**Слайд № 1**

**Современное развитие сельского здравоохранения.**

**Проблемы и пути решения**

**П.П. Локтев,**

**главный фельдшер БУЗОО «Станция скорой**

**медицинской помощи», г. Омск**

**председатель секции РАМС «Лечебное дело»**

Добрый день, уважаемые коллеги!

**Слайд № 2**

Сельское население составляет 26% населения Российской Федерации или 37,2 млн. человек. В четверти субъектов сельские жители составляют 40% населения. Доступность медицинской помощи является важнейшей проблемой организации здравоохранения, повышения качества жизни населения, в особенности сельского. Основные медицинские ресурсы сконцентрированы в городах. Некоторые регионы до сих пор испытывают трудности при обеспечении транспортной доступности организаций здравоохранения, использования средств связи. Практически все регионы сталкиваются с проблемой дефицита врачей, фельдшеров, медицинских сестер в сельских и отдаленных районах. Как правило, сельское население живет в более бедных условиях, чем городское, что приводит к ухудшению здоровья и снижению качества жизни. Поэтому необходимо чтобы медицинская помощь была максимально приближена к месту проживания.

**Слайд № 3**

Президент России отметил в своем выступлении, что качество жизни россиян – на первом месте, и прежде всего, качество жизни сельских жителей. Концепция развития здравоохранения до 2020 года представляет собой анализ состояния здравоохранения в Российской Федерации, а также основные цели, задачи и способы его совершенствования на основе применения системного подхода.

**Слайд № 4**

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей совершенствование профилактики и оказание своевременной квалифицированной первичной медико-санитарной и высокотехнологичной медицинской помощи, доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг.

**Слайд № 5**

Хочется отметить, что по данным Росстата о данных по демографии и состоянию здравоохранения за 9 месяцев текущего года, общая смертность нашего населения снизилась до 12,6 на 1000 населения, т.е. на 2,3%, по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. За 10 лет мы увеличили продолжительность жизни Россиян более чем на 7 лет.

Наиболее значительно за текущий год снизилась смертность от туберкулеза – на 18%. Снизилась смертность от внешних причин  на 11%: при этом от ДТП – на 8%, случайных отравлений алкоголем – более чем на 20%.

Улучшение данных показателей отмечается в общем по стране и преимущественно в городах, так как именно в городах происходит развитие высокотехнологичной медицинской помощи.

**Слайд № 6**

Характеристика демографических показателей сельского населения, к сожалению, отличается от городского и выглядит следующим образом:

* Рождаемость сельского населения на 16,7% выше, чем у городского.
* Смертность на 19,3% выше, а младенческая смертность на 31,9% выше, чем у городского населения.
* Смертность сельского населения от болезней системы кровообращения на 18,8% выше, чем у городского.
* Смертность от внешних причин смерти на 43,6% выше, чем у городского населения.

**Слайд № 7**

Сельскому здравоохранению России свойственны специфические характеристики, требующие определённых подходов в модернизации. Особенностями сельской жизни являются низкая плотность населения, большая территориальная протяженность и плохое дорожно-транспортное сообщение с соседними районами и областными центрами. В селах больше, чем в городах, лиц старше 75 лет, одиноких престарелых, инвалидов и безработных. Социально-экономические условия жизни сельских жителей хуже, чем городских. По сравнению с горожанами, уровень жизни, общая и санитарная культура, уровень медицинской активности у сельских жителей значительно ниже. Сельские жители в полтора раза реже городских посещают амбулаторные учреждения, а госпитализируются лишь при неотложных проблемах здоровья, отказываясь от плановой госпитализации из-за трудностей бытового характера.

**Слайд № 8**

Считаю необходимым отметить проблемы развития сельского здравоохранения. Государственные расходы на здравоохранение сократилось на 8% в постоянных ценах. Если расход на здравоохранение в 2012 году составлял 2,3 трлн. рублей, то в 2016 году - 2,1 трлн. рублей. При этом отмечается сокращение врачебного и сестринского персонала на 4%, а число больных, которые нуждаются в медицинской помощи, возросло на 0,6%. Подобный дисбаланс, естественно, сказывается на дальнейшем развитии в системе сельского здравоохранения.

