

## **Лекция №7 Организация социально-медицинской помощи населению в системе отечественного здравоохранения**

Медико-социальная помощь населению — профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая и зубопротезная помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности. Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты.

Охрана здоровья населения – это совокупность экономических, правовых, социальных, научно-медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мер, которые направлены на сохранение и укрепление здоровья каждого человека. Здравоохранение представляет собой важнейшую отрасль социально-культурной деятельности, основной целью которой является осуществление перечисленных выше мер по охране здоровья населения. Здравоохранение представляет собой систему, состоящую из структурных элементов (органы здравоохранения) и функциональных элементов (амбулаторная и стационарная помощь, санитарно-эпидемиологическая служба и т. д.), которые тесно связаны между собой. Отечественная система здравоохранения состоит из государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

К государственной системе здравоохранения относятся находящиеся в государственной собственности и подчиненные органам управления государственной системы здравоохранения лечебно-профилактические учреждения и организации, создаваемые Министерством здравоохранения и социального развития РФ, министерствами субъектов Российской Федерации, государственными предприятиями, учреждениями и организациями.

К муниципальной системе здравоохранения относятся находящиеся в муниципальной собственности лечебно-профилактические учреждения. Финансирование деятельности муниципальных учреждений осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, целевых фондов (территориальных фондов обязательного медицинского страхования - ОМС) и иных разрешенных источников. К частной системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

В соответствии с номенклатурой учреждений здравоохранения существуют следующие их виды.

К лечебно-профилактическим учреждениям относятся:

- амбулаторно-поликлинические (амбулатории, городские поликлиники, здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, косметологические лечебницы, стоматологические поликлиники и т. д.);
- больничные (городские больницы, детские больницы, центральные районные больницы, специализированные больницы и т. д.);
- диспансеры (врачебно-физкультурные, кардиологические, кожно-венерологические, наркологические, онкологические, противотуберкулёзные, психоневрологические и т. д.);
- учреждения по охране материнства и детства (родильные дома, дома ребёнка, ясли, молочные кухни);
- станции скорой и неотложной медицинской помощи и переливания крови;
- санаторно-курортные учреждения (санатории, детские санатории, курортные поликлиники, грязелечебницы, санатории-профилактории).

К санитарно-профилактическим учреждениям относятся: санитарно-эпидемиологические учреждения и учреждения санитарного просвещения.

Существуют также учреждения судебно-медицинской экспертизы (бюро судебно-медицинской экспертизы); аптечные учреждения (аптеки, аптечные киоски, базы и склады медицинской техники, магазины медицинской техники и оптики, контрольно-аналитическая лаборатория).

Ведущее место в структуре учреждений здравоохранения занимают лечебно-профилактические учреждения. Основными принципами их деятельности являются преемственность в работе различных учреждений, и прежде всего поликлиник и стационаров, единство лечения и профилактики, участковый принцип обслуживания, диспансерный метод работы, общедоступность и специализация врачебной помощи. Социально-медицинская помощь населению оказывается медицинскими, социальными и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты.

Виды социально-медицинской помощи распределяются следующим образом:

- первичная медико-санитарная помощь;
- скорая медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь;
- социально-медицинская помощь гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями;
- социально-медицинская помощь гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – это удовлетворение потребностей населения путем предоставления медицинских услуг при первом контакте с системой здравоохранения, комплексное обслуживание, приближенное к месту жительства и работе. ПМСП в настоящее время определяется как «зона первого контакта» населения с медико-санитарными службами, как первый этап охраны здоровья населения. Именно ПМСП определяет осуществление основного принципа отечественного здравоохранения – профилактики, так как является наиболее массовой медицинской службой. Оказание ПМСП является одной из гарантий социально-медицинской помощи.

ПМСП представляет собой комплекс медико-санитарных, лечебных, профилактических и гигиенических мер: лечение заболеваний и травм, снабжение самыми необходимыми лекарственными средствами, охрана материнства и детства, иммунизация против основных инфекционных заболеваний, профилактика инфекционных заболеваний, планирование семьи, санитарное просвещение, достаточное снабжение безопасной питьевой водой и продуктами питания и пр. ПМСП включает в себя все виды амбулаторно поликлинической помощи, службу скорой и неотложной помощи, родовспоможение, санитарно-противоэпидемические учреждения. Объём ПМСП устанавливается региональными властными структурами в соответствии с территориальными программами обязательного медицинского страхования. В настоящее время ПМСП находится в стадии реформирования. Предусмотрен переход к организации ПМСП по принципу семейного врача. Основной функцией семейного врача является оказание населению многопрофильной амбулаторной медицинской помощи. В деятельности семейного врача значительная роль отводится организации социально-медицинской помощи (совместно с органами системы социальной защиты населения, благотворительными организациями, службами милосердия) одиноким престарелым, инвалидам, хроническим больным.

