

# ДОКЛАД

о внедрении Республикой Молдова положений  
Резолюции Всемирной Организации Здоровья  
об укреплении паллиативной помощи  
в качестве одного из компонентов  
комплексного лечения  
на протяжении всего жизненного цикла

принятой  
на 67-ой сессии Генеральной Ассамблеи  
Всемирной Организации Здоровья  
от 24 мая 2014г.



**ОФИС НАРОДНОГО АДВОКАТА**

## **ДОКЛАД**

**о внедрении Республикой Молдова положений  
Резолюции Всемирной Организации Здоровья  
об укреплении паллиативной помощи в качестве одного  
из компонентов комплексного лечения на протяжении  
всего жизненного цикла**

**принятой  
на 67-ой сессии Генеральной Ассамблеи  
Всемирной Организации Здоровья  
от 24 мая 2014г.**

**Кишинэу, 2019**

Данный доклад разработан Офисом Народного Адвоката при финансовой поддержке Департамента Общественного Здоровья Фонда Сорос-Молдова в ходе проекта «Оценка прогресса, зарегистрированного Республикой Молдова в укреплении паллиативной помощи и способствованию их внедрению в систему здравоохранения Республики Молдова».

Представленная информация и мнения, изложенные в данном исследовании, принадлежат исключительно авторам и не обязательно отражают мнение Фонда Сорос-Молдова.

Координирование исследования – **Народный Адвокат (Омбудсмен) Михаил Которобай**

**Авторы:**

**Родика Грамма**, мастер менеджмента и законодательства в области здравоохранения, представитель Республики Молдова в Комитете по биоэтике Совета Европы, консультант Офиса Народного Адвоката в области здравоохранения.

**Светлана Русу**, Офис Народного Адвоката

**Елена Чернэуцяну**, Офис Народного Адвоката

**Каролина Казачук**, Офис Народного Адвоката

**Авторы выражают особую благодарность:**

**Лилии Герман**, Департамент Общественного Здоровья Фонда Сорос-Молдова

**Виталию Слободзян**, Департамент Общественного Здоровья Фонда Сорос-Молдова

**Команде Школы менеджмента в области здравоохранения**

Также авторы выражают благодарность медицинским работникам, представителям санитарно-медицинских учреждений, которые приняли участие в количественном и качественном исследовании, а также оказали поддержку в ходе мониторинговых посещений.

Все права защищены. Содержание доклада может быть использовано или воспроизведено в некоммерческих целях и без предварительного согласия Офиса Народного Адвоката при условии ссылки на источник.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЛМИ –Агентство по Лекарствам и Медицинским Изделиям

ВОЗ – Всемирная Организация Здоровья

ГУМФ - Государственный Университет Медицины и Фармации им.Николая Тестемицану

ЕС– Европейский Союз

МСУ – Медико-санитарное учреждение

МЗ - Министерство Здравоохранения

МЗТСЗ - Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты

НКМС – Национальная Компания Медицинского Страхования

НПО – Неправительственная организация

ОМПВ - Орган местной публичной власти

ОМС - Обязательное медицинское страхование

ОНМК - Острое нарушение мозгового кровообращения

ПМП – Первичная медицинская помощь

ПМСУ – Публичное медико-санитарное учреждение

ПП - Паллиативная помощь

ППУ- Педиатрический паллиативный уход

РИТ – Реанимация и интенсивная терапия

ФОМС - Фонд обязательного медицинского страхования

ЦЗ - Центр здоровья

ЦГЗЗ - Центр по Государственным Закупкам в Здравоохранении

## СОДЕРЖАНИЕ

I. ВСТУПЛЕНИЕ .....	6
II. МЕТОДОЛОГИЯ .....	9
III. ОБЩИЙ КОНТЕКСТ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ	
3.1. Международные рамки .....	13
3.2. Паллиативная помощь в Республике Молдова .....	16
3.3. Менеджмент боли. Доступ к опиоидным анальгетикам .....	20
3.4. Межотраслевой подход .....	25
3.5. Медицинская помощь в сообществе .....	27
3.6. Особенности организации паллиативной помощи для детей .....	29
IV. ПАЛЛИАТИВНЫЕ УСЛУГИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
4.1. Нормативные рамки .....	33
4.2. Отношение семейных врачей к оказанию услуг паллиативной помощи .....	35
4.3. Финансирование паллиативных услуг на уровне первичной медицинской помощи .....	39
4.4. Межотраслевое сотрудничество .....	42
4.5. Менеджмент боли в практике семейных врачей .....	48
4.6. Предоставление семейным врачом паллиативной помощи детям.....	52
V. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ, ОКАЗЫВАЕМАЯ НА УРОВНЕ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ	
5.1. Нормативная база .....	53
5.2. Финансирование паллиативной помощи на уровне больниц .....	55
5.3. Оценка паллиативной помощи, оказываемой в районных больницах .....	57
5.4. Паллиативная помощь в Городской Клинической Больнице №4 Кишинэу .....	67
5.5. Педиатрическая паллиативная помощь на уровне лечебных учреждений .....	69
VI. ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ	
6.1. Учреждения типа хоспис .....	74
6.2. Паллиативный уход на дому .....	77

## VII. ЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

7.1. Общие рамки .....	83
7.2. Обучение в рамках университетской программы .....	84
7.3. Подготовка специалистов со средне-специальным образованием .....	86
7.4. Непрерывная подготовка .....	86
7.5. Современные знания и навыки по оказанию паллиативной помощи .....	88
ВЫВОДЫ.....	91
РЕКОМЕНДАЦИИ .....	93
ПРИЛОЖЕНИЯ .....	96

## I. ВСТУПЛЕНИЕ

По данным Всемирной Организации Здоровья (ВОЗ), важной функцией системы здравоохранения является ее реагирование на ожидания и потребности населения, которые будут справедливо рассматриваться в контексте прав человека на жизнь и здоровье. Данные исследований, проведенных Офисом Народного Адвоката в 2016 и в 2018 годах, показывают, что обществу Республики Молдова необходимы дополнительные усилия для гарантирования права на здоровье. Более того, наблюдается рост доли респондентов, которые высказали это мнение (71,6% в 2018 году по сравнению с 61% в 2016 году).

В последние годы в Офис Народного Адвоката поступило много обращений, в которых население выражало недовольство определенными пробелами или недостатками системы здравоохранения. По этим причинам Народные Адвокаты объявили право на здоровье и доступ к медицинским услугам одним из приоритетов своей деятельности и включили его в Программу стратегического развития Офиса Народного Адвоката на 2018-2022 годы<sup>1</sup>.

В ходе анализа дел, полученных в результате прямых обращений или собственного производства, Офис Народного Адвоката выявил ряд проблем, связанных с доступностью и качеством медицинских услуг для различных групп пациентов. Так был обнаружен целый комплекс проблем, связанных с оказанием помощи пациентам, находящимся на терминальных стадиях и с оказанием паллиативной помощи в Республике Молдова. В частности, эти проблемы выявил в 2017 году случай Никулины Булат<sup>2</sup>, широко освещенный в средствах массовой информации. Народный Адвокат провел собственное расследование по данному делу и разработал специальный Доклад по результатам расследования, проведенного с использованием стандартов в области соблюдения защиты прав человека, который представил общественности и передал компетентным органам для принятия конкретных мер по улучшению ситуации<sup>3</sup>. Указанный случай выявил несколько системных проблем: неудовлетворительное сотрудничество структур на уровне сообщества; отсутствие межсекторального сотрудничества в мониторинге пациента в терминальных состояниях; недостаточная организация услуг, необходимых для оказания помощи таким пациентам и т. д.

ВОЗ (2002) определяет паллиативную помощь как подход к улучшению качества жизни пациентов и их семей, который решает проблемы, связанные с опасными для жизни заболеваниями, путем предупреждения и устранения страданий, путем раннего выявления,

<sup>1</sup> <http://ombudsman.md/sites/default/files/document/attachments/strategieoapr.pdf>

<sup>2</sup> <https://www.zdg.md/stiri/stiri-sociale/avocatul-poporului-despre-cele-zece-zile-in-iad-ale-niculinei-bulat-cinci-urgente-fara-spitalizare-nicio-vizita-a-medicului-si-nicio-responsabilitate>

<sup>3</sup> [www.ombudsman.md](http://www.ombudsman.md)

правильной оценки и лечения боли, а также решения других проблем: физических, психосоциальных и духовных<sup>4</sup>.

Подписав Резолюцию Генеральной Ассамблеи здравоохранения «Об укреплении паллиативной помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла», одобренную в 2014 году, Республика Молдова взяла на себя ответственность за выполнение ее положений. Согласно Резолюции, системы здравоохранения должны обеспечивать доступ к паллиативной помощи как неотъемлемой части права на постоянную медицинскую помощь. В этом документе перечислены меры, которые необходимо предпринять на уровне стран для укрепления паллиативной помощи, начиная с разработки и реализации национальной политики, которая интегрирует услуги паллиативной помощи в непрерывный поток здравоохранения на всех уровнях, с акцентом на первичную помощь, помощь внутри сообщества и в семье, до разработки рентабельной модели многосекторального подхода к оказанной помощи. Резолюция налагает на государства обязательство предоставлять финансовые и человеческие ресурсы (обученный персонал) для развития и предоставления этой услуги, развивать адекватную политику для обеспечения доступа к основным лекарственным средствам, необходимым для контроля боли и других симптомов.

В этом контексте Офис Народного Адвоката намеревался провести исследование по вопросам организации, развития, финансирования, обеспечения и доступа к паллиативной помощи в Республике Молдова в свете обязательств, принятых Республикой Молдова.

Основная цель данного исследования заключалась в оценке, на уровне страны, степени выполнения положений резолюции Генеральной Ассамблеи здравоохранения «Об укреплении паллиативной помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла», принятой в 2014 году, а также выявить проблемы и недостатки, которые препятствуют надлежащему развитию такого рода услуг в Республике Молдова, для того, чтобы в дальнейшем разработать и представить компетентным органам ряд рекомендаций, основываясь на роли учреждения Омбудсмана и его полномочий, которые содержатся в Законе «О народном Адвокате (омбудсмене)» № 52/2014г..

Таким образом, проведен анализ нормативных актов, в области организации и оказания паллиативной помощи, с целью определения степени охвата данной области действующей нормативно-правовой базой, а также оставшиеся пробелы. Особым аспектом стало изучение положения дел по обеспечению обезбаливающими лекарственными препаратами (опиоидами).

Проведен анализ степени обеспечения равного доступа к услугам паллиативной помощи для различных возрастных групп населения (детей и взрослых) и в зависимости от типов патологий (онкологических и неонкологических), включая доступ к лекарствам, необходимым для контроля боли; наличие и степень межсекторального подхода к паллиативному пациенту; проанализирована возможность предоставления постоянной

---

<sup>4</sup> Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Connor S.R., PhD, Sepulveda Bermedo M.C. (eds.). World Health Organisation, 2014. Доступен на: [http://www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf)

паллиативной помощи, ориентированной на нужды пациента, на всех уровнях оказания помощи (первичной, вторичной и третичной).

Оценка положения дел проводилась на основе правозащитного подхода с акцентом на следующие аспекты: доступность (географическая, информационная, финансовая), доступность, приемлемость для разных групп пациентов, качество.

## II. МЕТОДОЛОГИЯ

Вопросы, ставшие предметом данного исследования, основаны на положениях Резолюции Генеральной Ассамблеи здравоохранения «*Об укреплении паллиативной помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла*», принятой в 2014 году.

В ходе мониторинга проведен анализ данных из доступных официальных источников, включая статистические данные, публичные отчеты и доклады, программные документы и т. д. В то же время Народный Адвокат сделал ряд официальных запросов в Министерство здравоохранения, труда и социальной защиты, Национальную компанию медицинского страхования, в Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, в Центр передового опыта в области медицины и фармацевтики «Раиса Пакало», в Национальное агентство социальной помощи, проведен анализ полученных данных.

Проведен анализ нормативно-правовой базы и действующих нормативных актов, в области обеспечения и оказания паллиативной помощи, регламентирующих структуру, организацию и финансирование такого рода услуг на каждом этапе, маршрут пациента и обеспечение лекарственными средствами и гигиеническими средствами на всех этапах оказания медицинской помощи; степень обеспечения справедливого распределения, а также с точки зрения экономической эффективности средств, необходимых при оказании паллиативных услуг.

В ходе указанного сбора данных и проведенного анализа и оценки, в период с мая по август 2019 года, данные собирались количественно (проведен статистический анализ данных, применены анкеты), анализировались и оценивались качественно (проведен анализ действующей нормативной базы, прошли индивидуальные интервью и групповые обсуждения, проведены мониторинговые посещения на местах) с целью определить оценить масштабы явления и понять причины и препятствия, мешающие развитию и функционированию интегрированной и непрерывной службы с которыми сталкивается паллиативная помощь на пути к нуждающемуся в ней пациенту. Таким образом, с помощью соответствующих инструментов исследования, проведен сбор данных по следующим направлениям:

### ➤ **ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, проведен в партнерстве со Школой Менеджмента в области здравоохранения.**

**Исследование количественных показателей** – Проведено на выборке из 342 семейных врачей, сгруппированных по признаку среды, в которой они практикуют, 50% врачи из городов (из которых 65% - в муниципиях, 35% - в районных центрах) и 50 % врчи, практикующие в сельской местности.

Для определения объема выборки использовалась формула, применяемая для описательных исследований:

$$n = \frac{Nt^2Pq}{N\Delta x^2 + t^2Pq}$$

, в которой:

**n** – объем представительной выборки;

**t** – фактор вероятности, который равен 1,96 для вероятности в 95%;

**P** и **q** – вероятность и контрвероятность возникновения (или невозникновения) исследуемого явления.

В случае отсутствия данных об исследуемом предмете, констатируется, что «**n**» имеет максимальное значение, когда сумма «**Pq**» максимальная, но принимая во внимание, что  $0 \leq P \leq 1$  și  $q = 1 - P$ , сумма максимальная тогда, когда  $P = q = 0,5$ .

**Δ** – предельная принятая погрешность, максимально приятное значение составляет 5%, то следовательно  $\Delta x = 0,05$

**N** – общий объем группы врачей составляет 1722 семейных врача, согласно данным национального статистического бюро.

Вследствие применения формулы получено значение 311, к которому прибавилась доля отсутствия ответов – 10% (31) и таким образом получена окончательная цифра в 342 семейных врача. Беседы с врачами проходили непосредственно в кабинетах семейных врачей, центрах здоровья, а также на собраниях профессионального сообщества.