**Слайд № 9**

За период с 2012 по 2016 годы мы видим увеличение числа врачебных амбулаторий в составе медицинских организаций на 4%, а сокращение участковых больниц в составе медицинских организаций составило 24%. Сокращение ФАПов - на 5%. Число фельдшеров и медицинских сестер, работающих на ФАПах, сократилось на 9%. Соответственно, и уровень госпитализации уменьшился на 3%. Все эти неблагоприятные факторы обострили ситуацию с доступностью сельской медицины.

С сокращением ФАПов и участковых больниц люди из отдаленных населенных пунктов зачастую не могут обратиться во врачебные амбулатории, которые находятся на значительном отдалении от их места проживания.

Анализ международного и отечественного опыта показывает, что организация медицинской помощи сельскому населению должна реализовываться в рамках комплексных программ, которые должны учитывать риски со стороны внешней среды, особенности развития региона и стратегические направления административных реформ.

**Слайд № 10**

К великому сожалению, проблема доступности медицинской помощи сельскому населению в последнее десятилетие обострилась. Существует две группы основных факторов, влияющих на доступность помощи:

* одна группа связана с особенностями расселения на определенной территории, транспортной доступностью, особенностями сельского быта;
* другая – с особенностями организации медицинской помощи, обусловленными указанными факторами, недостаточным ресурсным обеспечением организаций здравоохранения;

**Слайд № 11**

**Принципы сельского здравоохранения:**  государственный характер, профилактическое направление, бесплатность и общедоступность, единство медицинской науки и практики здравоохранения, обеспечение качества лечебно-диагностического процесса на основе соблюдения утверждённых стандартов и протоколов.

**Слайд № 12**

Факторы, определяющие особенности организации медицинской помощи сельскому населению:

* Характер расселения в сельской местности: малая плотность населения, неравномерность расселения, удаленность населенных пунктов от райцентров.
* Характер сельского труда: сезонность работ, неотложность, занятость личным подсобным хозяйством, тяжёлые условия труда в аграрном секторе.
* Недостаточное развитие транспортных связей.
* Демографические особенности: снижение доли лиц трудоспособного возраста, увеличение удельного веса пожилых и старых.
* Незанятость большой части населения в общественном секторе.
* Увеличение доли социально дезадаптированного населения.

**Слайд № 13**

В современных условиях реформирования здравоохранения самой актуальной остается проблема кадрового укрепления фельдшерско-акушерских пунктов, здравпунктов, особенно отдаленных населенных пунктов.  
Неблагоприятные медико-демографические показатели и высокий уровень заболеваемости сельского населения определяет необходимость повышения качества и эффективности медицинской помощи на всех этапах ее оказания. Однако повышенная интенсивность деятельности фельдшеров ФАПов, требования качества оказываемых услуг при недостаточной системе финансового обеспечения обуславливают текучесть кадров, повышенную психологическую нагрузку, способствуют проявлению симптомов «эмоционального выгорания» и переход их на работу в медицинские организации областных центров.

Ежегодно происходит «старение» кадров, молодые специалисты из-за отсутствия жилья не приходят работать на ФАПы. Особенно остро эта проблема стоит в отдаленных от областных и районных центров.

Из-за сложности работы: разбросанность населенных пунктов, отсутствие транспорта, удаленность от районного центра, ненормированный рабочий день.

Так же отмечается низкий уровень материальной оснащенности ФАПов, отсутствие современной лечебно-диагностической аппаратуры. Не на всех ФАПах возможна экстренная ЭКГ - диагностика из-за отсутствия аппаратов. Так же отмечаются неблагоприятные социально-бытовые условия, особенно для семейных специалистов. На большинстве ФАПов отсутствует возможность пользоваться интернет, что очень сильно затрудняет процесс непрерывного профессионального образования и возможность получить срочную профессиональную консультацию.