С целью совершенствования ПМСП в дополнение к выше перечисленной номенклатуре учреждений здравоохранения функционируют стационары дневного пребывания, детские реабилитационные центры, центры реабилитации женщин с патологией беременности, кабинеты социально-медицинской реабилитации, медико-генетические консультации и т. д.

Скорая медицинская помощь – это экстренная медицинская помощь больным и пострадавшим при угрожающих жизни и здоровью человека состояниях и травмах, которая оказывается на месте происшествия (на улице, в общественных местах, учреждениях, дома и в пути следования заболевшего в больницу). Скорая медицинская помощь является одной из гарантий

осуществления социально-медицинской помощи граждан. В нашей стране создана общегосударственная система организации скорой медицинской помощи, в которую входят станция скорой и неотложной помощи, больницы скорой помощи, санитарная авиация. Станции скорой медицинской помощи предназначены для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе. На станциях скорой помощи не выдают больничных листов, справок и других письменных документов больным или их родственникам.

Станции скорой помощи оснащены специализированным санитарным транспортом, оборудованным аппаратурой для проведения срочной диагностики и лечения состояний, угрожаемых жизни. Работа станций скорой помощи организована по-бригадно. В крупных городах обычно действуют следующие специализированные бригады: реанимационная, неврологическая, инфекционная, педиатрическая реанимационная, психиатрическая и т. д. Вся работа бригад документируется и хранится в организационно-методическом отделе. Госпитализацией больных занимаются больницы скорой помощи. Специализированная медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных медицинских технологий. Специализированная медицинская помощь является неотъемлемой частью организации социально-медицинской помощи населению. От уровня специализации, форм и методов организации специализированных видов медицинской помощи зависит качество профилактики, диагностики и лечения различных заболеваний. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в лечебно-профилактических учреждениях, получивших лицензию на указанный вид деятельности: поликлиники, амбулатории, женские консультации, диспансеры, специализированные центры.

В системе организации специализированной медицинской помощи населению главная роль принадлежит диспансерам. Диспансер представляет собой самостоятельное специализированное лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания лечебно-профилактической помощи определенным группам больных.

В системе отечественного здравоохранения действуют следующие типы диспансеров: кардиологический, противотуберкулёзный, онкологический, кожно-венерологический, врачебно-физкультурный, психоневрологический, наркологический и др. Диспансер состоит из поликлиники и стационара. Организация, содержание и характер работы диспансера зависит от его профиля. Основные принципы работы любого диспансера: активное раннее выявление больных, патронаж, проведение общественной и индивидуальной профилактики.

Общественная профилактика в работе диспансеров предполагает проведение предупредительных мероприятий, направленных на здоровый образ жизни, улучшение условий труда и быта, массовые оздоровительные мероприятия. Наряду с диагностикой, лечением и профилактикой важнейшей составляющей работы диспансеров является реабилитация. Особое значение реабилитация приобретает в системе специализированной медицинской помощи кардиологической, онкологической, неврологической, травматологической и ортопедической служб.

Рассмотрим организацию социально-медицинской помощи гражданам в чрезвычайных ситуациях.

Чрезвычайная ситуация – это внешне неожиданная, внезапно возникающая обстановка, характеризующаяся резким нарушением установившегося процесса или явления и оказывающая значительное отрицательное воздействие на жизнедеятельность людей, функционирование экономики, социальную сферу и природную среду.

В мирное время такие ситуации могут возникать в результате производственных аварий, катастроф, стихийных бедствий, экологических бедствий (катастроф), диверсий или факторов военно-политического характера.

Все чрезвычайные ситуации (ЧС) мирного времени разбивают на пять групп:

- сопровождающиеся выбросом опасных веществ в окружающую среду;
- связанные с возникновением пожаров, взрывами и их последствиями;
- на транспортных коммуникациях;
- вызванные стихийными бедствиями;
- военно-политического характера.