*Применяемый инструмент: разработанная авторами анкета, содержащая открытые и закрытые вопросы (Приложение № 1).*

**Качественное исследование** – собеседования с фокус-группами. Проведены 10 встреч с участием фокус-групп, в которых приняли участие около 200 человек. Три встречи фокус-групп проведены в городах (муниципиях), в других семи встречах с фокус-группами участвовали медицинские работники как из районных центров, так и из соседних сёл. В обсуждениях приняли участие семейные врачи и помощники семейных врачей. Встречи проведены по географическому распределению: в 3 регионах страны: север (Бэлць, Сорока), центр (Орхей, Кэлэрашь, Криулень, Яловень, Кишинэу), юг (Кахул, Чадыр-Лунга, Комрат).

*Применяемый инструмент: руководство по проведению собеседования (Приложение № 2).*

➤ **БОЛЬНИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, проведен в партнерстве со Школой Менеджмента в области здравоохранения.**

**Количественное исследование** - проведен опрос 34 руководителей районных больниц с применением сетки по оценке паллиативной помощи, оказываемой в районных медико-санитарных учреждениях (*Приложение № 3*).

**Качественное исследование** – проведено 7 углубленных собеседований руководителями государственных медико-санитарных учреждений районного уровня.

**Мониторинговые посещения.** Команда Офиса Народного Адвоката посетила общественные учреждения здравоохранения и медицинские учреждения на районном уровне - рациональные больницы (РБ) (Орхей, Кэлэрашь, Криулень, Яловень, Кагул, Комрат), а также на муниципальном уровне (Городская больница Бэлць, Кишиневская городская больница, Детская клиническая больница № 3 «В.Игнатенко») и на республиканском уровне (Институт матери и ребенка, Онкологический институт, Фтизиатропульмонологический институт «Кирилл Драганюк»). В ходе мониторинга проведены обсуждения с руководителями учреждений и персоналом, который занимается оказанием услуг паллиативной помощи, документированы условия, инфраструктура и оборудование, предназначенные для паллиативной помощи.

➤ **СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПАЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ - ХОСПИС, ПРЕДЛАГАЕМАЯ НПО**

**Мониторинговые посещения** - Команда Офиса Народного Адвоката посетила специализированные учреждения паллиативной помощи - Хоспис Глория; Хоспис Зубрешть и Хоспис Исакова.

В ходе мониторинга проведены обсуждения с менеджерами, персоналом, занимающимся паллиативной помощью, задокументированы условия, инфраструктура и обеспеченность соответствующих учреждений для предоставления такой помощи.

➤ **СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ**

**Мониторинговые посещения** - Команда Офиса Народного Адвоката провела встречи на местах с представителями департаментов/управлений социальной помощи районов Комрат, Кэлэрашь, Кагул.

В процессе мониторинга проведены обсуждения, задачей которых было определить уровень вовлеченности работников социальной помощи в процесс оказания паллиативной помощи и достижения межсекториального подхода к пациенту в терминальной стадии болезни.

➤ **ДОМАШНИЙ УХОД - НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ**

**Качественное исследование.** - Проведены индивидуальные собеседования с представителями общественных объединений «Angelus Moldova» и «Hospices of Hope Moldova», с целью понять, как организована деятельность в данной области, способы и возможности финансирования, как происходит обеспечение санитарно-гигиеническими средствами и лекарствами, с какими проблемами и барьерами они сталкиваются, какие

проблемы они решают при оказании паллиативных услуг, а также узнать их пожелания и предложения жалобы, которые могут способствовать улучшению доступа и помощи, предоставляемой паллиативным пациентам в нашей стране.

## III. ОБЩИЙ КОНТЕКСТ ПАЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

### 3.1. Международные рамки

По оценкам ВОЗ, каждый год около 20 миллионов человек во всем мире нуждаются в паллиативной помощи в конце жизни, и примерно такое же количество людей будет нуждаться в паллиативной помощи в последний год жизни, а это в общей сложности 40 миллионов человек. По оценкам, из 20 миллионов человек, которые нуждаются в паллиативной помощи в конце жизни, только 14% из них получают ее, около 80% живут в слаборазвитых или развивающихся странах, 67% из них - люди старше 60 лет и 6% - дети<sup>5,6</sup>.

Комитет ООН по экономическим, социальным и культурным правам в Замечании общего порядка № 14 подчеркивает, что *«государства обязаны уважать право на здоровье, не отказывая и не ограничивая равный доступ всех людей ... к профилактическим медицинским, лечебным и паллиативным услугам.»* Право на здоровье признано одним из основных прав человека в Уставе ВОЗ, а также в нескольких международных документах, таких как: Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах; Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения, Конвенция о правах ребенка и Конвенция о правах инвалидов. В случае пациентов с сильной болью, неспособность государства оказывать паллиативную помощь также может рассматриваться как жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение. Таким образом, доступ к паллиативной помощи является законным обязательством, как это признают международные договоры. В этом же контексте Европейская Ассоциация Паллиативной Помощи, Международная Ассоциация Паллиативной Помощи, Всемирный Альянс Паллиативной и Хосписной Помощи, Обсерватория по правам человека совместно работают над расширением доступа к паллиативной помощи в качестве основного права человека.

Гарантированное Высшим Законом<sup>7</sup> право на здоровье нашло выражение своего значения в ряде законов и национальных нормативных актов, основу которых составляет соблюдение прав человека и достоинство человека в области здравоохранения. Таким образом, в последние годы право на здоровье в Республике Молдова рассматривается через призму международных стандартов с упором на права пациента<sup>8</sup>, вытекающие из основных прав человека на жизнь и здоровье. К ним относятся как социальные права: доступность, справедливость и качество при получении медицинской помощи, так и индивидуальные

<sup>5</sup> World Health Organization (WHO), 10 facts on palliative care [online]. Доступен на: <https://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/en/>

<sup>6</sup> Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. Connor SR, Sepulveda-Bermedo MC (Eds). World Health Organization (2014). Worldwide Palliative Care Alliance: Hospice House, London.

<sup>7</sup> Статья 36 часть (1) Конституции Республики Молдова;

<sup>8</sup> Статья 5 Закона «О правах и ответственности пациента», №.263/27.10.2005г.;

права, которые подразумевают уважение к пациенту как к человеку, соблюдение его достоинства и корректность в процессе оказания медицинской помощи.

В связи с этим в 2014 году на Генеральной Ассамблее ВОЗ была принята Резолюция «Об укреплении паллиативной помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла»<sup>9</sup>.

Подписав эту Резолюцию, Республика Молдова взяла на себя обязательство обеспечить доступ населения к паллиативной помощи как неотъемлемой части права на постоянную медицинскую помощь.

Согласно Резолюции, национальные системы здравоохранения должны включать паллиативную помощь в непрерывный поток медицинских услуг. Паллиативная помощь не должна рассматриваться как дополнительный вариант, но должна предоставляться в сочетании с потенциально лечебными методами лечения и должна адаптироваться к физическим, психосоциальным и духовным потребностям пациентов, их семей и лиц, осуществляющих уход, по мере развития болезни.

Паллиативная помощь - это междисциплинарный подход, включающий предоставление базовой помощи, то есть удовлетворение индивидуальных потребностей пациента, где бы он ни находился: дома или в больнице. Этот факт подразумевает создание четкого механизма межсекторального подхода, обеспечивающего непрерывность оказания помощи паллиативному пациенту на основе целостного и многопрофильного подхода для обеспечения полной поддержки и ухода за пациентом и его семьей в соответствии с их конкретными потребностями.

В соответствии с международными рекомендациями<sup>10</sup>, имеющими право на паллиативную помощь, следует учитывать следующие группы пациентов:

- люди, живущие с хроническими заболеваниями и опасными для жизни травмами, вызванными тяжелыми травмами или авариями;
- дети или взрослые с серьезными врожденными заболеваниями или пороками развития, которые приводят к зависимости от средств жизнеобеспечения или длительного повседневного ухода для обеспечения повседневной жизнедеятельности;
- дети или взрослые с нарушениями интеллекта или развития, которые страдают от серьезных заболеваний, угрожающих их жизни;
- люди любого возраста с тяжелыми и опасными для жизни острыми заболеваниями (например, тяжелой травмой, острым лейкозом, инсультом и т. д.), где исцеление и обратимость являются реальной целью, но когда само заболевание или

<sup>9</sup> Resolution WHA67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 19–24 May 2014;

Доступен на: [http://www.studiiipaliative.ro/wp-content/uploads/2013/09/Rezolutia-OMS-2014\\_RO.pdf](http://www.studiiipaliative.ro/wp-content/uploads/2013/09/Rezolutia-OMS-2014_RO.pdf)

<sup>10</sup> Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Third Edition. National Consensus Project for Quality Palliative Care. USA, 2013.

[http://www.nationalconsensusproject.org/NCP\\_Clinical\\_Practice\\_Guidelines\\_3rd\\_Edition.pdf](http://www.nationalconsensusproject.org/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf)

сопутствующее ему лечение сопряжены со значительными страданиями и низким качеством жизни;

- люди, живущие с прогрессирующими хроническими заболеваниями (заболевания периферических сосудов, нейро-мышечные дистрофии, рак, почечная или печеночная недостаточность, инсульт с тяжелым функциональным дефицитом, запущенная болезнь сердца или легких, пожилой возрастной хрупкости, нейродегенеративные расстройства и различные формы деменции);
- пациенты на терминальных стадиях тяжелых заболеваний, таких как: деменция, рак, СПИД, инсульт с тяжелой инвалидностью, когда нет шансов на выздоровление или стабилизацию, и для которых интенсивная паллиативная помощь является единственной целью предлагаемой им помощи.

По данным Европейской Ассоциации Паллиативной Помощи, существует три уровня паллиативной помощи<sup>11</sup>:

- *Паллиативный подход*, который может быть обеспечен на дому пациента семейными врачами или врачами общей практики, которые работают в первичной медицинской помощи, или в больничных отделениях или в резиденциальных центрах.
- *Специализированная поддержка паллиативной помощи* оказывается волонтерскими бригадами, бригадами по уходу на дому, мобильными бригадами.
- В случае необходимости будет оказываться *специализированная паллиативная помощь* в отделениях с кроватями, бригадами по уходу на дому, дневными центрами.

Доступ к паллиативной помощи ограничен или отсутствует во многих странах, особенно в развивающихся странах. Таким образом, глобальное развитие паллиативной помощи классифицируется по странам и делится на шесть групп следующим образом:

- Группа 1 - Страны, в которых не оказывается паллиативная помощь
- Группа 2 - Страны с деятельностью по наращиванию потенциала для оказания паллиативной помощи
- Группа 3(a) - Страны, изолированно предоставляющие паллиативную помощь
- Группа 3(b) - Страны, которые предоставляют услуги паллиативной помощи общего характера
- Группа 4(a) - Страны, в которых услуги паллиативной помощи находятся на предварительной стадии интеграции в предоставлении массовых услуг.
- Группа 4(b) - Страны, в которых услуги паллиативной помощи находятся на продвинутой стадии интеграции и массового предоставления.

---

<sup>11</sup> Connor S.R., Sepulveda Bermedo M.C., World Health Organization (WHO), Worldwide Palliative Care Alliance WPCA Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014. Доступен на: <http://www.thewhpca.org/images/resources/policy-statements/WPCA%20policy%20defining%20palliative%20care%202011.pdf>

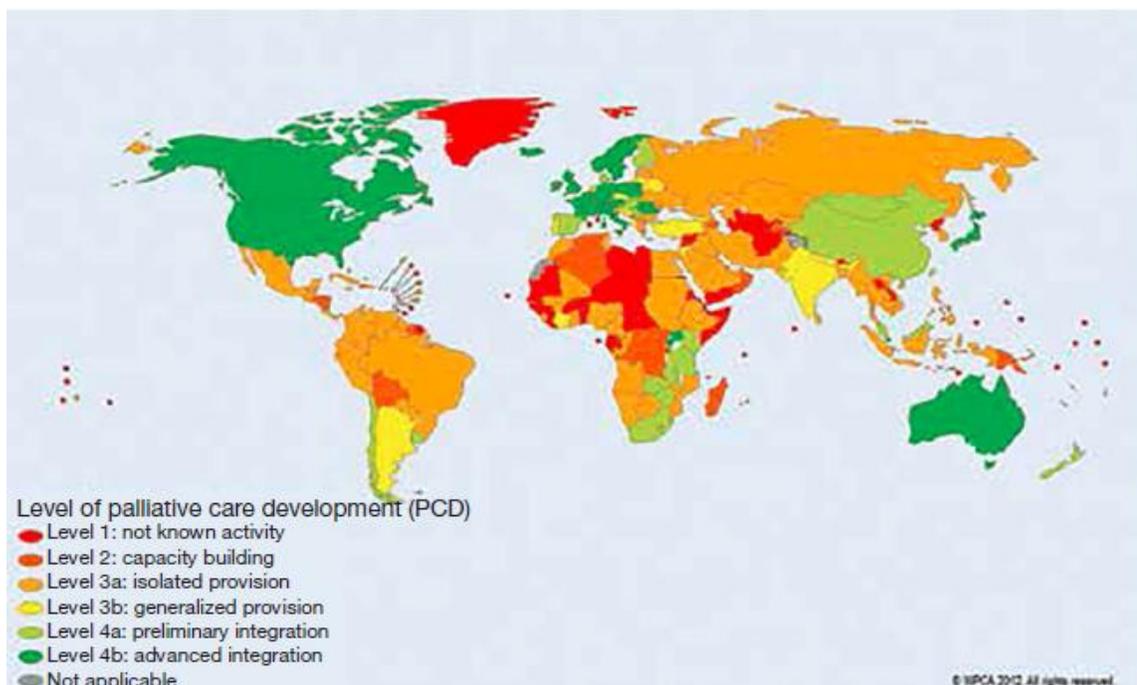


Рисунок 1. Картография уровня развития паллиативной помощи на мировом уровне<sup>12</sup>

Согласно данной классификации, Республика Молдова входит в группу 3(a), где паллиативная помощь оказывается изолированно<sup>13</sup>. Согласно исследованию, опубликованному в 2014 году, из примерно 25 000 - 27 500 пациентов в нашей стране, у которых нет шансов на выживание и которые нуждаются в паллиативной помощи в конце жизни, только около 10% получают данную услугу<sup>14</sup>.

