



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АЛЬ-ФАРАБИ
ФАКУЛЬТЕТ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Кафедра Политики и организации здравоохранения



ЛЕКЦИЯ 1

ОРГАНИЗАЦИЯ И СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

к.м.н., доцент Калмаханов Сундетгали Беркинулы,
кафедра Политики и организации здравоохранения



ВОЗ объявила 2020-й Международным годом работников сестринских и акушерских служб

Это дало возможность выработать на основе фактических данных и выводов, представленных в докладе Состояние сестринского дела в мире, 2020 г., программу действий в области развития сестринского дела на период до 2030 г. и принять обязательства по ее осуществлению. Призывали правительства стран и все соответствующие заинтересованные стороны:

- ❖ вкладывать ресурсы в массивное ускорение развития сестринского образования – в преподавательский состав, инфраструктуру и студентов – для удовлетворения глобальных потребностей и национального спроса на сестринские кадры, а также реагирования на научно-технический прогресс и реализации моделей комплексного медицинского и социального обслуживания;
- ❖ обеспечить создание к 2030 г. по меньшей мере 6 миллионов новых рабочих мест в рамках сестринских служб, прежде всего в странах с низким и средним уровнем дохода, для предупреждения прогнозируемого дефицита сестринских кадров и устранения неравенства в обеспеченности населения сестринскими кадрами во всем мире;
- ❖ обеспечить укрепление лидерской роли работников сестринских служб – посредством воспитания нынешних и будущих лидеров – для обеспечения значимого участия сестринского персонала в процессах выработки политики здравоохранения и принятия решений, а также содействия повышению эффективности систем здравоохранения и социального обеспечения.

Доклад ВОЗ о состоянии сестринского дела в мире



Сестринский персонал – наиболее многочисленная категория в структуре медицинского персонала, на долю которой приходится порядка 59% всех кадров здравоохранения.

Данные для доклада были предоставлены 191 страной, что является беспрецедентной цифрой и на 53% превосходит показатели за 2018 г. Около 80% стран предоставили данные по 15 и более индикаторам. Тем не менее по таким аспектам, как потенциал в сфере обучения, уровень финансирования, оплата труда и динамика рынка труда, в имеющейся статистике отмечаются существенные пробелы. Это препятствует надлежащему выполнению анализа рынка труда в сфере здравоохранения, необходимого для принятия решений относительно политики развития сестринских кадров и предоставления соответствующего финансирования.

Численность сестринского персонала во всем мире составляет 27,9 миллиона человек, из которых 19,3 миллиона – медсестры профессионального уровня. Это свидетельствует о росте общей численности этой категории работников на 4,7 миллиона за период 2013-2018 гг. и подтверждает, что сестринский персонал – наиболее многочисленная категория в структуре медицинского персонала, на долю которой приходится порядка 59% всех кадров здравоохранения. К 27,9 миллиона работников сестринских служб относятся 19,3 (69%) медсестер профессионального уровня, 6 миллионов (22%) медицинских сестер ассоциированного профессионального уровня и 2,6 миллиона (9%) работников, не относящихся ни к одной из указанных категорий.

Общая численность сестринского персонала в мире не соответствует потребностям, возникающим в связи с необходимостью обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения и достижения задач ЦУР.

Более 80% сестринского персонала в мире работает в странах, в которых проживает половина населения планеты. Глобальный дефицит медсестер, который по оценкам составлял 6,6 миллиона в 2016 г., несколько снизился и в 2018 г. составил 5,9 миллиона работников. Порядка 89% этого дефицита (5,3 млн медсестер) приходится на долю стран с низким уровнем дохода и доходом ниже среднего, в которых рост численности сестринского персонала с трудом поспевает за ростом численности населения и где обеспеченность сестринскими кадрами на душу населения растет незначительными темпами.

В некоторых регионах стабильность численности сестринского персонала находится под угрозой ввиду старения кадровых ресурсов.