Существует несколько основных социально-медицинских направлений борьбы с катастрофами:

- сведение к минимуму числа пострадавших, если бедствие нельзя предотвратить, т. е. проведение защитных мероприятий, включая и медицинскую защиту;
- спасение жертв катастрофы;
- своевременное обеспечение первой медицинской помощи;
- оказание раненым последующих видов (доврачебной и первой врачебной) медицинской помощи с эвакуацией в медицинские учреждения;
- обеспечение квалифицированной и специализированной медицинской помощи;
- создание пострадавшим нормальных условий для жизнедеятельности.

Эффективным средством уменьшения пагубных последствий стихийного бедствия или катастрофы являются также профилактические мероприятия:

- предоставление соответствующего укрытия для пострадавших
- создание условий для выполнения элементарных норм личной гигиены;
- обеспечение доставки питьевой воды;
- снабжение доброкачественным продовольствием.

Для выполнения мероприятий по ликвидации последствий ЧС необходимо привести в действие все силы и средства медицинской и социальной служб и обеспечить круглосуточный режим их работы.

### **Медицинское страхование как форма социальной защиты населения в области охраны здоровья**

Поиск направлений реформирования системы здравоохранения Российской Федерации нацелен, в первую очередь, на сохранение и оптимизацию существующей системы организации медицинской помощи, основанной на принципах бесплатности и общедоступности, законодательно гарантированных объемов и качества медицинской помощи населению. Такой подход связан с необходимостью введения медицинского страхования населения. Медико-социальная помощь предполагает оказание гражданам профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи, а также принятие мер социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Существуют четыре типа систем здравоохранения:

- государственная,
- страховая,
- частная,
- смешанная.

Сохранение равновесия трех главных составляющих: населения – потенциального потребителя медицинской помощи, медицинских учреждений и плательщиков за оказанную медицинскую помощь, является основным принципом построения любой системы здравоохранения. Оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности, является целью любой системы здравоохранения.

В основе организации медико-социальной помощи лежит первичная медико-санитарная (социальная) помощь (ПМСП). Концепция ПМСП, принятая в России, ориентирована на преимущественное оказание медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Сохранение общедоступной медицинской и лекарственной помощи всем гражданам РФ при введении государственных минимальных стандартов обеспечения этой помощью,

являются приоритетным направлением государственной социальной политики в области реформирования здравоохранения.

С 1991 года в Российской Федерации создана единая государственная система, при которой обязательное медицинское страхование (ОМС) является видом всеобщего социального страхования. Социальные гарантии и финансовую устойчивость ОМС обеспечивают структуры, действующие на некоммерческой основе. Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования.

Существует четыре субъекта медицинского страхования

- гражданин;
- страхователь;
- страховая медицинская организация;
- медицинское учреждение.

В системе ОМС страхователями и гарантами защиты интересов детей, учащейся молодёжи, безработных, пенсионеров и инвалидов выступают органы государственной власти всех уровней, страхователями работающих – работодатели (администрация соответствующих предприятий, предпринимательских структур). Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет отчислений предприятий и организаций всех форм собственности. Страховой тариф взносов на ОМС определяется федеральными органами законодательной власти по представлению Правительства РФ в процентах от заработной платы. Страховые взносы отчисляются работодателем из фонда заработной платы, но не из заработной платы работника. Платежи на неработающих граждан производятся органами исполнительной власти с учетом территориальных программ ОМС в пределах средств на здравоохранение, предусмотренных в соответствующих бюджетах. Для сбора обязательных страховых взносов в системе ОМС созданы Федеральный и территориальный фонды ОМС. Финансовые средства фондов ОМС находятся в государственной собственности РФ. Фонды передают средства в руки страховых организаций (компаний), которые имеют разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием. Именно страховые медицинские организации выплачивают медицинским учреждениям деньги за лечение граждан. Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор между работодателем и страховой медицинской организацией, получает страховой медицинский полис. Полис находится на руках у застрахованного и имеет силу на всей территории РФ, а также на территории других государств, с которыми РФ имеет соглашение о медицинском страховании граждан. Законодательной базой медицинского страхования является федеральный закон «О медицинском страховании

граждан в РФ» №1499–1 от 28 июня 1991 г. с дополнениями и изменениями от 1993 г. Страховая медицина является системой профилактических и лечебных мероприятий, осуществляемых за счет средств страхования здоровья граждан, формирующихся на основе периодических целевых денежных взносов. Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное медицинское страхование (ОМС) является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программ ОМС. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ ОМС. Система добровольного медицинского страхования позволяет улучшить качество лечения (обеспечить современную качественную, но дорогостоящую диагностику, комфортабельную лечебную палату и пр.). Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли предприятий и личных средств граждан путем заключения договора. Размеры страховых взносов на добровольное медицинское страхование устанавливается по соглашению сторон.

