _{q28}	посещения на дому (патронаж беременных)
3	X _{q29}	зарегистрировано заболеваний в отчетном году
3	X _{q30}	зарегистрировано заболеваний впервые
3	X _{q31}	на диспансерном учете (всего)
3	X _{q32}	на диспансерном учете (туберкулез)

3	X _{q34}	на диспансерном учете (онкология)
3	X _{q35}	состоят на учете дети до 1 года
3	X _{q36}	состоят на учете (беременные)
3	X _{q37}	состоят на учете (родившиеся)
3	X _{q38}	умерло (всего)
3	X _{q39}	умерло (дети до 1 года)
4	X _{q40}	умерло (беременные и рожавшие)
4	X _{q41}	число родившихся
4	X _{q42}	число на дому (всего)
4	X _{q43}	родились на дому живыми
4	X _{q44}	родились на дому (умерло 0-6 суток)
4	X _{q45}	Родились на дому мертвыми
4	X _{q46}	Кол-во выданных больничных листов
4	X _{q47}	доля детского населения
4	X _{q48}	обеспеченность средним медицинским персоналом на 10000 населения
4	X _{q49}	укомплектованность должностей средним медицинским персоналом
5	X _{q50}	занятость штатных должностей средних медработников
5	X _{q51}	посещаемость на одного жителя
5	X _{q52}	заболеваемость (туберкулез)
5	X _{q53}	заболеваемость (онкология)
5	X _{q54}	охват «Д» наблюдаемых больных (на 1000 нас.)

5	X _{q55}	рождаемость
5	X _{q56}	смертность
5	X _{q57}	естественный прирост
5	X _{q58}	число родившихся на 1 женщину фертильного возраста
5	X _{q59}	заболеваемость с ВУТ число случаев
6	X _{q60}	доля женщин фертильного возраста
6	X _{q61}	доля трудоспособного населения
6	X _{q62}	обеспеченность средним медицинским персоналом
6	X _{q63}	укомплектованность должностей средним медицинским персоналом
6	X _{q64}	занятость штатных должностей средних медработников
6	X _{q65}	общая заболеваемость
6	X _{q66}	первичная заболеваемость

В ходе работы были разработаны экспертные шкалы. В соответствии с этими шкалами экспертами были оценены территории с развернутыми в них ФАПами по четырем критериям: демографическому, экономическому, медицинскому, социальному (табл. 2-5).

Таблица 2. Экспертная оценка по демографическому критерию

Степень значимости	Определение	Характеристика
1	критическое положение	население вымирает
3	неудовлетворительно	есть часть рабочего населения, но без перспектив
5	удовлетворительно	есть доля подросткового населения, но долгосрочных перспектив нет
7	хорошо	есть рождаемость
9	отлично	рождаемость превышает смертность
2,4,6,8	промежуточное значения между двумя соседними суждениями	ситуация, когда необходимо компромиссное решение

Таблица 3. Экспертная оценка по медицинскому критерию

Степень значимости	Определение	Характеристика
1	критическое положение	нет работников
3	неудовлетворительно	совместитель
5	удовлетворительно	работник со 2-ой категорией
7	хорошо	работник 1-ой категории
9	отлично	полностью укомплектован. оснащенность медицинским оборудованием
2,4,6,8	промежуточное значения между двумя соседними суждениями	ситуация, когда необходимо компромиссное решение

Таблица 4. Экспертная оценка по экономическому критерию

Степень значимости	Определение	Характеристика
1	критическое положение	нет работы
3	неудовлетворительно	частичная занятость
5	удовлетворительно	наличие работы с минимальным доходом
7	хорошо	наличие работы со средним доходом
9	отлично	перспективное хозяйство
2,4,6,8	промежуточное значения между двумя соседними суждениями	ситуация, когда необходимо компромиссное решение

Таблица 5. Экспертная оценка по социальному критерию

Степень значимости	Определение	Характеристика
1	критическое положение	социальная сфера отсутствует
3	неудовлетворительно	имеется или дет.сад или начальная школа
5	удовлетворительно	неполная средняя школа, дет.сад.
7	хорошо	средняя школа, дет.сад.
9	отлично	общеобразовательная школа и наличие социальной структуры
2,4,6,8	промежуточное значения между двумя соседними суждениями	ситуация, когда необходимо компромиссное решение

Выводы: была получена система, позволяющая давать адекватную оценку состояния сельских медицинских участков, деятельности ФАП и служащая основанием для выработки определенных стратегических решений при реформировании сельского здравоохранения. На основе полученных результатов было принято решение о разработке паспорта на основании мониторинга деятельности ФАП. Для получения оперативной информации в ежеквартальном режиме разработана программа сбора информации, которая позволяет оперативно принимать решения по разработке системы мер оптимизации медицинской помощи сельскому населению на ФАП.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2013 году». – Ижевск: БУЗ УР «РМИАЦ МЗ УР», 2014. 311 с.
2. Кучеренко, В.З. Методические подходы к оценке деятельности лечебно-диагностического учреждения: мониторинговые индикаторы, показатели, критерии, определения / В.З. Кучеренко, Л.П. Разливинских, В.Ф. Мартыненко // Экономика здравоохранения. 2006. №8 (106). С. 19-36.
3. Руководство по медицинской профилактике / Под ред. Р.Г. Оганова, Р.А. Хальфина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 464 с.
4. Щепин, О.П. Общественное здоровье и здравоохранение / О.П. Щепин, В.А. Медик. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 592 с.

DEVELOPMENT OF PARAMEDIC AND OBSTETRIC POINT PASSPORT

© 2014 A.V. Popov¹, N.M. Popova², E.Ya. Iskhakova³

¹ Republican Children Sanatorium "Swallow", Izhevsk

² Izhevsk State Medical Academy

³ Republican Clinical Tubercular Hospital, Izhevsk

The analysis of health and healthcare state in rural areas is carried out, and passport of paramedic and obstetric point is developed.

Key words: *primary medical and sanitary help, rural population, paramedic and obstetric point*