**Слайд № 14**

На качество медицинской помощи значительно влияет наличие кадров, их количество, качество и подготовка. Особенно это ощущается в сельской местности. Низкая зарплата, отсутствие перспектив – все это делает работу в селе малопривлекательной для специалистов. Таким образом, чем дальше находится населенный пункт, тем ниже возможность оказания медицинской помощи. Для решения кадровой задачи необходимо привлекать молодежь, проводить агитационную пропаганду среди школьников сельской местности, работать со студентами колледжей; проводить целевой набор на медицинские факультеты с последующим обязательным трудоустройством по месту жительства; осуществлять контроль и сопровождение во время учебы студентов, из своего населенного пункта, медицинских колледжей главной медицинской сестрой. Активно участвовать в распределении на преддипломную практику и работу.

**Слайд № 15**

Необходимо создать комфортную психологическую обстановку в подразделениях медицинской организации при прохождении студентами практики; работать с главами администраций по выделению жилья для сотрудников ФАПов. Нужно реализовывать программы непрерывного образования и повышения квалификации для работников сельской медицины, максимально приблизить образовательные услуги к месту работы. Так же необходимо активно внедрять целевые программы с целью удержания кадров на селе и в то же время усиливать меры социальной поддержки специалистов, приступивших к работе в фельдшерских здравпунктах и ФАПах. Решать кадровые вопросы на селе, внедряя программу «Земский фельдшер», основанную на полноценной социальной поддержке молодого специалиста.

Отрадно, что на заседании общественной палаты, министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова отметила, что в 2018 году, при сохранении преемственности отдельных концептуальных положений программы «Земский доктор», планируется включить в программу должности фельдшеров, выполняющих функции лечащих врачей в сельской местности, с размером единовременной компенсационной выплаты – 500 тыс. рублей.

**Слайд № 16**

Хочется обратить внимание на роль специализированных секций Ассоциации медицинских сестер России в вопросах профессиональной подготовки фельдшеров и медицинских сестер: проводятся научно-практические конференции, форумы, конгрессы, проекты, обучающие семинары, профессиональные конкурсы. И в этом должны принимать активное участие фельдшеры скорой медицинской помощи отделений ЦРБ, здравпунктов, ФАПов, школ. Фельдшеры могут рассматриваться как самостоятельное звено на этапе оказания первой помощи населению в сельской местности, на заводах, в образовательных учреждениях различного уровня, либо в экстренных случаях. Но их функции весьма ограничены, а все компоненты профессиональной роли реализуются, практически, только у тех, кто работает на ФАПе. Проведение секторальных научно-практических конференций будет способствовать развитию профессионализма, компетентности и расширению профессиональных функций фельдшеров.

**Слайд № 17**

Для достижения поставленных задач необходимо:

* участвовать в проведении аттестации, сертификации и аккредитации специалистов;
* осуществлять сбор информации и содействие распространению и внедрению передового опыта в регионах по самостоятельной деятельности фельдшеров в рамках лечебно-диагностического и профилактического процессов при оказании медицинской помощи;
* содействовать в повышении безопасности рабочих мест, обеспечении персонала необходимыми средствами и материалами для оказания качественной помощи.

**Слайд № 18**

С 17 по 19 октября 2017 года наша специализированная секция приняла самое активное участие в конгрессе, посвященном 25-летию РАМС 18.10.2017 г. Мы организовали и провели симпозиум «Сельское здравоохранение и его развитие», где присутствовали 93 человека. С докладами выступили специалисты из Омска, Кемерово, Брянска, Тамбова, Ленинградской области, Воронежской области, Хабаровского края.

Вся тематика выступлений была направлена на проблемы и развитие сельского здравоохранения. Были представлены доклады по инновационным технологиям в профилактической помощи, организации первичного здравоохранения в регионах.

На открытом микрофоне выступила директор департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении МЗ РФ Семенова Татьяна Владимировна. Обсуждены основные аспекты организации медицинской помощи населению сельской местности.