### 3.2. Паллиативная помощь в Республике Молдова

Как часть системы здравоохранения, паллиативная медицина выступает гарантом соблюдения социальных прав пациента на медицинскую помощь, а *пациент имеет право на снижение боли и уменьшение страданий вследствие болезни и/или медицинского вмешательства уменьшение страдания и облегчение боли, вызванных заболеванием и (или) медицинским вмешательством, всеми доступными законными методами и средствами,*

<sup>12</sup> Lynch Th., Connor St., Clark D. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. In: *Journal of Pain and Symptom Management*, June 2013, 45 (6):1094–1106. Доступен на: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(12\)00334-X/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(12)00334-X/fulltext)

<sup>13</sup> Buta G., Bradu A., Pogoneț V., Carafizi N., Ignat R., Curocichin Gh. Îngrijirile paliative în Republica Moldova – realitate și perspectivă. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2018, nr. 1-2(75-76), стр. 24-29.

<sup>14</sup> Gherman L., Pogoneț V., Soltan V., Isac V. Palliative Care in Moldova. In: *Journal of Pain and Symptom Management*, February 2018, Supplement, 55(2):S55–S58. Доступен на: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30396-2/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(17)30396-2/fulltext)

*определенными существующим уровнем медицинских знаний и реальными возможностями поставщика медицинских услуг; на достойный человека терминальный уход<sup>15</sup>.*

В Республике Молдова паллиативная помощь организована впервые в 2000 году на уровне неправительственных услуг, и только намного позже она предоставляется в государственном секторе. Первая специализированная служба паллиативной помощи в государственном секторе - мобильная группа паллиативной помощи при больнице - была создана в 2008 году при Институте онкологии при поддержке Фонда Сорос-Молдова, когда была создана специализированная служба паллиативной помощи.

«Национальная политика в области здоровья», утвержденная Постановлением Правительства №. 886 от 6 августа 2007 года, создала условия для появления и развития услуг паллиативной помощи в Республике Молдова.

Впоследствии были предприняты совместные усилия по разработке соответствующей законодательной и нормативной базы, позволяющей создавать и внедрять социальные услуги общественного здравоохранения по обеспечению ухода на дому, с устранением препятствий любого характера в доступе к этим услугам.<sup>16</sup>

В период с декабря 2005 г. по июнь 2006 г. при поддержке Фонда Сорос-Молдова было проведено исследование, направленное на оценку потребностей паллиативной помощи в Республике Молдова<sup>17</sup>.

По данным исследования:

1) 23 567 пациентов в год - это минимальное число, которое следует учитывать при планировании услуг паллиативной помощи на национальном уровне, а показатель в 25 000 пациентов в год является наиболее приближенным к реальному количеству таких пациентов.

2) Более 50% потребностей в паллиативной помощи сосредоточены в 2 муниципалитетах и 11 районах. Они могут быть использованы в качестве отправных точек для развития услуг.

3) Более 60% пациентов нуждающихся в паллиативной помощи находятся в сельской местности.

В исследовании были описаны существующие барьеры в развитии службы паллиативной помощи и предложены практические рекомендации в краткосрочной, среднесрочной и долгосрочной перспективе.

Вследствие представления результатов исследования, создана национальная рабочая группа, состоящая из экспертов по паллиативной помощи, правительственных чиновников и представителей науки, целью которой была разработка национального плана по внедрению паллиативной помощи. Таким образом, была разработана и утверждена «Концепция развития служб паллиативной помощи» и План действий по развитию служб паллиативной помощи в Республике Молдова, утвержденный Министерством здравоохранения в июне 2008 года<sup>18</sup>. Впоследствии, в 2009 году, было разработано и утверждено Положение об организации и

<sup>15</sup> Ст.5. ч.(1) п.(d),(p) Закона о правах и ответственности пациента, №263 от 27.10.2005г.;

<sup>16</sup> Пункт 185 Национальной политики в области здоровья;

<sup>17</sup> Palliative Care Needs Assessment in Republic of Moldova 2005-2006. Доступен на:

<http://www.thewhpc.org/resources/item/palliative-care-needs-assessment-in-republic-of-moldova-2005-2006>

<sup>18</sup> Приказ Министерства Здравоохранения № 234 от 09.06.2008г. «Privind dezvoltarea serviciilor de îngrijiri paliative în Republica Moldova» ( О развитии служб паллиативной помощи в Республике Молдова);

функционировании служб паллиативной помощи, но из-за политических изменений в правительстве и одновременных конкурирующих приоритетов план не был полностью реализован.

Посредством *Стратегии развития системы здравоохранения на период 2008-2017 гг.* государство взяло на себя позитивное обязательство содействовать интегрированному медицинскому обслуживанию и обеспечивать непрерывность медицинских услуг, повышая роль и авторитет первичной медико-санитарной помощи в национальной системе здравоохранения, в том числе путем развития общественных услуг и услуг по уходу на дому<sup>19</sup>.

Тем не менее, Республика Молдова включила паллиативную помощь в систему здравоохранения с 2010 года, когда после долгих дебатов был утвержден Национальный стандарт паллиативной помощи<sup>20</sup>. Параллельно Министерство здравоохранения утвердило пересмотренные правила для медицинского персонала больниц и сметные расходы на оказание паллиативной помощи.

В целях обеспечения равного доступа населения к услугам паллиативной помощи, повышения качества и продления жизни пациента, в 2015 году Министерство здравоохранения утвердило *Положение об организации услуг паллиативной помощи, в котором описывается порядок организации услуг*<sup>21</sup>; которое устанавливает способ организации услуг, права и обязанности бенефициаров и поставщиков паллиативной помощи. Таким образом, услуги паллиативной помощи для соответствующих пациентов и их семей могут предоставляться в следующих структурах:

- а) хоспис;
- б) отделения с койками паллиативной помощи в лечебно-санитарных учреждениях, больницах;
- в) услуги паллиативной помощи на дому;
- г) дневные центры;
- д) кабинеты паллиативной помощи в амбулатории;
- е) специализированные мобильные команды (бригады) паллиативной помощи при больничных медико-санитарных учреждениях (междисциплинарные бригады).

Паллиативная помощь на дому предоставляется авторизованными поставщиками, заключившими договор с НКМС. Услуги паллиативной помощи на дому предоставляются специализированными междисциплинарными бригадами или резидентными структурами пациентам, которые испытывают трудности или ограничения при передвижении.<sup>22</sup>

<sup>19</sup> Стратегия развития системы здравоохранения на период 2008-2017 гг., утвержденная Постановлением Правительства Республики Молдова, № 1471 от 24.12.2007г.;

<sup>20</sup> Standardul Național de Îngrijire Paliativă, Chișinău 2010. Доступен на: <http://89.32.227.76/files/15098Standardi%2520Na%25C5%25A3ional%2520de%2520%25C3%25E8ngrijiri%2520Paliative.pdf>

<sup>21</sup> Приказ Министерства здравоохранения, №1022 от 30.12.2015г. «Cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative» (Об организации услуг паллиативной помощи);

<sup>22</sup> Стандарт № 8 Национального Стандарта Паллиативной Помощи, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения № 884 от 30.12.2010г.;

Несмотря на то, что данные услуги могут предоставляться медицинскими учреждениями, они не предоставляют такую помощь. Исследование показало, что паллиативная помощь на дому в настоящее время предоставляется только неправительственным сектором, и только в одной больнице есть мобильная группа (Районной Больнице Кахул), данная группа создана при поддержке внешнего финансирования (Hospice of Hope Moldova).

Бенефициарами паллиативной помощи являются пациенты всех возрастов с тяжелыми хроническими заболеваниями и другими заболеваниями с ограниченным прогнозом, с ожидаемой продолжительностью жизни менее 12 месяцев, с неконтролируемыми симптомами, значительными психоэмоциональными или духовными страданиями и / или с определенной степенью зависимости<sup>23</sup>.

В беседах с представителями первичной медико-санитарной помощи мы определили, что многие семейные врачи принимают *медицинскую помощь на дому* за *паллиативную помощь на дому*. В основном, во всех районах, принявших участие в исследовании, было подтверждено, что пациенты, которые нуждаются в паллиативной помощи, получают её в процессе ухода на дому, предоставляемого командой семейного врача.

В соответствии с **Положением об организации медицинской помощи на дому**<sup>24</sup>, медицинская помощь на дому включает в себя *«любую деятельность по оказанию медицинской помощи на дому у пациента медицинским работником, имеющим необходимую подготовку, данная деятельность способствует улучшению состояния пациента; медицинская помощь на дому включает медицинские услуги, предоставляемые в соответствии с Национальным стандартом по медицинской помощи на дому»*.

Поставщиками медицинской помощи на дому могут быть медико-санитарные учреждения, независимо от типа собственности и организационно-правовой формы, которые обладают правом оказания медицинской помощи на дому. Основное требование заключается в том, что такие услуги будут предоставляться по рекомендации семейного врача и / или профильного специалиста из больницы или специализированных амбулаторных отделений, а также по прямому обращению бенефициара к поставщику<sup>25</sup>.

Поставщики предлагают паллиативную помощь на дому людям с неизлечимыми заболеваниями, в терминальных стадиях, в соответствии с рекомендацией семейного врача (направление), в том числе в случаях, когда паллиативная помощь на дому рекомендована специализированными профильными врачами»<sup>26</sup>.

За последние 10 лет в области паллиативной помощи был утвержден ряд нормативных актов, руководств и протоколов, на которые делаются ссылки в настоящем докладе.

<sup>23</sup> Постановление Правительства Р.Молдова «Об утверждении Единой программы обязательного медицинского страхования», №1387 от 10 декабря 2007г.;

<sup>24</sup> Приказ Министерства Здравоохранения №.855 от 29.07.2013г., «Cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu» (Об организации медицинского ухода на дому);

<sup>25</sup> Пункт 7 Приказа Министерства Здравоохранения №.855 от 29.07.2013г.;

<sup>26</sup> Пункты 133 и 134 Приказа Министерства Здравоохранения №596/404 от 21.07.2016г. «Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală» (Об утверждении методологических норм применения Единой программы обязательного медицинского страхования);

Организация Службы паллиативной помощи в Республике Молдова, согласно информации, предоставленной МЗТСЗ, регулируется следующим:

- Приказ Министерства Здравоохранения № nr.884 din 30.12.2010г. „Cu privire la aprobarea Standardului Național de îngrijiri paliative” (Об утверждении Национального Стандарта Паллиативной Помощи);
- Приказ Министерства Здравоохранения № 1022 din 30.12.2015г. „Cu privire la organizarea serviciilor de îngrijiri paliative” (Об организации услуг паллиативной помощи);
- Приказ Министерства Здравоохранения № 219 din 30.03.2016г. „Cu privire la aprobarea Ghidului în îngrijiri paliative (cu particularități în TB, HIV, pediatrie) (Об утверждении Руководства по паллиативной помощи (со спецификацией по туберкулезу, ВИЧ, педиатрии));
- Национальный Клинический Протокол №133 Паллиативный уход – диспнея – терминальная стадия;
- Национальный Клинический Протокол №134 Паллиативный уход – желудочно-кишечная патология;
- Национальный Клинический Протокол №135 Паллиативный уход - боли при раковых заболеваниях;
- Национальный Клинический Протокол №136 Паллиативный уход - пролежни;
- Национальный Клинический Протокол №279 Паллиативный уход за детьми (2017г.).

Также стоит отметить, что данные протоколы разработаны в 2011 году, они нуждаются в доработке и актуализации, а боль в протоколах упоминается только в случае онкологических пациентов.

### **3.3. Менеджмент боли. Доступ к опиоидным анальгетикам**

Боль является распространенным симптомом среди людей в состоянии, нуждающихся в паллиативной помощи. Проявления боли чрезвычайно сильны, особенно в последние месяцы жизни, а быстрое вмешательство и соответствующие лекарства обеспечивают снижение боли и поддержание качества жизни больного. Неустраненная боль является важным фактором, который подрывает достоинство человека. Правильное лечение боли и симптомов является основным компонентом паллиативной помощи.

По оценкам ВОЗ, десятки миллионов пациентов ежегодно страдают от хронической боли от умеренной до сильной и в конечном итоге умирают от отсутствия доступа к опиоидным препаратам, в том числе пациенты в терминальной стадии рака; пациенты с травмой после травмы или насилия; пациенты, страдающие хроническими заболеваниями.

Ключ к успеху в лечении боли лежит в реализации и соблюдении трех общих принципов («треугольник ВОЗ»):

- разработка национальной политики адекватного управления болью;
- наличие и доступность опиоидных анальгетиков;

- обучение пациентов, врачей и менеджеров.<sup>27</sup>

Законодательство, регулирующее перемещение наркотических, психотропных и прекурсорных веществ, имеет благородную и в то же время очень сложную задачу: с одной стороны, оно должно защищать человека и общество от воздействия наркотиков, а с другой - разрешать использование опиоидных анальгетиков в медицинских целях (в частности, для облегчения боли), обеспечивая доступность для пациентов и в то же время предотвращая торговлю или злоупотребления указанными средствами.

Опиоидные анальгетики - это лекарства, которые требуют особого режима безопасности, учета, назначения и обеспечения отслеживаемости. Эти вопросы регулируются международными конвенциями и национальным законодательством. Эта двойная задача обеспечивает принцип «баланса». Проблема заключается в том, что «баланс» часто склоняется в ущерб пациенту, и в этом случае определенные изменения в правовых рамках становятся необходимыми.

Республика Молдова является участником Единой конвенции ООН о наркотических средствах 1961 года<sup>28</sup>, а положения, предусмотренные в заключенных договорах, перенесены в акты национального законодательства.

Каждый пациент имеет законное право на уменьшение страдания и облегчение боли, вызванных заболеванием и (или) медицинским вмешательством, всеми доступными законными методами и средствами, определенными существующим уровнем медицинских знаний и реальными возможностями поставщика медицинских услуг.<sup>29</sup> В данном контексте наличие опиоидных анальгетиков по медицинским показаниям является неоспоримым правом пациента.