Принципами медицинского страхования являются:

- Медицинскому страхованию подлежит все население (работающие и неработающие).
- Застрахованный, имеющий страховой полис, независимо от места проживания имеет право на получение медицинской помощи в любом медицинском учреждении России.
- Система ОМС строится на безвозвратной основе, т.е. предприятию страховая сумма не возвращается, а идет на расширение услуг.
- Каждый гражданин имеет право на дополнительное медицинское страхование сверх установленного минимума. Эти взносы могут быть возвратными или частично возвратными.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в рамках ОМС в государственной и муниципальной системах здравоохранения. Объем бесплатной медицинской помощи гражданам гарантируется правительством, утвердившим программу гарантий обеспечения бесплатной медицинской



помощью, которая описывает гарантии в рамках ОМС и в рамках помощи, предоставляемой за счет средств бюджета. Бесплатно гражданам предоставляются следующие виды медицинской помощи:

1. Скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах.
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому.
3. Стационарная помощь:
  - при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, травмах и отравлениях, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;
  - при патологии беременности, родах и абортах;
  - при плановой госпитализации с целью проведения лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в детских и специализированных санаториях.

Бесплатно отпускаются все лекарственные средства гражданам, страдающим диабетом, проказой, раком, СПИДом, а также ВИЧ-инфицированным. При отдельных заболеваниях (детский церебральный паралич, болезнь Паркинсона, миопатия, бронхиальная астма, лучевая болезнь) граждане бесплатно получают только те лекарственные средства, которые необходимы для лечения данного заболевания. Бесплатные лекарственные средства отпускаются только по рецептам врача, выписанным на специальных бланках. Аптеки получают плату за отпущенные бесплатно и по льготным рецептам лекарственные средства из местного бюджета. Таким образом, организация социально-медицинской работы учитывает то, что бесплатная медицинская помощь оказывается при предъявлении гражданином страхового медицинского полиса в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Наличие полиса является необязательным при оказании помощи по экстренным показаниям или при угрозе жизни пациента.

Однако на практике часто встречаются нарушения прав пациента:

- необоснованный отказ от оказания медицинской помощи (отказ от госпитализации, отказ в оказании амбулаторной помощи, отказ от перевода из одного лечебного учреждения в другое, неоказание медицинской помощи в экстренных случаях и т. д.);
- оказание медицинской помощи низкого качества;

- причинение вреда жизни и здоровью пациента при оказании медицинской помощи;
- нарушение условий лечения;
- разглашение врачебной тайны;
- необоснованное требование или требование платы за лечебно-диагностические услуги недостаточной или неверной информации о заболевании;
- дефекты в оформлении медицинских документов и т. д.

### **Основы оказания паллиативной помощи в России.**

Организация медицинской помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований, прогрессирующими хроническими заболеваниями на поздних стадиях развития, в том числе умирающим больным, — один из сложных и до сих пор не решенных вопросов не только в России, но и во всех странах мира. Помочь страдающему инкурабельному больному призвана паллиативная медицинская помощь. Данное направление здравоохранения в РФ постепенно развивается уже более 20 лет. Но только сегодня мы можем говорить о том, что создается необходимая нормативная и организационная база здравоохранения, которая позволит осуществлять развитие паллиативной помощи во всей стране и на принципиально новом уровне. Вступивший в силу с 1 января 2012 г. федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ утвердил новый для отечественного здравоохранения вид медицинской помощи — ПМП (статья 32). Принятие нового закона ознаменовало начало принципиально нового этапа в развитии ПМП населению России.

Согласно определению ВОЗ, паллиативная медицинская помощь — это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (детей и взрослых) и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, путем предотвращения и облегчения страданий за счет раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки. Предоставление паллиативной помощи основано на принципе уважения к решениям пациентов и направлено на оказание практической поддержки членам их семей, в частности, по преодолению горя в связи утратой близкого человека как на всем протяжении болезни, так и в случае смерти пациента.

Понятие «паллиативная» (медицина/помощь) происходит от латинского «pallium» и означает «покрывало, покров, покрытие». Иными словами, это защита и всесторонняя опека больного.