**Слайд № 19**

Нашей специализированной секцией, в рамках конгресса, так же был подготовлен мастер-класс «Внутрикостный доступ как альтернатива внутривенной инфузии, где присутствовало 54 человека. Цель  мастер-класса:  научиться проводить внутрикостный доступ шприц-пистолетом как жизнеобеспечивающей альтернативой, поскольку он мгновенно предоставляет возможность быстрого получения сосудистого доступа для начала инфузионной терапии, когда возможность периферического и центрального в/в доступа отсутствует. Отработали методику внутрикостного доступа на мастер-классе 24 человека.

**Слайд № 20**

В связи с этим, мне бы хотелось акцентировать внимание на возможности и необходимости непрерывного профессионального обучения в виде тренингов, мастер-классов. Как мне кажется, регулярные тренинги приведут к повышению профессионализма и качеству оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Конечно же, существует проблема по приобретению и сохранению навыков у специалистов первичного звена (фельдшеров ФАПов, здравпунктов). Поэтому организация и качественная образовательная программа по дополнительной профессиональной подготовке с применением симуляторов различной направленности в медицинских организациях могут стать основной обучающей силой по формированию и совершенствованию практических навыков и внедрению накопительной системы повышения квалификации специалистов по лечебному делу.

**Слайд № 21**

Считаю обязательным создание доступной информационной среды для каждого фельдшера ФАПа, здравпункта для изучения современных технологий, стандартов по специальности «Лечебное дело». Для уточнения диагноза и принятия решения фельдшеру часто бывает необходимо обратиться  к справочникам или проконсультироваться с более опытным коллегой.

**Слайд № 22**

Информационные технологии – неотъемлемая часть современного мира. Без них невозможно обойтись во многих сферах деятельности, в том числе и в работе фельдшера ФАПа. Благодаря информационным технологиям можно осуществлять дистанционную передачу данных ЭКГ, анализов специалисту ЦРБ. Обязательно должен работать канал интернет связи между ФАПом (участковой больницей, амбулаторией) и ЦРБ. Интернет-канал должен использоваться для консультации врачей с выделением для такого виртуального приема отдельного времени; проведения плановых обучающих совместных видеоконференций всех медицинских организаций муниципального района; доступа к медицинской электронной библиотеке; проведения совместных разборов трудных диагностических случаев с демонстрацией пациента; проведения циклов тематического усовершенствования фельдшеров, медицинских сестер посредством видеоконференции;

**Слайд № 23**

На современном этапе необходимо совершенствование и укрепление ЦРБ как основного звена в повышении качества и эффективности медицинской помощи сельским жителям. Организация межрайонных специализированных отделений медицинских организаций. Развитие выездных форм медицинской помощи. Расширение применения передвижных мобильных медицинских комплексов для проведения диагностических исследований и оказания медицинской помощи пациентам из отдаленных населенных пунктов.

По данным Росстата постепенно происходит улучшение материально-технической базы на селе: в 2016 году из 554 выстроенных заново медицинских объектов 418 были новыми ФАПами, 55 – офисы врачей общей практики.  Проведен ремонт более чем в 2,6 тыс. медицинских объектах, в том числе 600 ФАПах и 88 офисах ВОП.

В 2016 году функционировало более 3,5 тыс. мобильных медицинских бригад, годовой прирост которых превысил 13%. А достаточно ли этих объемов, в общем, для Российской Федерации? Но радует, что движения в сторону сельского здравоохранения начались!

**Слайд № 24**

Для укрепления первичной медико-санитарной помощи необходимо так же массовое внедрение института врача общей практики в сельской местности; формирование квалифицированного кадрового потенциала здравоохранения, в т.ч. создание экономических условий для привлечения молодых специалистов.

Повышение квалификации, подготовка и переподготовка кадров. Внедрение в практику первичного звена здравоохранения сельской местности и удаленных районов телекоммуникационных технологий. Внедрение стандартов оказания медицинской помощи. Проведение диспансеризации населения и других профилактических мероприятий.

**Слайд № 25**

Желаю вам плодотворной работы. Благодарю за внимание!