В Республике Молдова «режим наркотических веществ» или положения, которые к нему относятся, отражены в ряде законодательных актов:

- Закон «Об обороте наркотических, психотропных веществ и прекурсоров», № 382 от 06.05.1999г.;
- Постановление Правительства Р.Молдова «Об утверждении таблиц и списков наркотических, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю», №1088 от 05.10.2004г.;
- Постановление Правительства Р.Молдова «Об утверждении Списка наркотических, психотропных веществ и растений, содержащих такие вещества, выявленных в незаконном обороте, и их размеров № 79 от 23.01.2006г.;
- Постановление Правительства Р.Молдова «Об утверждении Технических требований к помещениям и объектам, в которых хранятся наркотики, психотропные вещества и/или прекурсоры», № 128 от 06.02.2006 г.;
- Постановление Правительства Р.Молдова «О транзите через территорию Республики Молдова наркотиков, психотропных веществ и прекурсоров», №216 от 27.02.2006г.;

<sup>27</sup> Исследование «Accesibilitatea și disponibilitatea la analgezicele opioide în Republica Moldova: impiedimente legale și regulatorii», Кишинэу, 2015;

<sup>28</sup> Вступил в силу в Республике Молдова с 17 марта 1995г.;

<sup>29</sup> Статья 5 п.е) Закона «О правах и ответственности пациента», №.263 от 27.10.2005г.;

- Приказ Министерства Здравоохранения № 71 от 03.03.1999 „Cu privire la păstrarea, evidența și eliberarea produselor și substanțelor stupefiante, toxice și psihotrope”(О порядке хранения, учета и отпуска наркотических, токсических и психотропных веществ)<sup>30</sup>;
- Приказ Министерства Здравоохранения №960 от 01.10.2012г. „Cu privire la modul de prescriere și livrare a medicamentelor” (О порядке выписки и отпуска лекарственных средств);
- Приказ Министерства Здравоохранения №260 от 26.06.2008г. „Cu privire la aprobarea standardului «Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA”” (Об утверждении стандарта «Паллиативная помощь пациентам с ВИЧ/СПИД-ом»);
- Приказ Министерства Здравоохранения №187 din 29.02.2012г. «Cu privire la aprobarea instrucțiunii privind administrarea morfinei orale”(Об утверждении инструкции по пероральному приему морфина)

В соответствии с положениями Закона «Об обороте наркотических, психотропных веществ и прекурсоров», только иностранным лицам, проходящим курс лечения и пересекающим территорию Республики Молдова, разрешена перевозка наркотических и психотропных веществ.<sup>31</sup>

Считаем, что национальные рамки создают потенциальные препятствия для доступа к опиоидным препаратам и свободного передвижения граждан Республики Молдова.

С момента подписания Соглашения об ассоциации Республики Молдова с Европейским Союзом и либерализацией визового режима, граждане Республики Молдова, при необходимости, могут путешествовать как для обслуживания, отдыха, так и для лечения или медицинских консультаций в любом медицинском учреждении за рубежом. Любой, кому прописаны опиоидные или психиатрические препараты, может воспользоваться данным правом. Мы считаем, что необходимо внести изменения в положения Закона №.382/1999 об обороте наркотических и психотропных веществ и прекурсоров, чтобы обеспечить право пациентов из Республики Молдова перевозить наркотические и психотропные вещества за границу, в соответствии с медицинским рецептом, для личного пользования.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, врачам на всех уровнях здравоохранения должно быть разрешено назначать и применять лекарства по общей лицензии, без необходимости какого-либо дополнительного разрешения.

В Республике Молдова опиоиды закупаются централизованно в рамках национальной программы. Назначение опиоидных анальгетиков производится по медицинским показаниям любым врачом из медико-санитарных учреждений, независимо от подчиненности и формы собственности, на основе которой они действуют, согласно Приказу МЗ № 960 от 01.10.2012г<sup>32</sup>. Одно предписание опиоидных анальгетиков предусматривает количество

<sup>30</sup> Данный Приказ устарел и не соответствует реалиям, документ необходимо отменить, как это установлено и рекомендовано некоторыми исследованиями в данной области.

<sup>31</sup> Часть (1) и (2) статьи 19 Закона «Об обороте наркотических, психотропных веществ и прекурсоров», № 382 от 06.10.1999г.;

<sup>32</sup> Пункт 1 Приложения №1 к Приказу Министерства Здравоохранения №960 от 01.10.2012г. «Cu privire la modul de prescriere și eliberare a medicamentelor» (О порядке выписывания и отпуска лекарств);

препаратов, необходимых для проведения курса лечения до 30 дней. Не разрешается выписка нового рецепта до истечения срока действия предыдущего рецепта<sup>33</sup>.

Врач может выдать новый рецепт для того же пациента до истечения 30-дневного срока лечения, но не ранее истечения срока действия предыдущего рецепта, в случае истощения установленного количества или если во время лечения произошли изменения в состоянии здоровья пациента, которые требуют изменения дозы или лекарств. Рецепт выписывается непосредственно врачом с приложением печати и за его подписью, с указанием номера медицинской карты пациента. На рецептурном формуляре № 2 разрешено назначать только один препарат из этих групп. Срок действия рецепта на лекарства, содержащие наркотические и психотропные вещества, находящиеся под международным контролем на территории страны, составляет 10 дней. Краткий срок действия рецепта для данного вида лекарств подразумевает незамедлительное посещение пациентом аптеки для покупки необходимого лекарства. Такие ограничения также могут рассматриваться как потенциальное препятствие для доступа пациента к опиоидным препаратам<sup>34</sup>.

Назначение количества опиоидов, необходимого для лечения сроком до 30 дней, можно охарактеризовать как потенциальный барьер для доступа к опиоидам: пациенты, проходящие курс лечения с помощью контролируемых препаратов в течение более длительного периода, должны часто посещать врачей и аптеки. Мы считаем, что данные правила не облегчают доступ к опиоидным анальгетикам и могут рассматриваться как потенциальные препятствия.

Решения о лечении, а также назначение лекарств непосредственно связаны с компетентностью и профессиональными навыками врача, который руководствуется данными клинических протоколов и методическими руководствами, основанными на фактических данных. Так, Национальный клинический протокол «Паллиативная помощь - боль при раке»<sup>35</sup>, рекомендует для приема лекарства при средней или сильной боли: антагонисты NMDA - кетамин, в лекарственной форме таблетки, или фентанил, в лекарственной форме пластырь. Эти два препарата, согласно классификации АТКХ(АТС), являются анестезирующими, но также и опиоидными анальгетиками.

В то же время аптекам запрещена выдача анестезирующих препаратов амбулаторным и стационарным больным<sup>36</sup>.

Таким образом, установлено наличие противоречивой нормы, которая может быть потенциальным препятствием для доступа к опиоидным анальгетикам для пациентов с сильной болью. В частности, отметим, что лекарства разрешены для использования в медицинской практике только при авторизации Агентства по лекарствам и медицинским изделиям<sup>37</sup>, иные условия действующий закон не устанавливает.

<sup>33</sup> Закон «Об обороте наркотических, психотропных веществ и прекурсоров», № 382 от 6 мая 1999г., статья 16;

<sup>34</sup> Приказ Министерства Здравоохранения № 456/2011;

<sup>35</sup> Приказ Министерства Здравоохранения № 960 от 01.10.2012г.;

<sup>36</sup> Idem;

Поэтому мы считаем, что необходимо пересмотреть Приказ МЗ 960/2012 для обеспечения доступности пациентов со средней или сильной болью к паллиативному лечению анестетиками - опиоидными анальгетиками. В то же время необходимо включить в Перечень основных лекарственных средств отдельный раздел, посвященный лекарственным средствам, используемым специально в паллиативной помощи.

Назначение наркотиков и психотропных препаратов по специальным формулярам рецептов не противоречит международной практике. Порядок назначения контролируемых веществ был пересмотрен, формуляр рецепта, согласно Приказу Министерства №. 960/2012 не содержит копий и не имеет никакой другой степени защиты, кроме номера и серии. Фактически, формуляр рецепта №2 розового цвета и имеет 2 копии зеленого и желтого цвета соответственно, а также голограмму. Также установлено, что обеспечение формулярами рецептов является обязанностью руководителя медико-санитарного учреждения, а нормативная база не устанавливает порядок обеспечения такими формулярами.

*NB! При посещении медицинского центра авторы установили такую проблему: менеджер учреждения не распределил розовые рецепты семейным врачам.*

Вследствие оценки национальной нормативной базы в контексте практики европейских стран мы видим, что действующие положения, касающиеся назначения опиоидов, вызывают проблемы в деятельности МСМ, препятствуют доступу пациентов к опиоидным препаратам. Таким образом, определение годовой потребности в препарате в соответствии с предварительными нормами, рассчитанными на «годовую койку», не допускающей превышения норм потребления «на койку», противоречит современным принципам доказательной медицины. Кроме того, ограничения на наличие специальных формуляров рецептов в медицинских учреждениях, ограничение права врачей выписывать рецепты, проведение ежеквартальных проверок в отношении рациональности выписки рецептов, выдачи препаратов и использования лекарственных средств также являются препятствиями в обеспечении доступа к опиоидным препаратам. В данном контексте мы считаем, что необходимо пересмотреть методологию определения потребности в веществах, подлежащих международному контролю, как DDD (определенная суточная доза) и, в частности, пересмотреть Приказ Министерства Здравоохранения № 71/1999г.

Правила<sup>38</sup>, регулирующие размер запаса специальных бланков рецептов, ограниченный доступ к рецептурным формам, необходимость запрашивать специальную формуляр рецепта для каждого пациента, нуждающегося в опиоидных анальгетиках, а также специальное требование наличия в учреждении комиссии для ежеквартальной проверки рациональности назначения и употребления наркотических лекарств устарели и представляют собой существенные препятствия для доступа пациентов к необходимым опиоидным препаратам, и в то же время противоречат международной передовой практике.

В условиях обязательного медицинского страхования, децентрализации и перехода на автономное управление государственных медико-санитарных учреждений, внедрения

---

<sup>38</sup> Приказ Министерства Здравоохранения №71/1999, пункт 8,9,10, 11.

механизма оценки и аккредитации медико-санитарных учреждений данные положения рассматриваются как ограничительные нормы и требуют пересмотра.

Повышение уровня доступности качественных, безопасных эффективных лекарств является одной из основных задач системы здравоохранения. Для достижения поставленной цели и обеспечения доступности опиоидных анальгетиков необходимо привести нормативную базу в соответствие с передовой европейской практикой, исключив законодательные и нормативные препятствия, выявленные при пересмотре национальной нормативной базы.

### 3.4. Межотраслевой подход

Потребность в услугах паллиативной помощи постоянно растет из-за растущей распространенности неинфекционных заболеваний и старения населения. В случае неинфекционных заболеваний необходимость может быть уменьшена путем раннего выявления и адекватного контроля для предотвращения осложнений. Растущий спрос на услуги паллиативной помощи в сочетании с финансовыми ограничениями требует последовательного подхода с точки зрения общественного здравоохранения<sup>39</sup>. Данная ситуация требует реконфигурации услуг, с тем чтобы интегрировать паллиативную помощь в существующие службы здравоохранения и вовлечь сообщества в поддержку людей, нуждающихся в паллиативной помощи.

В этом контексте ВОЗ рекомендует подписавшим государствам развивать партнерство между различными секторами для проведения оперативных исследований в области паллиативной помощи, включая разработку экономически эффективных моделей оказания медицинской помощи. Содействие партнерским отношениям между программами паллиативной помощи, общественными хосписами и широким спектром других сред оказания медицинских услуг является одной из целей стандартов паллиативной помощи, изложенных в Белой книге<sup>40</sup>.

Предоставление качественных услуг паллиативной помощи может быть достигнуто только посредством межсекторального сотрудничества, хорошо спланированного благодаря партнерству между государством, гражданским обществом и обществом. Это означает, что все субъекты, чья деятельность оказывает прямое или косвенное влияние на здоровье населения, должны брать на себя четко сформулированные обязанности, чтобы обеспечить максимальную эффективность совместных межсекторальных усилий по улучшению здоровья.

<sup>39</sup> Резолюция ВОЗ Consolidarea îngrijirilor paliative, ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții”, 4 апреля 2014г.;

<sup>40</sup> *Белая книга* была задумана для того, чтобы предоставить стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи для поставщиков услуг, сторон принимающих решения. Первый проект Белой книги был представлен на конференции онкологов в феврале 2008 года, в период председательства Словении в Европейском Союзе <http://www.studiipaliative.ro/wp-content/uploads/2013/09/1white-paper-standards.pdf>;

Развитие служб паллиативной помощи было включено в качестве приоритета в Программу деятельности Правительства Республики Молдова на 2016-2018 годы<sup>41</sup>. Поэтому для реализации данного приоритета в ряде документов национальной политики определены конкретные действия.

Таким образом, с целью продвижения интегрированной медицинской помощи и обеспечения непрерывности медицинских услуг для решения проблем здоровья населения еще в 2016 году<sup>42</sup> была запланирована разработка Национальной программы развития служб паллиативной помощи.

Развитие государственно-частного партнерства в сфере услуг паллиативной помощи является одним из действий, предусмотренных в *Национальном плане действий на 2016-2020 годы по реализации Национальной стратегии по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2012-2020 годы*<sup>43</sup>, с целью обеспечения равного доступа к услугам качественных медицинских услуг, с акцентом на первичную медико-санитарную помощь.

Также в 2016 году Министерство здравоохранения, в сотрудничестве с органами местной публичной администрации, должно было провести оценку потребностей в сфере медицинской помощи и ухода на дому, гериатрической помощи и паллиативной помощи, для разработки комплексной системы предоставления социальной помощи, услуг по уходу на дому и паллиативной помощи, которая более эффективно контролировала бы медицинские и социальные услуги предоставляемые пожилым<sup>44</sup>.

Национальная политика в области здоровья на 2007–2021 годы<sup>45</sup> служит инструментом системного подхода к решению проблем здравоохранения и интеграции межсекторальных усилий по улучшению качества жизни и здоровья населения на протяжении всей жизни, особенно в периоды высокого риска для здоровья: начало жизни, подростковый возраст и старость. В документе подчеркивается, что улучшение и укрепление параметров здоровья населения может быть достигнуто только посредством междисциплинарных и межсекторальных вмешательств с необходимостью вовлечения всех социальных секторов, политика и программы которых оказывают влияние на общественное здравоохранение. В документе подчеркивается, что достижение показателей в системе здравоохранения определяется успехом выполнения четырех основных функций: руководство, финансирование, генерирование ресурсов и предоставление услуг.