Средний возраст сестринского персонала в мире является относительно низким, однако в этом отношении ситуация является неоднородной в зависимости от региона. Так, в Регионе стран Америки и Европейском регионе средний возраст сестринских кадров значительно превышает их средний возраст в других регионах. Для сохранения доступа населения к услугам здравоохранения на прежнем уровне странам с низким отношением численности начинающих медсестер (т.е. медсестер в возрасте до 35 лет) к численности медсестер предпенсионного возраста (в возрасте более 55 лет) потребуется обеспечить приток молодых специалистов в сфере сестринского дела и укрепить пакет мер по удержанию персонала. Странам с большим числом молодых специалистов в структуре среднего медицинского персонала следует обеспечить их более равномерное географическое распределение. Страны, в которых доля медсестер предпенсионного возраста превышает долю молодых медсестер (т.е. страны, находящиеся над зеленой линией), в будущем столкнутся с проблемой поддержания численности сестринского персонала.



Для решения проблемы дефицита сестринского персонала во всех странах к 2030 г. общее число молодых специалистов в области сестринского дела должно расти в среднем на 8% в год одновременно с расширением возможностей трудоустройства и принятием мер по удержанию этой категории персонала. Текущие тенденции указывают на то, что без этих мер к 2030 г. совокупная численность медсестер в мире составит 36 миллионов, а дефицит – 5,7 миллиона работников, главным образом, в регионах Африки, Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья. Параллельно с этим дефицит среднего медицинского персонала на национальном уровне будет по-прежнему ощущаться в ряде стран регионов Европы, Америки и Западной части Тихого океана.



Большинство стран (152 из 157 ответивших, т.е. 97%) сообщили, что минимальная длительность программы обучения сестринского персонала составляет три года. В подавляющем большинстве стран имеются стандарты, определяющие содержание и продолжительность программы обучения (91%), механизмы аттестации (89%), национальные стандарты квалификации преподавательского состава (77%) и совмещенного (межпрофессионального) обучения (67%). Тем не менее данных об эффективности таких мер и механизмов мало. Кроме того, сохраняется большая неоднородность в том, что касается минимального уровня образования и подготовки медсестер, а также отмечаются нехватка преподавательского состава, инфраструктурные ограничения и дефицит мест для прохождения практики в учреждениях здравоохранения.

О наличии среди сестринского персонала медсестер повышенной квалификации с расширенным кругом функций сообщили 78 стран (53% ответивших).

Имеются убедительные данные о том, что наличие сестринского персонала повышенной квалификации (с расширенным кругом должностных обязанностей и полномочий) способствует расширению доступа к первичной медико-санитарной помощи в сельских районах и позволяет устранить неравенство в доступе к услугам, с которым сталкиваются представители уязвимых слоев населения в городских районах. Создание благоприятных условий труда и оказание сестринскому персоналу поддержки в полной реализации его профессионального потенциала в соответствии с уровнем образования и квалификации позволят сестринскому персоналу любого уровня эффективно оказывать первичную медико-санитарную помощь, профилактическую помощь, а также предоставлять многие другие услуги, что в конечном счете является необходимым условием обеспечения всеобщего доступа к услугам здравоохранения.

Каждый восьмой работник сестринских служб работает за пределами страны своего рождения или обучения.

Процесс международной мобильности сестринских кадров становится все более интенсивным. В этих условиях проблема равномерного распределения и удержания сестринского персонала становится все более насущной практически для всех стран.

Неуправляемые миграционные процессы могут усугубить нехватку персонала и привести к отсутствию равноправного доступа к услугам здравоохранения. Как показывают данные, в ряде регионов многие страны с высоким уровнем дохода испытывают чрезмерную зависимость от притока иностранного сестринского персонала ввиду недостаточного числа новых выпускников, дефицита сестринских кадров для заполнения имеющихся вакантных должностей или же, напротив, отсутствия возможностей для трудоустройства молодых специалистов.





В большинстве стран (86%) действует государственный орган регулирования в области сестринского дела. Почти две трети стран (64%) сообщили о наличии у них требований в отношении аттестации всех начинающих работников сестринских служб, и почти три четверти стран (73%) сообщили о наличии требований постоянного повышения квалификации сестринского персонала как условия продолжения профессиональной деятельности.