Паллиативная помощь больным не ставит целью достижение длительной ремиссии заболевания и продление жизни (но и не укорачивает ее). Для решения всех проблем пациента, как физических, так и психологических, используется целостный междисциплинарный подход, при котором врачи, медсестры и другие медицинские и немедицинские специалисты координируют все аспекты помощи пациенту. Паллиативная помощь призвана

повышать качество жизни пациента, невзирая на предполагаемую небольшую продолжительность жизни. Главный принцип -- от какого бы заболевания пациент не страдал, каким бы тяжелым это заболевание не было, какие средства не были бы использованы для его лечения, всегда можно найти способ повысить качество жизни больного в оставшиеся дни. Если нет способа остановить прогрессирование основного заболевания, нельзя говорить пациенту, что «больше ничего нельзя сделать». Это никогда не бывает абсолютной истиной и может выглядеть как отказ от оказания помощи. В такой ситуации больному можно оказывать психологическую поддержку и контролировать патологические симптомы.

Паллиативная помощь не допускает эвтаназию и самоубийство при посредничестве врача. Просьбы об эвтаназии или о содействии в самоубийстве обычно свидетельствуют о необходимости улучшения ухода и лечения больного. При развитой современной междисциплинарной паллиативной помощи пациенты не должны испытывать непереносимых физических страданий и психосоциальных проблем, на фоне которых чаще всего возникают подобные просьбы.

Целью паллиативной помощи пациентам с поздними стадиями активного прогрессирующего заболевания и небольшой предполагаемой продолжительностью жизни является максимальное повышение качества жизни, не предусматривающее ускорение или отдаление смертельного исхода. Поддержание максимально возможного качества жизни пациента является ключевым моментом в определении сущности паллиативной медицины, так как она ориентирована на лечение больного, а не поразившей его болезни. Паллиативная помощь занимается целым рядом аспектов жизни инкурабельного пациента - медицинских, психологических, социальных, культурных и духовных. Помимо ослабления боли и купирования других патологических симптомов, необходимы психо-социальная и духовная поддержка пациента, а также оказание помощи близким умирающего при уходе за ним и в горе утраты. Целостный подход, объединяющий разные аспекты паллиативной помощи, является признаком высококачественной медицинской практики, существенную часть которой составляет паллиативная помощь.

По оценкам ВОЗ, каждый год во всем мире около 20 миллионов человек нуждаются в паллиативной медицинской помощи в конце жизни и считается, что столько же человек нуждаются в паллиативной помощи в течение последнего года жизни. Таким образом, общее число людей, которым ежегодно требуется паллиативная медицинская помощь, составляет около 40 миллионов. По оценкам, из 20 миллионов человек, нуждающихся в паллиативной помощи в конце жизни, 80% проживают в странах с низким и средним уровнем доходов; около 67% — люди пожилого возраста (старше 60 лет) и около 6% — дети. К числу клинических состояний, при которых пациентам может потребоваться паллиативная помощь, относятся неинфекционные хронические заболевания, такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания, хронические обструктивные заболевания легких,

почечная недостаточность, хронические заболевания печени, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, ревматоидный артрит, неврологические заболевания, болезнь Альцгеймера и другие виды деменции, пороки развития, а также инфекционные заболевания, такие как ВИЧ/СПИД и лекарственно-устойчивый туберкулез. Большинство взрослых пациентов, которым требуется паллиативная помощь, умирают от сердечно-сосудистых (38,5%) и онкологических (34%) заболеваний, а также от хронических респираторных заболеваний (10,3%), ВИЧ/СПИДа (5,7%) и диабета (4,6%).

Оказание паллиативной медицинской помощи способствует улучшению качества жизни пациентов (например, за счет снижения тяжести симптомов заболевания) и членов их семей, а также является выгодным для самих систем здравоохранения, поскольку позволяет сократить число пациентов, поступающих в стационар, и снизить нагрузку на медико-санитарные службы. Большинство подтверждений эффективности паллиативной медицинской помощи было получено по результатам исследований, проведенных в странах с высоким уровнем доходов, однако все больше научных данных свидетельствуют о том, что оказание паллиативной медицинской помощи с учетом культурных особенностей и при активном участии местных сообществ может привести к сопоставимым положительным результатам и в странах с низким и средним уровнем доходов. Боль — это один из наиболее распространенных и наиболее тяжелых симптомов, с которыми сталкиваются пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи. Опиоидные анальгетики являются важнейшим средством для лечения умеренного и сильного болевого синдрома у пациентов, больных раком, и сильного болевого синдрома у пациентов с различными не подлежащими радикальному лечению неонкологическими прогрессирующими заболеваниями в поздней стадии развития. Особенно часто болевой синдром проявляется в терминальной стадии заболевания. Так, около 80% пациентов, больных раком и СПИДом, и 67% пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и хроническими обструктивными заболеваниями легких в конце жизни страдают от умеренной или сильной боли. Оказание паллиативной помощи направлено не только на купирование болевого синдрома, но и на лечение некоторых других причиняющих страдание симптомов, таких как дыхательная недостаточность, которая часто и в острой форме проявляется у пациентов с опасными для жизни заболеваниями. Применение опиоидных анальгетиков помогает эффективно снимать ощущение одышки у пациентов на поздней стадии любых заболеваний.