---

<sup>41</sup> <http://www.e-democracy.md/files/parties/program-activitate-guvern-moldova-2016-2018-ro.pdf>

<sup>42</sup> Постановление Правительства Р.Молдова №1471 от 24.12.2007г. «Об утверждении Стратегии развития системы здравоохранения на период 2008-2017 годы»;

<sup>43</sup> Постановление Правительства Р.Молдова № 403 от 06.04.2016г. «Об утверждении Национального плана действий на 2016-2020 годы по реализации Национальной стратегии по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2012-2020 годы», действие 3.2.3;

<sup>44</sup> Постановление Правительства Р.Молдова № 406 от 02.06.2014г. «Об утверждении Программы по интеграции проблем старения в политиках», действие 21.1;

<sup>45</sup> Постановление Правительства Р.Молдова nr. 886 din 06.08.2007г. «Об утверждении Национальной Политики в области здоровья»

Мы ценим тот факт, что план действий правительственной Программы действий на 2019 год<sup>46</sup> предусматривает современное развитие гериатрических, паллиативных и реабилитационных услуг.

### 3.5. Медицинская помощь в сообществе

Медицинская помощь в сообществе (общественное здравоохранение) является менее известной и менее развитой стороной молдавской медицинской системы. Хотя государственная политика была ориентирована на то, чтобы *«уделять особое внимание разработке соответствующих законодательных и нормативных рамок, которые позволят создать и внедрить службы общественного здравоохранения и социального обеспечения, а также уход на дому с устранением барьеров любого характера в доступе к этим услугам»*<sup>47</sup>, сеть медицинской помощи в сообществе (общественного здравоохранения) популяризирована в недостаточной мере. В целях поощрения комплексного медицинского обслуживания и облегчения доступа населения к медицинским услугам, особенно уязвимых слоев населения из сельских местностей, было сочтено важным *«развивать медицинские услуги внутри сообществ и услуги по уходу на дому»*<sup>48</sup> а также *«совершенствовать механизмы оплаты других категорий новых медицинских услуг: уход на дому, паллиативный уход и т. д.»*<sup>49</sup>.

Учитывая тот факт, что сфера паллиативной помощи, в том числе на дому, включает в себя широкий спектр услуг (медицинские, психологические/эмоциональные, духовные и социальные) для соответствующих критериям пациентов и их семей,<sup>50</sup> предоставление этих услуг требует формирования специализированной междисциплинарной команды (бригады).

**Медицинские услуги** предоставляются квалифицированным врачом, имеющим лицензию в области общей медицины и узкую специализацию/повышение квалификации в области паллиативной помощи. К ним относятся: решение о приеме на паллиативную помощь, первоначальная оценка состояния пациента и других аспектов, составление плана лечения, переоценка и мониторинг, медицинский надзор, перевод, выписка/удаление с учёта общение и обучение пациентов и семей/опекунов, обучение персонала, исследования.

**Нурсинговые услуги** предоставляются квалифицированными медсестрами, прошедшими обучение в области паллиативной помощи в течение не менее 6-ти недель и практику в течение не менее 3 месяцев под наблюдением координирующей медсестры. К ним относятся: наблюдение/оценка состояния пациента, составление и постоянная адаптация плана ухода, общение с пациентом/семьей/опекуном и командой, обучение пациента и его

<sup>46</sup> [https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/program\\_de\\_guvernare\\_0.pdf](https://gov.md/sites/default/files/document/attachments/program_de_guvernare_0.pdf)

<sup>47</sup> Пункт 185 Национальной Политики в области здоровья, утвержденной Постановлением Правительства № 886 от 06.08.2007г.;

<sup>48</sup> Пункт 65, пп.(f) Стратегии развития системы здравоохранения на период 2008-2017годов, утвержденной Приказом Министерства Здравоохранения № 1471/24.12.2007г.;

<sup>49</sup> Пункт 63 пп.(e) Стратегии развития системы здравоохранения на период 2008-2017годов, утвержденной Приказом Министерства Здравоохранения № 1471/24.12.2007г.;

<sup>50</sup> Стандарт №7 Национального Стандарта паллиативной помощи, утвержденного Приказом Министерства Здравоохранения № 884 от 30.12.2010г.;

семьи, контроль за деятельностью медсестер/волонтеров, консультирование семьи до и после смерти, воспитание.

**Социальные услуги** предоставляются квалифицированными социальными работниками имеющими минимум курс 4-недельного обучения в области паллиативной помощи и прошедших практику не менее 3-х месяцев под руководством медсестры-координатора. К ним относятся: психосоциальная оценка, участие в разработке и реализации плана ухода, консультирование, отношения с другими службами, образование, защита прав пациента/ семьи; участие в планировании выписки, поддержка организации похоронных услуг, поддержка семьи в траурный период; участие в отборе волонтеров, наблюдение.

**Духовную /религиозную поддержку** оказывает духовенство (или лица с аналогичным опытом и квалификацией), обученные паллиативной помощи на специализированных курсах не менее 1 недели. К ним относятся: консультирование, молитва, конкретные религиозные службы и ритуалы, активное слушание, медитация, участие в похоронных службах.

**Консультационные услуги и психоэмоциональная помощь** предоставляются каждым членом междисциплинарной команды человеку/семье/группе, вмешательство в случае кризиса, консультация до и после смерти пациента. Для сложных психологических проблем, следует обеспечить доступ к квалифицированным специалистам. Они должны иметь обучение в области паллиативной помощи на 4 недельных курсах.

**Услуги волонтеров** включают непосредственную работу с пациентами и их семьями, административную деятельность. Добровольцы получают обучение и руководство со стороны координатора.

Паллиативная помощь включает в себя важные человеческие ресурсы для обеспечения доступности, непрерывности и качества медицинской помощи.<sup>51</sup>

Не менее важными являются финансовые гарантии, которые государство предоставляет на уровне здравоохранения в сообществе. Способ оплаты услуг медицинского обслуживания в сообществе на дому - это оплата «одного посещения»<sup>52</sup>, а количество посещений по медицинскому обслуживанию на дому устанавливается поставщиком, в соответствии с потребностями пациента, на основе постоянного мониторинга его состояния. При заключении договора НКМС с поставщиком услуг, срок оказания услуг по уходу на дому устанавливается в договоре на их предоставление»<sup>53</sup>.

Стоимость посещения по оказанию паллиативной медицинской помощи на дому, организованной мобильной командой в 2012 году, была установлена в размере 69,30 лей<sup>54</sup>,

<sup>51</sup> Стандарт №10 Национального Стандарта паллиативной помощи, утвержденного Приказом Министерства Здравоохранения № 884 от 30.12.2010г.;

<sup>52</sup> Пункт 55 Приказа Министерства Здравоохранения №1592/594 от 28.12.2018г. «Об утверждении Критериев заключения договоров с поставщиками медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на 2019 год»;

<sup>53</sup> Пункт 18 Приказа Министерства Здравоохранения №855/29.07.2013г. «Cu privire la organizarea îngrijirilor medicale la domiciliu» (Об организации медицинского ухода на дому);

<sup>54</sup> Приказ Министерства Здравоохранения №60 от 25.01.2012г. «Cu privire la îngrijiri medicale paliative» (О медицинской паллиативной помощи);

после чего она была увеличена, достигнув в 2016 году суммы в 171,0 лей, тогда как стоимость посещения на дом была установлена отдельно, в размере 91,44 лей<sup>55</sup>.

Мы считаем, что указанные цены необходимо пересмотреть с учетом изменения цен и показателей уровня инфляции.

### 3.6. Особенности организации паллиативной помощи для детей

Дети, будучи особой и очень уязвимой категорией, пользуются особой защитой со стороны государства, право на охрану здоровья гарантируется Конституцией Республики Молдова<sup>56</sup>. В то же время государство признает право ребенка на использование лучших технологий для лечения и выздоровления, профилактики заболеваний.<sup>57</sup>

На международном уровне право ребенка на максимально возможное лучшее состояние здоровья и на получение медицинских и восстановительных услуг гарантируется Конвенцией о правах ребёнка.<sup>58</sup>

Когда ребенок становится пациентом, его уязвимость возрастает, и в то же время возрастает уязвимость и отчаяние его семьи. Следовательно, что касается паллиативной помощи ребенку, государство обязано разработать специальный механизм, с помощью которого можно обеспечить безопасную поддержку семьи, так как *«педиатрическая паллиативная помощь начинается с момента постановки диагноза и продолжается независимо от того, получает ли ребенок лечение или только обезбаливающее.»*<sup>59</sup>

Несмотря на то, что в основе паллиативной помощи детям и взрослым стоят схожие принципы, тем не менее, существует разница между услугами, предоставляемыми этим двум категориям пациентов. Дети могут страдать от различных сложных заболеваний, которые не встречаются у взрослых. А заболевания, которые отмечаются у людей всех возрастов, у детей, могут проявляться по-разному из-за анатомических и физиологических особенностей. Более того, организм ребенка в фазе роста и развития может изменять проявления и течение заболевания. Таким образом, любая специализированная медицинская помощь, включая паллиативную помощь, должна быть адаптирована с учетом потребностей младенцев, детей и подростков.<sup>60</sup>

На данный момент правила, касающиеся педиатрической помощи детям, в Республике Молдова предусмотрены только в Национальном клиническом протоколе НКП - 279, утвержденном Министерством здравоохранения в 2017 году, разработанном при поддержке

<sup>55</sup> Приказ Министерства Здравоохранения №1000 от 24.12.2015г. «Cu privire la aprobarea costurilor pentru anul 2016» (Об утверждении цен на 2016 год);

<sup>56</sup> Статьи 50, 36 Конституции Республики Молдова;

<sup>57</sup> Статья 4 Закона «О правах ребёнка», №338 от 15.12.1994г.;

<sup>58</sup> Статья 24 Международной Конвенции о правах ребёнка 1989/20.11.1989г.;

<sup>59</sup> Публикация ВОЗ «Cancer pain relief and palliative care in children», 1998г.;

<sup>60</sup> Ghid în îngrijiri paliative (cu particularități în TB, HIV, Pediatrie), Chișinău 2017;

[file:///C:/Users/ASUS/Downloads/GHID%20in%20ingrijiri%20Paliative\\_ro\\_final\\_IZ.pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/GHID%20in%20ingrijiri%20Paliative_ro_final_IZ.pdf)

Фонда Сорос-Молдова<sup>61</sup> в соответствии с действующими международными руководствами по педиатрической паллиативной помощи и обслуживающему персоналу и являются основой для разработки институциональных протоколов. В 2019 году указанный документ должен быть пересмотрен, как это предусмотрено в случае других клинических протоколов, что протокол следует пересматривать каждые 2 года.

### *На уровне первичной медико-санитарной помощи*

В документе изложены этапы процесса первичной помощи детям, находящимся на паллиативном лечении. Дети с неизлечимыми заболеваниями будут регистрироваться как можно раньше, поэтому паллиативная помощь начнется с диагностики заболевания и будет продолжаться независимо от того, получает ли ребенок лечебное лечение.

Оценка будет проводиться в соответствии с возрастом и нейрокогнитивным статусом, после чего по согласованию с пациентом и его семьей будет разработан план действий, который будет периодически пересматриваться в зависимости от развития заболевания и потребностей. В зависимости от заболевания, уровня контроля симптомов, тяжести заболевания на данный момент, будут оценены необходимость дальнейших исследований или лечебной терапии, необходимость госпитализации ребенка и учреждения, которое будет оказывать паллиативную помощь. Пожелания пациента и его семьи будут учтены.

В целях психического, психологического и духовного руководства пациента и его семьи, а также для решения социальных, культурных, практических проблем семейный врач будет использовать ресурсы сообщества (социальный работник, психолог, священник, волонтеры, друзья и т.д.). Семейный врач обеспечивает активное наблюдение за лечением для поддержки пациента в амбулаторных условиях в соответствии с медицинскими показаниями и рекомендациями, включенными специалистом по паллиативной помощи и / или лечащим врачом из больницы. Кроме того, семейный врач обеспечит связь и непрерывность паллиативной помощи в учреждениях и на дому, организует уход типа «респиро» в плановом или неотложном порядке.

### *На уровне оказания медицинской помощи в больницах*

Паллиативная помощь предназначена для детей с прогрессирующими или угрожающими жизни неизлечимыми заболеваниями и с прогнозом низкой продолжительности жизни, а также для их семей. Пациенты будут выявлены как можно раньше, чтобы обеспечить комплексный клинический подход. Состояние каждого пациента будет оценено индивидуально и в отношении каждого пациента решение принимается индивидуально, чтобы получить оптимальные клинические результаты. Оценка будет состоять в соответствии с возрастом ребенка и его нейрокогнитивным статусом. Также подлежат оценке ожидания пациента и его семьи относительно целей ухода. Методы

---

<sup>61</sup> Приказ Министерства Здравоохранения № 329 от 28.04.2017г. «Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național «Îngrijiri paliative la copii» (Об утверждении Национального Клинического Протокола «Паллиативный уход за детьми»);

лечения необходимо обсуждать с пациентом и семьей, а госпитализация будет плановой или экстренной, проводится координация с направляющим учреждением.

Паллиативное лечение в стационарном учреждении может быть направлено на предоставление родителям паузы, лечение и мониторинг трудно контролируемых или неконтролируемых симптомов в домашних условиях, постоянное наблюдение, лечение, которое невозможно применять в амбулаторных условиях по различным причинам и т. д. и все это обеспечивается в контексте уважения культурных, религиозных ценностей пациента и семьи. В то же время будет обеспечено активное постоянное наблюдение за пациентами во время их пребывания в больнице, с целью предотвращения и устранения страданий. Будет обеспечено взаимодействие между медицинским персоналом из различных служб, занимающихся оказанием помощи, координацией госпитализации и выписки пациента, а также переводом в другое учреждение. Направленные дети или те, кому госпитализирован напрямую, будут зарегистрированы, пациенту назначается координатор по делу и рекомендации по уровню соответствующей паллиативной помощи. Пациент останется в обычном медицинском обслуживании (семейный врач и т. д.) или будет направлен в специализированные педиатрические службы паллиативной помощи (ПСПП) в зависимости от тяжести симптомов, эмоциональных страданий или отсутствия поддержки / социальной сети.