Сестринское дело остается профессией с сильным гендерным дисбалансом со всеми вытекающими последствиями в области трудовых отношений. Порядка 90% членов сестринского персонала – женщины, однако медсестры или женщины крайне редко занимают руководящие должности в системе здравоохранения. Имеются данные о гендерно-обусловленном неравенстве в оплате труда, а также о других формах дискриминации на рабочем месте по гендерному признаку. По результатам опроса, в большинстве стран созданы необходимые правовые механизмы охраны труда, включая нормативы по продолжительности рабочего дня, условиям труда, минимальной оплате труда и социальной защите, однако обеспеченность такими механизмами в разных регионах разная. Немногим более одной трети стран (37%) сообщили о наличии у них мер по предупреждению нападений на работников здравоохранения.

Всего 82 из 115 ответивших стран (71%) сообщили о наличии на национальном уровне высокопоставленного должностного лица, ведающего вопросами сестринского дела, в полномочия которого входит участие в выработке политики в областях сестринского дела и здравоохранения. 78 стран (53% ответивших) сообщили о наличии национальной программы, направленной на расширение руководящих функций сестринского персонала.

Начиная с 1948 года- года создания ВОЗ и по настоящее время не подвергается сомнению, что сестринский персонал оказывает большую часть медицинской помощи и необходимых услуг населению земного шара и призван решать сложные задачи, сопряженные с состоянием здоровья людей - здоровья людей с большим разбросом проблем в зависимости от множества причин и факторов развития, обуславливающих уровень здоровья населения и специфику эпидемиологической картины в каждом из шести географических регионов ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ определило 4 основные функции сестринского персонала.

1. Выполнение сестринского ухода: уход за больным, профилактические и реабилитационные мероприятия, психологическая поддержка пациента. В задачу медсестры входит анализ потребностей больного, выявление главных проблем, связанных с нарушением его здоровья, составление плана ухода за пациентом и его выполнение по принятым в сестринском деле стандартам.
2. Обучающая функция включает анализ уровня знаний и умений, касающихся поддержания и улучшения здоровья человека, сбор и структурирование необходимой информации, подача ее в доступной форме, содействие приобретению знаний и овладению навыками. Данная функция подразумевает обучение не только пациентов, но и здоровых людей, в том числе коллег по профессии.
3. Работа в составе медицинской бригады. В зависимости от ситуации медсестра действует самостоятельно либо выполняет указания врача. В ее задачу входит взаимодействие с пациентом и его близкими, а также со своими коллегами с целью выработки плана по уходу за больным и его осуществления. Обязательной является беседа с пациентом, во время которой больному разъясняют план ухода и совместно оценивают его эффективность.
4. Совершенствование деятельности медицинских сестер в результате проводимой исследовательской работы.

Международное определение

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

охватывает самостоятельный и совместный уход за лицами всех возрастов, семей, групп и сообществ, больными или здоровыми во всех ситуациях. Сестринское дело включает в себя пропаганду здоровья, профилактику болезней и уход за больными, инвалидами и умирающими людьми. Пропаганда, продвижение безопасной окружающей среды, исследования, участие в формировании политики здравоохранения, а также управление пациентами и системами здравоохранения, образование также являются ключевыми ролями сестринского дела (**Международный Совет Медсестер (ICN)**)

В Казахстане

По результатам социологического исследования (2014 г.) 695 медсестер в 64 медицинских организациях РК всех регионов РК (поликлиники, стационары, республиканские медицинские организации):

ОСНОВНЫЕ НАВЫКИ МЕДСЕСТЕР В РК:

гигиена пациента, асептика, инъекции, забор крови и других материалов на анализы, раскладка и раздача лекарств, ассистирование врачу при диагностических и лечебных врачебных мероприятиях, информационная работа по здоровому образу жизни, заполнение статистических талонов, административная работа по заполнению документов.

Таким образом, в РК медсестры выполняют лишь **АССИСТИРОВАНИЕ ВРАЧУ СОГЛАСНО ВРАЧЕБНЫМ НАЗНАЧЕНИЯМ**, но не осуществляют независимую практику сестринского дела, отвечающую международным определениям.