Потребность в оказании паллиативной медицинской помощи будет продолжать расти, что отчасти связано с ростом распространенности неинфекционных заболеваний и старением населения во всех регионах мира. Потребность в паллиативной помощи со стороны пациентов с неинфекционными заболеваниями можно сократить за счет раннего выявления этих заболеваний и своевременного принятия мер, направленных на предотвращение развития осложнений. В условиях растущей потребности

в паллиативной медицинской помощи, помноженной на финансовые ограничения, необходимо осуществить переход к устойчивому управлению системами общественного здравоохранения. Для этого, вероятно, потребуются реорганизация существующих медико-санитарных служб в целях включения паллиативной медицинской помощи в объем предоставляемых услуг и привлечения более широкого сообщества к оказанию помощи нуждающимся в паллиативном лечении за счет налаживания партнерского взаимодействия. В рамках национальных систем здравоохранения паллиативная помощь должна быть включена в процесс непрерывного оказания медицинской помощи людям с опасными для жизни заболеваниями. При этом необходимо сформировать стратегическую связь между оказанием паллиативной помощи и программами профилактики, раннего выявления и лечения этих заболеваний. Паллиативную помощь не следует рассматривать в качестве факультативного вида терапии. Услуги по оказанию паллиативной помощи необходимо предоставлять параллельно с попытками радикального лечения, адаптируя их к возрастающим физическим, психосоциальным и духовным потребностям пациентов, членов их семей и лиц, осуществляющих уход за больными, по мере прогрессирования заболевания и его перехода в терминальную стадию.

Услуги по оказанию паллиативной медицинской помощи должны предоставляться в соответствии с принципами всеобщего охвата медико-санитарной помощью. Каждый человек без исключения должен иметь доступ к установленному на национальном уровне комплексу основных услуг в области укрепления здоровья, профилактики, лечения, реабилитации и паллиативной помощи, а также к основным, безопасным, экономически доступным, эффективным и качественным лекарственным и диагностическим средствам. Кроме того, обращение за этими услугами не должно создавать финансовых трудностей, особенно у представителей малоимущих и незащищенных категорий населения.

Существует множество моделей внедрения системы оказания паллиативной медицинской помощи. Залогом успеха являются междисциплинарный и межсекторальный подход, адаптация к конкретным культурным, социальным и экономическим условиям, а также встраивание услуг по оказанию паллиативной помощи в существующую структуру здравоохранения с акцентом на службы первичной медико-санитарной помощи и на организацию ухода за пациентами на уровне местного сообщества или в кругу семьи. В странах с ограниченными ресурсами, где число нуждающихся в помощи пациентов высоко, а имеющегося сестринского и врачебного персонала для оказания этой помощи недостаточно, эффективным подходом является привлечение к решению этой задачи подготовленных представителей местных сообществ или добровольцев, действующих под руководством специалистов здравоохранения.

Паллиативная медицинская помощь подразделяется на паллиативную первичную медицинскую помощь, в том числе доврачебную и врачебную, и

паллиативную специализированную медицинскую помощь. Паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи. Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляют взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, организациями, в целях предоставления такому пациенту социальных услуг, мер социальной защиты (поддержки) в соответствии с законодательством Российской Федерации, мер психологической поддержки и духовной помощи.

Учитывая важность развития системы паллиативной помощи, кабинет министров Совета Европы выпустил рекомендации (2003), в которых провозглашено 10 основных принципов паллиативной помощи:

- Паллиативная помощь — необходимая и неотъемлемая часть системы здравоохранения. Необходимо создать условия для ее развития и функциональной интеграции в стратегии развития национальных систем здравоохранения.
- Любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить эту помощь без неуместного промедления в соответствующем учреждении, насколько это реально выполнимо, в соответствии с его потребностями и предпочтением.
- Основной целью паллиативной помощи является достижение возможно наилучшего качества жизни пациента.
- Задачей паллиативной помощи является решение физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания. Поэтому паллиативная помощь требует координированной работы высококвалифицированной и, соответственно, оснащенной междисциплинарной и мультипрофессиональной команды.
- Активные лечебные мероприятия следует проводить лишь в том случае, если пациент этого хочет, если нет — лечение следует прекратить. В любом случае больной должен получать в полном объеме паллиативную помощь.
- Доступ к службам паллиативной помощи должен быть основан на клинических показаниях, но не на нозологической форме заболевания,

местонахождении больного, его экономическом статусе или других подобных факторах.