Первоначальная оценка состояния / переоценка и документирование в ходе оказания паллиативных услуг является междисциплинарной и выполняется в оптимальное время, в зависимости от возраста и нейрокогнитивного уровня. Переоценка будет проводиться через заданные регулярные интервалы времени или по мере необходимости. Оценка состояния документально записывается в историю болезни пациента, после чего разрабатывается междисциплинарная программа действий. Важным элементом является общение и включение пациента и его семьи в процесс оценки состояния и принятия решений. Предоставление специализированных услуг паллиативной помощи включает деятельность многопрофильной междисциплинарной команды.

Дети нуждаются в специализированных услугах, предоставляемых персоналом, специализированным в области педиатрии. Услуги паллиативной помощи обеспечат непрерывность медицинской помощи между различными уровнями и в течение всего периода болезни, терминального состояния и периода траура. Непрерывность лечения поможет избежать ненужных ошибок и страданий неизлечимых пациентов. Команда паллиативной помощи сотрудничает с профессиональными и обученными людьми, занимающимися уходом за больным, для обеспечения координации, коммуникации и непрерывности паллиативной помощи в учреждениях и на дому. Предотвращение кризисов и ненужных перемещений является важным результатом паллиативной помощи. Эффективная координация лучше всего достигается через координатора. Роль групп междисциплинарной паллиативной помощи на этом уровне заключается в оказании поддержки: в разработке новых услуг и повышении степени охвата, необходимого для предоставления услуг в республике, в обучении и подготовке кадровых ресурсов, необходимых для паллиативных услуг, в исследовании развития паллиативная помощь и её продвижения на местах.

Исследование, проведенное в результате мониторинга медико-санитарных учреждений и обсуждения с их руководителями, как на уровне первичной медицинской помощи, так и на уровне больниц, привело нас к выводу, что педиатрическая паллиативная помощь в

Республике Молдова недостаточно развита, ограничиваясь в значительной степени помощью, оказываемой Институтом онкологии и одной неправительственной организацией (Hospice Angelus).

## IV. ПАЛЛИАТИВНЫЕ УСЛУГИ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

### 4.1. Нормативные рамки

Резолюция ВОЗ 2014 года устанавливает в качестве факторов успеха внедрение паллиативной помощи: междисциплинарный и многосекторальный подход, адаптацию к культурной, социальной и экономической специфике и интеграцию в существующие системы здравоохранения с упором на первичную и общинную помощь, включая уход на дому. В районах с ограниченными ресурсами, где количество людей, нуждающихся в услугах, велико, а количество медсестер и врачей низкое, успешный подход заключается в предоставлении услуг обученными добровольцами из сообщества, под руководством профессионального медицинского персонала.

Согласно руководству ВОЗ, для большинства пациентов, которым требуется паллиативная помощь, невозможно и нет необходимости в том, чтобы такую помощь оказывали другие врачи, чем врачи ПМП, конечно, при условии, что обеспечено необходимое количество данных специалистов<sup>62</sup>. Таким образом, семейный врач играет важную роль в оказании паллиативной помощи, поскольку он является наиболее близким к сообществу и наиболее доступным для пациента. Кроме того, семейные врачи могут посещать на дому по сравнению с другими врачами, которые занимаются больничной деятельностью. Семейные врачи могут строить тесные отношения с пациентом и его семьей, поскольку большинство пациентов уже давно знают своих семейных врачей и знают о возможностях и истории этих пациентов, знают доступные им ресурсы. Таким образом, семейные врачи могут оказать максимальную поддержку и помощь с доступными ресурсами. Паллиативные пациенты должны постоянно быть под наблюдением семейных врачей, которые могут общаться и координировать свои действия с другими медицинскими работниками, а также семьей / другими лицами, осуществляющими уход за пациентом, относительно текущей ситуации пациента, в том числе могут участвовать в решении его проблем. В то же время семейный врач может давать необходимые направления на другие уровни здравоохранения и помочь с использованием других ресурсов. В этом случае семейные врачи могут оказывать расширенную помощь нуждающимся путем координации с другими ресурсами, такими как медсестры, физиотерапевты и социальные работники.

Первичная медицинская помощь представляет собой основную медико-санитарную помощь, которая является общедоступной для отдельных лиц и семей в общине, и предоставляется методами, принятыми ими при их полном участии, по стоимости, которую могут себе позволить сообщество и страна<sup>63</sup>. Таким образом, в соответствии с Алма-Атинской декларацией, после Международной конференции по первичной медико-

<sup>62</sup> World Health Organization (WHO), Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers, 2018. Доступен на:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274559/9789241514477-eng.pdf?ua=1->

<sup>63</sup> Алма-Атинская декларация (Казахстан) 1978г.;

[https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

санитарной помощи, Республика Молдова приняла ряд мер по укреплению первичной медицинской помощи. Первым шагом в этом отношении стали структурные и организационные изменения сектора первичной медицинской помощи, благодаря которым была создана должность семейного врача и реализован принцип свободного выбора семейного врача<sup>64</sup>.

Объем медицинской помощи, предоставляемой по обязательному медицинскому страхованию, предусмотрен в *Единой программе обязательного медицинского страхования*<sup>65</sup>, которая включает перечень заболеваний и состояний, которые требуют медицинской помощи, финансируемой из средств обязательного медицинского страхования.

Согласно *Единой программе обязательного медицинского страхования*, первичная медицинская помощь оказываемая семейным врачом включает<sup>66</sup>:

- *лечебные медицинские услуги*, которые включают наблюдение, согласно плану реабилитации, за лечением и динамикой состояния здоровья лиц с ограниченными возможностями и/или прикованных к постели и больных с хроническими заболеваниями, и при необходимости (в зависимости от развития клинических и параклинических показателей) его изменение и консультация с врачом-специалистом;
- *медицинскую помощь на дому*, включая срочные медико-хирургические состояния, предоставляемая в рамках компетенции семейного врача и в соответствии с действующими нормативными документами детям до 5 лет, находящимся на лечении по поводу различных заболеваний; больным в терминальных состояниях или с тяжелыми заболеваниями, нуждающимся в обследовании, наблюдении и лечении;

Для реализации вышеуказанных политик и стратегий были утверждены *Правила организации первичной медико-санитарной помощи*<sup>67</sup>, которые устанавливают два типа услуг:

1. **Основные услуги**, которые включают, помимо многого другого, мониторинг хронических заболеваний, активный медицинский надзор за наиболее распространенными хроническими заболеваниями, назначение лечения и / или гигиенически-диетический режим, координацию периодических обследований, проводимых специализированными профильными врачами; прописывание лекарств и медицинских изделий, включая лекарства и компенсируемые устройства из фондов обязательного медицинского страхования; направлять пациентов по направлению на лабораторные и инструментальные исследования, на консультацию к профильным врачам, на госпитализацию для оказания медицинской помощи в больничном учреждении.

<sup>64</sup> Постановление Правительства Р.Молдова №. 668/17.07.1997г. «Об утверждении Концепции реформирования системы здравоохранения Республики Молдова в новых экономических условиях на 1997-2003 годы»; Постановление Правительства Р.Молдова №.1134/09.12.97 «О развитии первичной медицинской помощи»;

<sup>65</sup> Утвержденный Постановлением Правительства Р.Молдова №.1387 от 10.12.2007 г.;

<sup>66</sup> Постановление Правительства Р.Молдова №.1387 din 10.12.2007г. «Об утверждении Единой программы обязательного медицинского страхования», п.14 ч. (2) б.(f) и (j);

<sup>67</sup> Постановление Правительства Р.Молдова №.988 от 10.10.2018г. «Об утверждении Правил организации первичной медицинской помощи», п.38;

## 2. **Расширенные медицинские услуги**, которые могут предоставляться на уровне первичной медико-санитарной помощи при определенных организационных условиях, таких как медицинские и социальные услуги: уход на дому, паллиативная помощь.

Учитывая, что семейный врач является первым уровнем контакта с пациентом, ему отводится роль координатора команды в процессе оказания паллиативной помощи, так сразу после постановки диагноза и оценки состояния пациента он вмешивается, чтобы *сообщить диагноз и прогноз развития заболевания, общается с семьей и родственниками, разъясняет аспекты, связанные с получением прав для людей с онкологическим диагнозом, оказывает поддержку в принятии решений о рекомендуемой терапии и лечении симптомов, вызванных заболеванием и лечением*<sup>68</sup>.

Семейные врачи обязаны информировать пациентов о возможности оказания услуг паллиативной помощи в лечебно-санитарных учреждениях на административной территории<sup>69</sup>.

Таким образом, финансирование услуг паллиативной помощи, в соответствии с Национальным стандартом паллиативной помощи<sup>70</sup>, осуществляется из *Единой программы*, которая администрируется Национальной Кассой Медицинского Страхования; Национальной Кассой Социального Страхования из Государственного Бюджета и административно-территориальных единиц, а также из других источников финансирования, в соответствии с законом (национальные и международные займы, пожертвования, гранты, спонсорство и т.д.).

## **4.2. Отношение семейных врачей к предоставлению услуг паллиативной помощи**

В ходе обсуждений в фокус-группах с медицинским персоналом и администрацией системы первичной медицинской помощи мы определили, что большинство из них убеждены в том, что такой помощи в Республике Молдова нет, и тот факт, что она возложена на плечи семейных врачей, был ошибкой.

Также многие участники дискуссий отметили, что в основном онкологические пациенты находятся под наблюдением. В количественном исследовании мы определили, что большинство семейных врачей указали, что у них есть опыт предоставления услуг паллиативной помощи. В городе у семи из десяти врачей были пациенты, которым предоставляли паллиативную помощь, а в сельской местности почти все врачи имели опыт оказания паллиативных услуг.

Семейные врачи отметили, что в течение последних пяти лет они оказывали услуги паллиативной помощи в среднем примерно 5 пациентам в терминальной фазе. Преобладали онкологические заболевания - в 90,9%, заболевания центральной нервной системы составили 64,3%, заболевания эндокринной системы - 43,8%, в данной категории осложнения диабета.

<sup>68</sup> Пункт 8, Приказа Министерства Здравоохранения №1022 от 30.12.2015г.;

<sup>69</sup> Приказ Министерства Здравоохранения № 1570 от 27.12.2013г. «Cu privire la organizarea asistentei medicale paliative» (Об организации паллиативной медицинской помощи);

<sup>70</sup> Приказ Министерства Здравоохранения №.884 от 30.12.2010г. «Cu privire la aprobarea Standardului Național de Îngrijiri Paliative» (Об утверждении Национального стандарта паллиативной помощи) ;

По мнению семейных врачей, большой объем обязанностей по оказанию первичной медицинской помощи делает практически невозможным комплексный подход к паллиативным пациентам. Они считают, что паллиативные пациенты представляют собой особую категорию, которая помимо лечения хронических заболеваний требует гораздо большего внимания и наблюдения. Семейные врачи утверждают, что, по большей части, министерские документы, в области оказания медицинских услуг, относятся к уходу и лечению хронических болезней, в то время как паллиация рассматривается как «... что-то гораздо более сложное, пациенты нуждаются в ежедневном уходе большей продолжительности, уход и лечение хронических заболеваний не имеют отношения к паллиации». [FG 1].

В ходе нескольких обсуждений нам были приведены примеры, указывающие на то, что медицинская сестра не всегда может удовлетворить потребности паллиативного пациента. Одна из медсестер объяснила нам: «У меня был пациент, который нуждался в установлении катетера в мочевой пузырь. Я не возьмусь такое делать! В домашних условиях? Родственники не хотели отвезти его в больницу, потому что у них не было транспорта ... и они попросили меня это сделать! Они не понимали, что я не могу этого сделать!» [FG3]

В количественном исследовании установлено, что более половины всех респондентов (74,3%) считают, что роль семейного врача в паллиативной помощи заключается только в назначении необходимых лекарств, без предоставления других паллиативных услуг. Этого же мнения придерживается подавляющее большинство респондентов из сельской местности и половина респондентов из районов. Только одна треть от общего числа респондентов (34,5%) считает, что семейный врач должен быть главным профессионалом, оказывающим комплексную, активную помощь, как пациенту, так и его семье (рис. 4.1).