Основание для реформы сестринского дела



ГЛОБАЛЬНЫЙ ПОЛИТИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ

- Старение населения
- Увеличение бремени хронических болезней
- Увеличение расходов на здравоохранение
- Увеличение акцента на профилактику заболеваний
- Дефицит врачей

ТРАЕКТОРИИ РАЗВИТИЯ МЕДСЕСТЕР

Развитие программ на всех уровнях медицинского образования, включая докторантуру, интегрированные программы подготовки для специалистов сестринского дела





Кодекс Республики Казахстан

О здоровье народа и системе здравоохранения

(с изменениями и дополнениями по состоянию на 11.01.2022 г.)

Система здравоохранения состоит из **государственного и негосударственного** секторов здравоохранения.

Государственный сектор здравоохранения состоит из государственных органов в области здравоохранения, организаций здравоохранения, основанных на праве государственной собственности, а также военно-медицинских (медицинских) подразделений и организаций, осуществляющих экспертизы в сфере судебной медицины (судебно-медицинские, судебно-наркологические, судебно-психиатрические).

Негосударственный сектор здравоохранения состоит из организаций здравоохранения, основанных на праве частной собственности, а также физических лиц, занимающихся частной медицинской практикой и фармацевтической деятельностью.

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская помощь - совокупность лечебных и профилактических мероприятий, проводимых при заболеваниях, травмах, беременности и родах, а также в целях предупреждения заболеваний и травм.



Виды медицинской деятельности



Медицинская деятельность включает следующие виды:

- 1) медицинская помощь;
- 2) лабораторная диагностика;
- 3) патологоанатомическая диагностика;
- 4) деятельность в сфере заготовки крови и ее компонентов;
- 5) деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- 6) деятельность в сфере охраны общественного здоровья;
- 7) образовательная и научная деятельность в области здравоохранения;
- 8) экспертиза в области здравоохранения;
- 9) иные виды деятельности, не запрещенные настоящим Кодексом.



Уровни оказания медицинской помощи

В Республике Казахстан установлена трехуровневая система оказания медицинской помощи:

- 1) первичный уровень** - уровень оказания медицинской помощи специалистами первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных, стационарозамещающих условиях и на дому;
- 2) вторичный уровень** - уровень оказания медицинской помощи профильными специалистами, осуществляющими специализированную медицинскую помощь в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, в том числе по направлению специалистов, оказывающих медицинскую помощь на первичном уровне;
- 3) третичный уровень** - уровень оказания медицинской помощи профильными специалистами, осуществляющими специализированную медицинскую помощь с применением высокотехнологичных медицинских услуг, в амбулаторных, стационарозамещающих и стационарных условиях, в том числе по направлению специалистов первичного и вторичного уровней.



Виды медицинской помощи



Видами медицинской помощи являются:

- 1) скорая медицинская помощь;
- 2) доврачебная медицинская помощь;
- 3) первичная медико-санитарная помощь;**
- 4) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 5) медицинская реабилитация;
- 6) паллиативная медицинская помощь.



Первичная медико-санитарная помощь

Первичная медико-санитарная помощь - место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества, в том числе:

- 1) диагностику, лечение и управление наиболее распространенными заболеваниями;
- 2) профилактические осмотры целевых групп населения (детей, взрослых);
- 3) раннее выявление и мониторинг поведенческих факторов риска заболеваний и обучение навыкам снижения выявленных факторов риска;
- 4) иммунизацию;
- 5) формирование и пропаганду здорового образа жизни;
- 6) мероприятия по охране репродуктивного здоровья;
- 7) наблюдение за беременными и за роженицами в послеродовом периоде;
- 8) санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний.