- Программы образования по паллиативной помощи должны быть включены в подготовку всех заинтересованных медицинских работников.
- Должны проводиться научные исследования с целью улучшения качества помощи. Проведение всех манипуляций и вмешательств в паллиативной помощи должно быть строго обосновано в соответствии с данными научных исследований.
- Паллиативная помощь должна получать адекватное и равноправное финансирование.
- Так же как и в других областях здравоохранения, медицинские работники, оказывающие паллиативную помощь, должны всегда уважать права пациентов, выполнять профессиональные обязательства и стандарты помощи и действовать только в интересах больного.

В России паллиативная медицина, как и в большинстве стран мира, выросла из онкологии. Наиболее остро в течение всего времени стояла проблема подготовки квалифицированных медицинских кадров в области паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным. Анализ причин ограниченного числа учебных баз по подготовке квалифицированных специалистов по вопросам паллиативной помощи показал, что, как правило, это связано с отсутствием специалистов, имеющих необходимые знания в данной области, так как полноценное обучение должно включать теоретические, практические и организационные аспекты этой проблемы.

Академик РАМН Г.А Новиков в пособии по оказанию паллиативной помощи онкологическим больным, указывает на тесную взаимосвязь между болевой симптоматикой и нерешенными духовными проблемами пациента. «Каждый человек, верит он в Бога или нет, имеет внутреннюю духовную жизнь. Духовные и экзистенциальные переживания являются серьезным источником клинических проблем. Духовность определяет цель и смысл жизни человека. Боль и другие симптомы, не купируемые адекватной терапией, должны указать клиницисту на вероятность скрытых духовных или экзистенциальных проблем».

Принципы паллиативной медицины относятся ко всем видам паллиативной помощи независимо от характера заболевания пациента, нуждающегося в ней. Методы паллиативного лечения, включая медикаментозное и хирургическое лечение, лучевую терапию, широко используются врачами различных специальностей для ослабления патологических симптомов и страданий пациентов, но составляют лишь малую часть широкого спектра средств паллиативной медицины. Специалист по паллиативной медицине в идеале должен быть хорошо ориентирован в показаниях и противопоказаниях этих

методов, знать и уметь их применять на практике, иметь соответствующий сертификат и работать только в этой области здравоохранения. Актуальность такой специализации необходимо обсуждать в контексте потребностей и особенностей национальной системы здравоохранения.

В мире существуют несколько организационных форм помощи больным с неизлечимыми опухолями. Наиболее полно служба паллиативной помощи представлена в системе хосписов Великобритании, где онкологическим больным в финальной стадии их жизни оказывается всеобъемлющая медицинская, социальная и психологическая помощь. В нашей стране при нынешней экономической ситуации такой организационный подход не представляется возможным, так как требует больших капиталовложений и времени на их освоение. Для решения проблемы в масштабе нашей страны предлагается модель организационной структуры системы паллиативной помощи, положение об ее подразделениях и направлениях их деятельности. Основу организуемой системы составляют головные онкологические учреждения, ежедневно занимающиеся лечением больных со злокачественными новообразованиями. При их методической помощи в идеальном варианте создаются территориальные организационно-методические центры паллиативной помощи онкологическим больным (Территориальные центры) или одно из подразделений системы паллиативной помощи: отделение паллиативной помощи, хоспис, кабинет противоболевой терапии, патронажная служба.

В организационную структуру Территориального центра целесообразно включить кабинет противоболевой терапии, процедурную, дневной стационар, отделение (палаты) паллиативной помощи и/или хоспис.