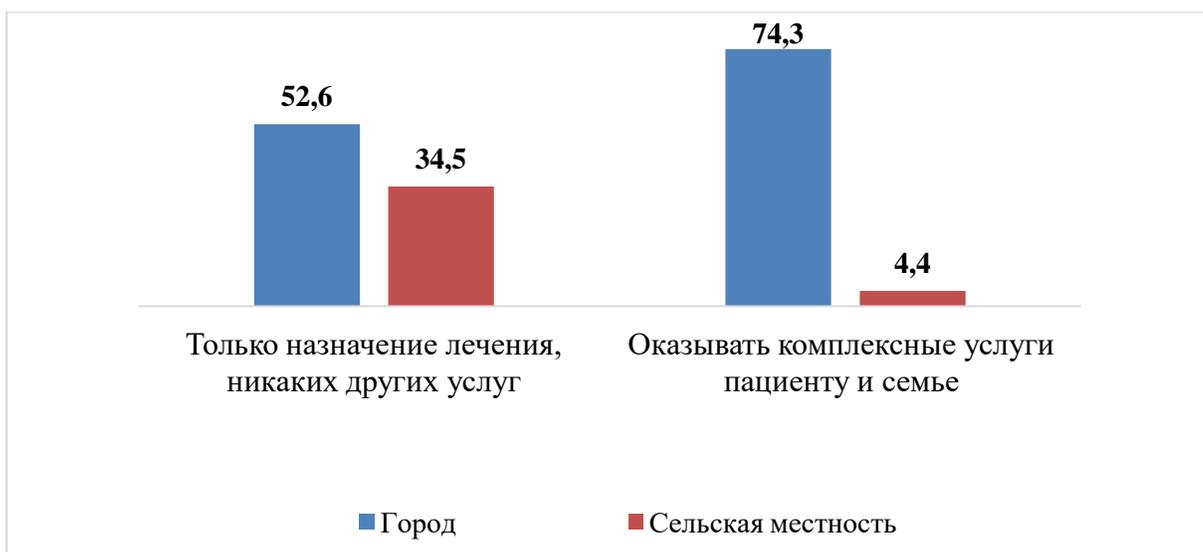
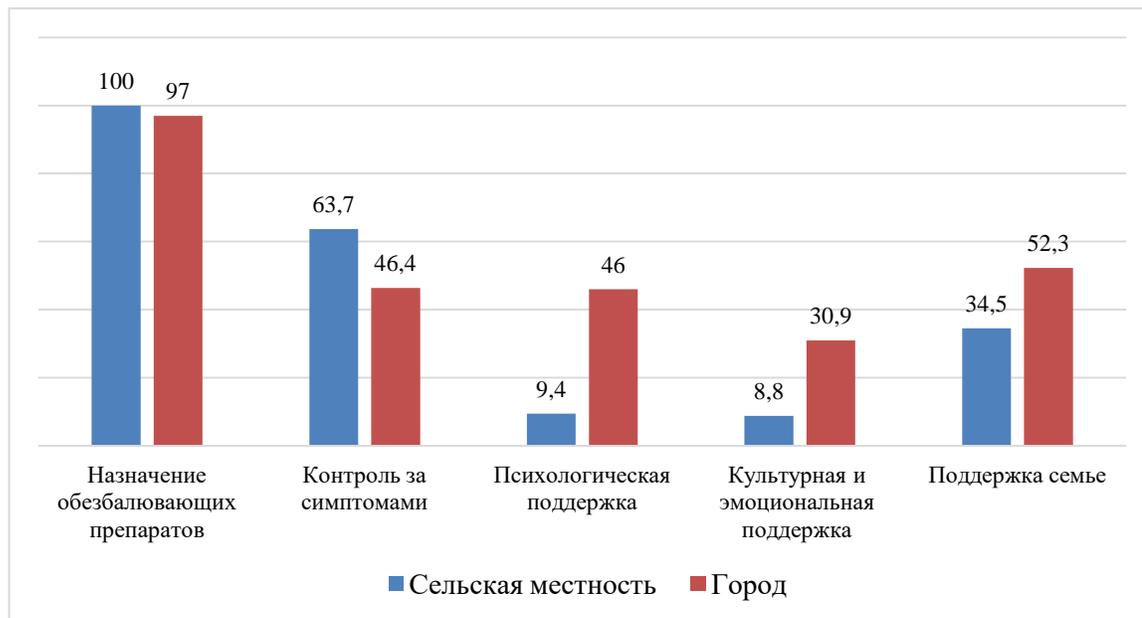


Рисунок 4.1. Мнение врачей об их роли в оказании паллиативных услуг (%)

Семейные врачи, участвовавшие в исследовании, указали на разную степень вовлеченности в уход за терминальным пациентом. Большинство из них указали на свою

обязанность назначать обезболивающее и контролировать симптомы. Рисунок 4.2 указывает на то, что участие семейного врача в других аспектах паллиативной помощи намного ниже.



**Рисунок 4.2.**

**Доля возможности обеспечить нужды пациента с паллиативным уходом, (%)**

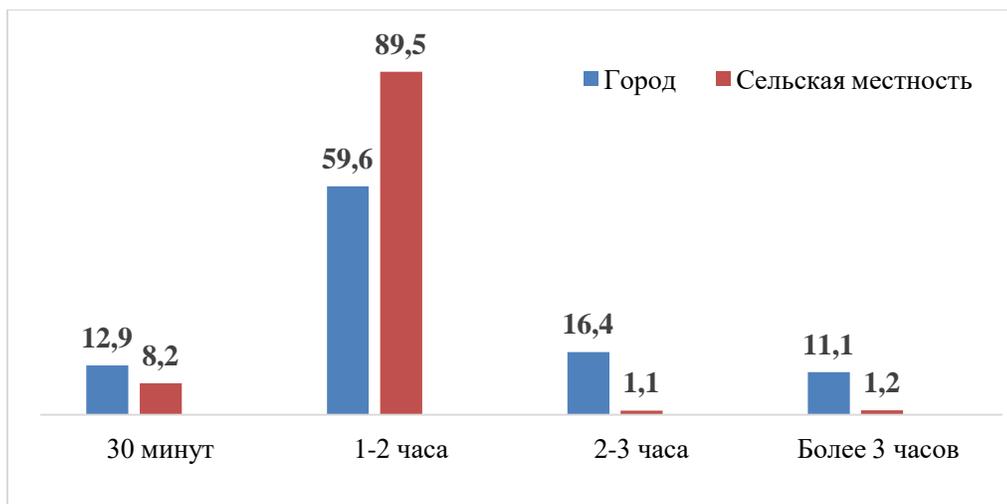
Большинство семейных врачей могут обеспечивать контроль симптомов в случае паллиативных пациентов, оказывать психологическую поддержку, однако, её оказывают только половина городских врачей, а в сельской местности только один из десяти врачей может предоставить такую услугу паллиативному пациенту. Духовную и эмоциональную поддержку паллиативному пациенту оказывает только треть семейных врачей в городах, тогда как в сельской местности только один из десяти врачей может удовлетворить эту потребность. Очевидно, что существует различие в возможностях оказания паллиативной помощи между семейными врачами в городской и в сельской местности.

Семейные врачи, которые указали, что они не оказывают паллиативных услуг, определили следующие причины: «Мне не ясно, какие услуги я должен оказывать семье» (33,3%), «Я чувствую, что у меня нет необходимых навыков, чтобы помочь пациенту в паллиативном состоянии» (33,3%) и «мне не хватает времени» (66,6%).

Среди множества препятствий, перечисленных семейными врачами, имеются: малое количество и нехватка медсестер, в том числе подготовленных в области паллиации. Во многих населенных пунктах, как нас информировали, охват медсестрами составляет 50-60%, что удваивает объем работы существующего медицинского персонала. Большинство сообщили, что очень трудно найти желающих оказывать такую помощь, потому что обычно в этой профессии чаще работают женщины, а «с этими людьми работать трудно, многие из них одиноки, у них никого нет, иногда они раздражительны/подавлены, а иногда - даже агрессивны». [FG2]

Среди пациентов, получающих паллиативную помощь, часто бывают люди, «прикованные к постели», что требует от медсестры огромных физических усилий. В ходе обсуждения врач заметил: *«Таких пациентов нужно мыть, поднимать! У медсестер большой объем работы, они не могут обеспечить качественный уход на дому. Они физически и морально истощены ...»* [FG4]

Один семейный врач, в среднем, предоставляет пациенту паллиативную помощь от одного до двух часов в неделю. Это среднее время, указанное большинством семейных врачей, включенных в количественное исследование. В городской местности такой объем времени предоставляют 59,6% врачей, а в сельской местности еще больше - 89,5%. Один врач из десяти предоставляет пациенту в паллиации только тридцать минут в неделю. 2–3 часа предлагает 16,4% семейных врачей в городах и районных центрах и только 1,1% в сельской местности. Более трех часов в неделю пациенту предоставляют 11,1% врачей в городах и районных центрах и только 1,2% в сельских районах (рис. 4.3).



**Рисунок 4.3. Средний объём времени в течение недели, предоставляемый паллиативному пациенту (%)**

Анализируя вышесказанное, можно утверждать, что семейные врачи следят за пациентами, находящимися на паллиативном уходе, но времени, отводимого пациенту в течение недели, недостаточно для удовлетворения потребностей больного, не говоря уже о том, чтобы покрыть все его потребности в полном объеме. Аналогичным образом, существует разница между временем, отведенным пациенту в городской местности, в отличие от времени в сельской местности. Только 2,3% семейных врачей в сельской местности предоставляют пациенту более двух часов в неделю, а в городе доля составляет 27,5%.

Предоставление услуг паллиативной помощи на дому тесно связано с первичной медициной, где семейный врач является координатором специализированных групп и организатором паллиативных услуг. Однако в сфере людских ресурсов при оказании услуг по уходу на дому ощущается острая нехватка медсестер, а в сфере паллиативного лечения их

число ниже требуемого согласно стандартам. Нехватка работников обусловлена демотивирующей оплатой труда, в сравнении с объемом и тяжестью выполняемой работы - паллиативной помощи.

Большинство медсестер - женщины, и им очень трудно оказывать услуги по уходу (поднимать, передвигать пациента), учитывая соотношение количества пациентов на дому и тяжесть их состояния.

### 4.3. Финансирование паллиативного ухода в рамках первичной медицинской помощи

Как семейные врачи, так и медсестры, участвовавшие в обсуждениях, в большинстве случаев указывали на тот же факт, что они предоставляют уход на дому, а не паллиативный уход, и что онкологические пациенты преобладают в процессе ухода на дому.

Из официальных данных, представленных НКМС, относительно объема, предусмотренного заключенным контрактом и выполненного паллиативными медицинскими службами в период 2014-2019 гг., установлено, что в 2016 г. был заключен контракт только с одним Центром здоровья (ПМСУ ЦЗ Чимишлия) с общим количеством посещений - 200 на общую сумму 34 200 лей.

Количество посещений на дому в большинстве случаев варьируется, как правило, они зависят от количества, предусмотренного заключенным с НКМС контрактом на оказание услуг по уходу на дому, в некоторых местах даже указывалось, что НКМС обуславливает количество посещений. В ходе обсуждений указано, что *«в год необходимы примерно 620 посещений на дому, но из-за условий поставленных НКМС предоставлено только 415 посещений»*. [FG10]

Семейный врач объяснил, как обстоят дела в Центре здоровья, где он работает: *«У нас около 108 посещений, заключенных Центром здоровья в год с НКМС ... НКМС оплачивает только 5 случаев в год паллиативной помощи, Таким образом, эти 108 посещений должны быть распределены на 5 пациентов. Если требуется больше пациентов, медицинский центр не может покрыть расходы. Планирования не было, оно вытекает из того, что предлагает НКМС...»* [FG8]

Что касается стоимости посещения и расходных материалов для паллиативной помощи на дому, семейные врачи считают их неправильно распределяемыми и недостаточными. Менеджер медицинского центра обвинил нас: *«Считаете ли вы, что стоимость 137 лей на одно посещение является нормальный, и это включает оплату труда медицинского работника и стоимость лекарствами»*.

Ссылаясь на расходы, необходимые для расходных материалов, семейный врач признал: *«...Пациенты часто хотят что-то материальное, например, памперсы, мази или другие материальные принадлежности, которые мы не можем дать ... »* [FG5].

Что касается стом, медицинские чиновники утверждают, что *«онкологи распределяют стомы на свое усмотрение, а стомы часто низкого качества»*. [FG9].

На недостаточность расходных материалов (стомы, подгузники) указало большинство собеседников. *«Крайне проблематично распределить, например, 700 стом, выданных Онкологическим институтом, 35-ти пациентов в год, в то время как некоторым пациентам нужно 3 стомы в день. Соответственно, все расходы ложатся на плечи семьи»*. [FG10]

Мнение большинства ответственных лиц в этом отношении таково: *«Система медицинского страхования является монополистической и обуславливает предоставление медицинских услуг, в том числе в паллиативной помощи! Необходимы и другие альтернативы»*. [FG4]

В беседах с сотрудниками ПМП было указано, что им неизвестны суммы затрат и цены услуг паллиативной помощи, установленные на национальном уровне. Было отмечено, что даже если эти расходы существуют, их необходимо пересматривать и корректировать с учетом фактических расходов. *«При определении стоимости не учитываются возраст пациентов, патология и т. д. И эта стоимость выше, чем при хроническом лечении.»*[FG2].

Семейные врачи недовольны тем, что отдельной оплаты за посещение паллиативного пациента на дому не предусмотрено. Эти посещения рассчитываются из количества запланированных посещений хронических пациентов. Однако они убеждены, что паллиативные посещения требуют гораздо больше времени и усилий чем посещения хронических пациентов. В то же время врачи считают, что ограничение в 36 посещений на пациента в год является неправильным и неоправданным.

В среднем, посещения на дому сокращаются до 2-3 посещений в неделю, в течение трех месяцев, что, по мнению ответственных лиц *«неправильно, потому что этого количества посещений недостаточно для паллиативного пациента, здесь необходима ежедневная помощь. Пациент с хроническим заболеванием может оставаться день без медицинского наблюдения, а паллиативный пациент - нет, и требуются большие расходных материалов»*.

Согласно договору с НКМС, оплата предусмотрена только для медсестры, которая посещает пациента на дому и получает прибавку к зарплате в размере около 2000 лей, предусмотренных для 36 обязательных посещений в течение 3 месяцев. В остальное время года контракт с НКМС не покрывает посещений на дому пациента, и для того, чтобы пациент продолжил получать паллиативную помощь, семейный врач может направить пациента в больницу или хоспис. В данном контексте вот что рассказала нам медсестра семейного врача, которая принимает участие в уходе за реальным терминальным паллиативным пациентом: *«За такими пациентами очень сложно ухаживать. Семья видит в тебе спасение, и доходит до того, что они уже терроризируют меня. Достаточно было посетить их 2 раза, а потом они стали звонить мне 2-3 раза в день, ожидая, что я буду приходить каждый день, постоянно прося моей помощи. Я не могла выполнять свою работу, я была очень загружена только с этим пациентом. Но стало еще хуже, когда эти 36 платных посещений закончились, но они все еще ждали помощи. Кто пойдет? На какие деньги мне купить расходные материалы? НКМС уже ничего не платит! Как я могу им это объяснить? Затем они жалуются, они начинают устраивать скандал ... И мне их очень жаль, я переживаю ... Я больше не хочу брать такие посещения! Мне даже деньги не нужны!»* [FG6]

Другой семейный врач рассказал нам: *«Если количество посещений, по контракту заключенному с НКМС, исчерпывается, мы добровольно заботимся о пациенте, но редко, потому что у нас есть много другой работы. Еще нужно выходить на выходные или во внеурочное время, и вы знаете, что нам никто не платит. Если мы видим, что пациент скоро скончается, мы договариваемся с хосписом, просим его принять пациента, если это возможно.»* [FG3]

В ходе обсуждений авторы определили проблему с обеспечением пациентов мешками для стомы. Некоторые семейные врачи подтвердили получение мешков для стомы через гуманитарную помощь, другие подтвердили централизованное распределение из Института онкологии. Однако это распределение никогда не соответствует реальным потребностям, которые врачи определяют на местах. Кроме того, часто бывает, что размеры мешков для стомов не соответствуют размерам пациентов. В нескольких Центрах здоровья было подтверждено, что мешки для стомы приобретены из их собственных источников, но также было указано, что это очень большие расходы для бюджета МПА. Многие семейные врачи признали, что они не в курсе ситуации с необходимостью обеспечения мешков для стомы, что полностью ложится на плечи родственников терминального пациента. По данному вопросу группа заметила существенный пробел, отметив недостаточное участие сектора МПА в предоставлении мешков для стомы пациенту с такими потребностями.