Принципы работы организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь:

- 1) семейный принцип обслуживания;
- 2) территориальная доступность первичной медико-санитарной помощи;
- 3) свободный выбор медицинской организации в пределах территориальной доступности согласно подпункту 2) пункта 2 настоящей статьи;
- 4) удовлетворенность пациента качеством медицинской помощи;
- 5) равноправие и добросовестная конкуренция независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности;
- 6) услуги первичной медико-санитарной помощи, охватывающие профилактику, диагностику и лечение, доступные всем пациентам независимо от их места нахождения.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается врачами общей практики (семейными врачами), участковыми терапевтами, педиатрами, фельдшерами, акушерами, медицинскими сестрами расширенной практики (общей практики), участковыми медицинскими сестрами, социальными работниками, психологами в области здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь (ПСМП), согласно определению ВОЗ, – это удовлетворение потребностей населения путем предоставления медицинских услуг при первом контакте с системой здравоохранения, комплексное обслуживание, приближенное к месту жительства и работе

Виды учреждений ПСМП:

- поликлиники (в том числе узкоспециализированные);
- амбулатории;
- диспансеры;
- женские консультации;
- здравпункты;
- фельдшерско-акушерские пункты.

Организация оказания первичной медико-санитарной помощи

Организация оказания ПМСП осуществляется в медицинских и иных организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, в том числе индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность.

В основе организации ее оказания лежит территориально-участковый принцип, предусматривающий формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях, с учетом права пациента на выбор врача и медицинской организации.

В целях обеспечения указанного права допускается прикрепление граждан, проживающих либо работающих вне зоны обслуживания медицинской организации, к врачам-терапевтам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) для медицинского наблюдения и лечения с учетом рекомендуемой численности прикрепленных граждан.

Первичная медико-санитарная помощь делится на:

1. Первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
2. Первичную врачебную медико-санитарную помощь;
3. Первичную специализированную медико-санитарную помощь.



Первый выпуск прикладных бакалавров сестринского дела в РК состоялся в феврале 2018 года численностью 308 человек, соответствующие должности «медсестра расширенной практики» согласно Европейским директивам 2005/36/ЕС (Европейский парламент 2013), что сопоставимо зарегистрированной медсестре в западных странах.

№ п/п	Номер и дата нормативного правового акта	Название нормативного правового акта
1	Кодекса РК от 07.07.2020 № 360-VI	О здоровье народа и системе здравоохранения
2	Приказ МЗ РК от 21.12.2020 № ҚР ДСМ-305/2020	Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения
3	Приказ МЗСР РК от 28.12.2015 № 1043	Об утверждении Реестра должностей гражданских служащих в некоторых сферах системы здравоохранения
4	Приказа МЗ РК от 23.11.2020 № ҚР ДСМ-199/2020	Об утверждении правил оказания сестринского ухода
5	Приказ МЗ РК от 27.07.2018 № 461	Об утверждении основных направлений развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан на 2018-2022 годы

В связи с введением должности «медсестра расширенной практики» увеличение числа медсестер уровня бакалавра должно быть начато в медицинских организациях в настоящее время с использованием следующих принципов:

1. Одна медсестра со степенью прикладного бакалавра в каждом отделении больницы, где количество коек составляет 10-20; 2 прикладных бакалавра, когда количество коек составляет 21-30; три, если количество коек составляет 31-40;
2. Один академический бакалавр-медсестра, когда более 50 медсестер или более 100 коек (на каждые 100 коек/академическая медсестра);
3. Для поликлиник: одна медсестра со степенью прикладного бакалавра для каждой специальности поликлиники.

Ожидаемые результаты от внедрения новой модели управления сестринской службой в организациях практического здравоохранения

- ✓ Повышение доступности и качества медицинской помощи
- ✓ Повышение удовлетворенности пациентов работой медсестер
- ✓ Снижение частоты развития осложнений, связанных с сестринским процессом (падения, пролежневые язвы, инфекции после катетеров и др.)
- ✓ Снижение частоты потенциально предотвратимых госпитализаций
- ✓ Улучшение показателей здоровья у пациентов в отделениях и больницах сестринского ухода;
- ✓ Уменьшение продолжительности пребывания больных в стационаре;
- ✓ Оптимизация структуры затрат на здравоохранение вследствие предотвращения осложнений у больных и улучшение состояния здоровья населения;
- ✓ Регулирование нагрузки врача и освобождение его времени на консультирование и лечение пациентов
- ✓ Повышение ответственности за пациента
- ✓ Повышение профессионального статуса медсестры

Благодарю за внимание!

Вопросы???