Основные направления деятельности Территориального центра:

1. Организационно-методическая работа:

- внедрение в практику программы помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований;
- статистический учет этого контингента больных; организация кабинета противоболевой терапии, отделения (палат) паллиативной помощи и патронажных бригад в регионе;
- обучение среднего медицинского персонала; внедрение в практику передовых организационных форм оказания паллиативной помощи онкологическим больным и новых эффективных методов лечения; анализ работы кабинета противоболевой терапии, хосписа и отделения паллиативной помощи в регионе;
- контроль за ведением медицинской документации; составление отчетов о результатах работы в регионе;
- организация научно-практических семинаров и конференций;

2. Лечебная работа:

- амбулаторный прием больных в кабинете противоболевой терапии; госпитализация больных в дневной стационар для выполнения инвазивных методов обезболивания;



- лечение больных в стационаре; консультации онкологических больных с наиболее тяжелыми синдромами;
- расчет потребности в лекарственных средствах

Для оказания стационарной помощи нуждающимся в госпитализации больным с распространенными формами злокачественных опухолей предусмотрена организация хосписов (приказ Минздрава № 19 от 01.02.1991) и отделений (центров) паллиативной помощи (приказ Минздрава РФ № 270, пункт 1.6 от 12.09.97). На базе существующих лечебных учреждений онкологического и общетерапевтического профиля организуются отделения (центры) паллиативной помощи онкологическим больным в структуре онкологических диспансеров, многопрофильных больниц или многопрофильных детских больниц.

Основными задачами отделения паллиативной помощи и хосписа является создание оптимальных условий для больных с распространенными формами злокачественных новообразований, оказание им качественной паллиативной помощи. В соответствии с этим на отделение (центр) возлагаются функции:

- оказание квалифицированной паллиативной помощи онкологическим больным;
- оказание амбулаторной помощи в лечебно-консультативном кабинете, дневном стационаре, стационаре и на дому;
- оказание консультативной помощи медицинским учреждениям по организации паллиативной помощи онкологическим больным; внедрение новых методов лечения; проведение фармакотерапии болевого синдрома, интракорпоральной детоксикации, паллиативных хирургических вмешательств (лапароцентез, торакоцентез, эпицистостомия);
- повышение квалификации врачей, среднего и младшего медицинского персонала по оказанию медицинской помощи и уходу за больными с распространенными формами рака;
- проведение комплекса мероприятий по социальной реабилитации онкологических больных; оказание психологической поддержки и моральной помощи больным и их родственникам;
- содействие в оказании пациентам духовной поддержки;
- ведение медицинской документации (амбулаторной карты или истории болезни, специальной документации по оценке эффективности лечения хронической боли);
- статистический учет больных с распространенными формами злокачественных новообразований;
- учет и хранение лекарственных средств в соответствии с приказами;
- обучение родственников больных основам оказания ухода, медицинской и психологической помощи;

В отделение паллиативной помощи и хоспис больные госпитализируются по следующим показаниям:

- наличие морфологически подтвержденного диагноза злокачественного новообразования в ситуации, когда возможности противоопухолевого лечения исчерпаны или его невозможно проводить из-за распространенности опухолевого процесса;
- наличие хронической боли или других патологических симптомов, ухудшающего качество жизни больного с распространенным злокачественным новообразованием.

Существующий опыт патронажа онкологических больных IV клинической группы на дому свидетельствует о высокой эффективности этого вида специализированной медицинской помощи, позволяющей повысить качество жизни этих пациентов. В этой связи организация патронажной помощи на дому неизлечимым онкологическим больным является одним из приоритетных направлений деятельности системы паллиативной помощи.

Работа бригад патронажной помощи осуществляется по следующим направлениям:

- наблюдение за наиболее тяжелыми больными, закрепленными за кабинетом противоболевой терапии, и их лечение на дому;
- наблюдение за больными, выписанными из отделения паллиативной помощи или хосписа, и их лечение на дому;
- выявление и курация на дому нетранспортабельных и одиноких онкологических больных;
- выявление онкологических больных, нуждающихся в госпитализации для проведения паллиативных хирургических вмешательств, регионарных методов обезболивания и инструментальных методов диагностики и лечения; обучение родственников больных основам оказания медицинской и психологической помощи;
- оказание психологической помощи и моральной поддержки онкологическим больным и их родственникам;
- содействие в оказании онкологическим больным социальной и духовной поддержки;
- забота о повышении качества жизни больных с распространенными формами злокачественных новообразований;
- ведение медицинской документации (амбулаторной карты или истории болезни, специальной документации по оценке эффективности лечения хронической боли);
- статистический учет больных с распространенными формами злокачественных новообразований;
- учет и хранение лекарственных средств в соответствии с приказами; обучение родственников больных основам оказания ухода, медицинской и психологической помощи;
- составление отчетов о результатах работы и ежегодное их представление в головное онкологическое учреждение региона.