#### **Пример – Положительный опыт**

##### *Центр здоровья гор.Кахул*

В подчинении центра по здоровью был открыт центр для иммобилизованных пациентов «Avisena». Это центр, разработанный в рамках проекта с внешним финансированием, и в конце проекта он был передан руководству ЦЗ Кахул. Центр оснащен стиральными машинами, процедурным кабинетом и оборудованием для физиопроцедур. Центр расположен рядом с организациями в области социальной помощи, которые тесно сотрудничают в оказании помощи тяжелым пациентам, лежащим пациентам, а также пациентам в сложных ситуациях. В Центре работает медсестра, оплачиваемая из бюджета ЦЗ, из финансирования, предусмотренного для посещений на дому. За отчетный год ЦЗ Кахул провел 857 посещений, финансируемых по контракту с НКМС. Тем не менее, не проводится четкого разделения между паллиативной помощью на дому и уходом на дому.

## **4.4. Межотраслевое сотрудничество**

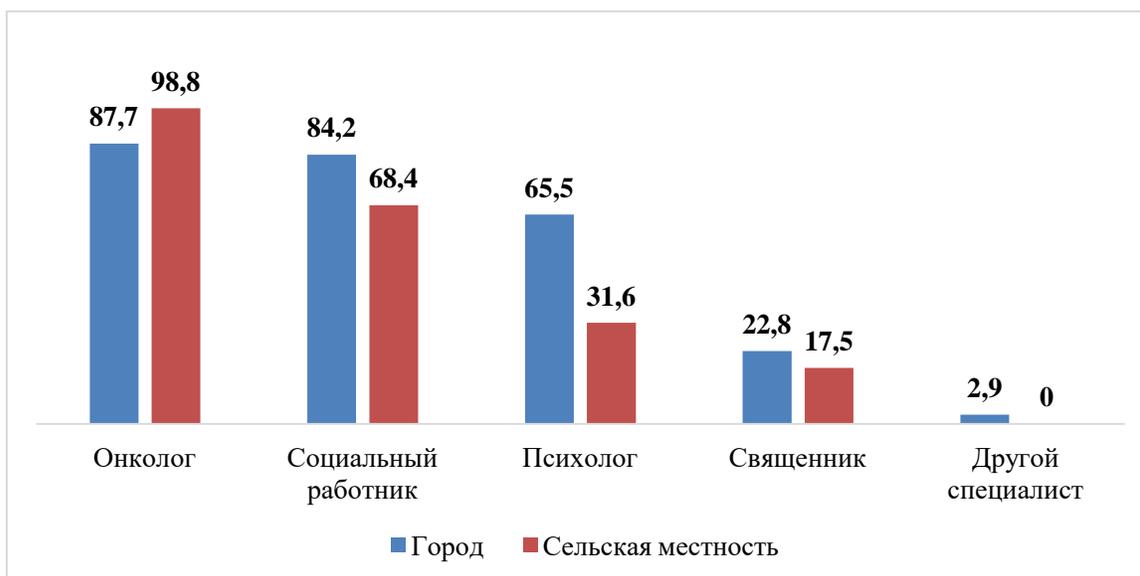
### **• Бригада (команда) паллиативной помощи**

Пациент паллиативной помощи нуждается в комплексном подходе. И для того, чтобы удовлетворить все его потребности, с которыми он сталкивается, требуется многопрофильный подход с междисциплинарным стилем работы. Согласно Национальному

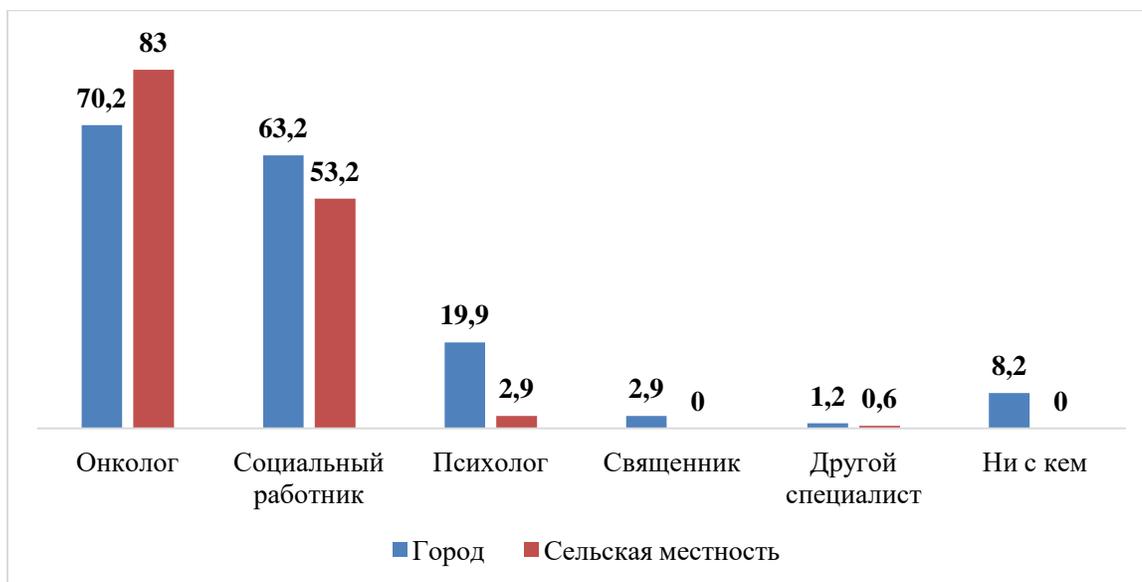
стандарту паллиативной помощи, услуги паллиативной помощи предоставляются междисциплинарной бригадой (командой): «Минимальная структура междисциплинарной команды включает в себя: врача, медсестру, социального работника». (Глава IX, Междисциплинарная команда, Стандарт 12)

К сожалению, в ходе исследования часто обнаруживалось, что паллиативная помощь воспринимается персоналом первичной медико-санитарной помощи не более чем просто посещение на дому. В городской местности только двое из десяти врачей работают в бригаде (команде) паллиативной помощи, доля составляет 21,1%, а в сельской местности практически ни один врач не работает в составе команды паллиативной помощи.

Исследование выявило с кем де-факто сотрудничают семейные врачи при оказании паллиативной помощи и с кем, по их мнению, они должны сотрудничать, для обеспечения интегрированного и качественного медицинского обслуживания. Исходя из полученных данных, мы наблюдаем, что желание межсекторального сотрудничества в паллиативной помощи намного превосходит реалии по предоставлению этой услуги.



**Рисунок 4.4** Мнение семейных врачей относительно желания сотрудничать в процессе оказания паллиативной помощи (%)



**Рисунок 4.5 Сотрудничество семейных врачей по паллиативной помощи в настоящее время (%)**

#### *Другие специализированные врачи*

Большинство семейных врачей, как городских (87,7%), так и сельских (98,8%), считают, что им следует работать с онкологом. Согласно собранным данным, большинство семейных врачей (70,2% в городах и 83% в сельской местности) действительно указали на сотрудничество на высоком уровне с онкологом.

Очень низкий уровень сотрудничества был указан в случае других специалистов, например, гастролога, пульмонолога, хирурга или кардиолога (0,9% от общего числа респондентов), и очень небольшое количество врачей указывают на желание или необходимость такого сотрудничества. (2,9%).

#### *Социальная помощь и местные органы власти*

Большинство семейных врачей в городской местности - 84,2% и более половины семейных врачей в сельской местности - 68,4% считают, что должны сотрудничать с социальным работником. Сотрудничество с этим специалистом наблюдается более чем у половины респондентов (63,2% в городах и 53,2% в сельской местности).

Также в дискуссиях часто упоминалось плохое сотрудничество с социальными работниками. С одной стороны, это проблема, связанная с человеческим фактором, нехваткой персонала, но с другой стороны, существует серьезный пробел в содержании документов, разработанных на уровне министерства. В беседе с семейными врачами нам сказали: «Приказы и указания, которые приходят сверху, противоречат друг другу, нет четкого разграничения обязанностей социальных работников в процессе оказания паллиативной помощи, и это всегда пинг-понг, кому и что делать ». [FG5]

Во время мониторинговых посещений обнаружена существенная разница в степени сотрудничества между семейной медициной и местной службой социальной помощи. Если в одних районах хорошее сотрудничество было подтверждено, то в других предмет сотрудничества сводился только к информированию социального работника о существовании пациента без координирования каких-либо совместных действий.

Большинство медсестер утверждают, что социальные работники с ними не сотрудничают. Медсестра при семейном враче призналась: *«Социальные работники не хотят слышать нас, когда мы пытаемся сказать им, что они тоже уже должны выполнять определенные действия, они мотивируют это тем, что у них много работы»* [FG6], *Я думаю, что вы имеете в виду междисциплинарные команды, которые должны иметь дело с этими пациентами, их нет, я не слышал, что они где-то существуют. Я не знаю, проходят ли они подготовку социальные работники, но, знаете, что они нам очень помогли бы, хотя и социальных работников у нас нет, думаю, что они в селах они есть. Мы тоже очень загружены, этим пациентам мы только выписываем обезболивающие, и это все ...* »[FG7].

В некоторых местах социальные работники участвуют только в том случае, если они хорошо расположены или находятся в дружеских отношениях с медсестрами, и медработники просят их помочь им.

В ходе мониторинга также проводились обсуждения с представителями социальных служб на местах. Мы обнаружили, что большинство из них не информированы о специфике паллиативной помощи. Один социальный работник сказал нам: *«Я просмотрел в интернете информацию о том, что такое паллиативная помощь после того, как вы мне позвонили ... до встречи с вами. Но у нас нет таких людей, и наши обязанности связаны с социальной помощью, то есть носить пенсию, помогать с углем и т.д.»* [FG3]

Такая неоднородность в налаживании сотрудничества между этими двумя важными секторами в организации паллиативной помощи вызывает беспокойство по поводу качества, последовательности и непрерывности предоставляемой помощи.

### *Психолог и священник*

С психологом сотрудничают только двое из десяти семейных врачей из городской местности - 19,9%, а в сельской местности только 2,9% от общего числа респондентов. В то же время желание семейных врачей сотрудничать с психологом значительно выше (65,5% в городской местности и 31,6% - в сельской местности).

Относительно данного факта врачи сказали следующее: *«Иногда я рекомендую пациентам консультации психолога, у нас в районе имеется общественный центр психического здоровья, но больной и семья не хотят его посещать, думают, что я считаю их ненормальными, все это, в итоге, портит наши отношения...»* [FG1].

*«Я знаю, что социальный работник ходит к таким больным, я даю ему форму №027 по домашнему уходу, а с психологом не работаю, у нас его и нет, я даю пациентам таблетки, если они нужны им ...»* [FG7].

*«Пациент отказывается, или его родственники отказываются от консультации психолога, у нас есть общественный центр психического здоровья, и я часто направляю туда. С социальным работником работаем только когда заполняем карточку по уходу на дому, вместе к пациенту не ходим, каждый идет по возможности, когда у него есть время.»* [FG4].

Из общего числа респондентов, включенных в исследование, только 1,2% указали, что сотрудничают со всеми вышеупомянутыми участниками, и только 18,7% отметили, что они будут сотрудничать со всеми перечисленными выше участниками, чтобы предоставить паллиативные услуги пациенту.

Анализируя собранные данные, мы видим, что семейные врачи в городской среде лучше, чем в сельской местности, сотрудничают с другими специалистами при оказании паллиативных услуг. И об этом свидетельствует тот факт, что доля врачей, которые отметили, что работают в команде паллиативной помощи, в основном приходится на город.

### *Участие сообщества*

Другой проблемный аспект, отмеченный в беседах с медицинским персоналом из посещенных медицинских центров, касается недостаточной вовлеченности сообщества, родственники не всегда хотят или имеют возможность заботиться об этих людях. По словам респондентов, *«вначале, когда планировались эти виды помощи, было желание создать сотрудничество, предполагалось создание должностей общественных медсестер, но этого не произошло, на данный момент такие должности отсутствуют, мы должны выполнять всю работу»*. [FG3].

Во время визитов мы констатировали, что даже местные органы власти также отдалены от данных проблем. По словам респондентов, *«они поднимают руки и говорят нам, что им нечем помочь, они могут помочь только тогда, когда человек умер и некому его похоронить»*.

По мнению всех ответственных лиц на уровне сообщества, паллиативные услуги должны быть перенаправлены в хосписы или специализированные службы. Подход включающий участие сообщества в оказании паллиативной помощи не понят и принят.

### *• Сотрудничество с больничными учреждениями*

Особой темой исследования стало направление пациентов в больничные медико-санитарные учреждения.

Некоторые врачи указали, что пациенты отказываются от госпитализации, другие признают, что *«могут отправить пациента в больницу только в случае онкологического диагноза»*. [FG7]

Вызвал наше удивление тот факт, что многие семейные врачи не знают, что в районной больнице предусмотрены койко-места для оказания паллиативной помощи. Некоторые

семейные врачи сказали, что они направляют пациентов в больницу для оказания паллиативной помощи, но имеется список ожидания. Иногда, в случае необходимости, направляли пациентов в Больницу №4 в Кишинэу.

Около 78% семейных врачей, участвовавших в исследовании, по определенным показаниям, направляют пациентов в паллиативные отделения (рис.4.6). Чаще всего семейные врачи направляют пациентов в отделения паллиативной помощи тогда, когда общее состояние пациента ухудшается. Треть семейных врачей указывают на госпитализацию пациентов для коррекции опиоидного лечения и дозировки. Только двое из десяти семейных врачей направляют пациентов на стационарное лечение, чтобы предоставить «передышку», «паузу» семье. Также двое из десяти семейных врачей направляют пациента в отделение для лечения симптомов.

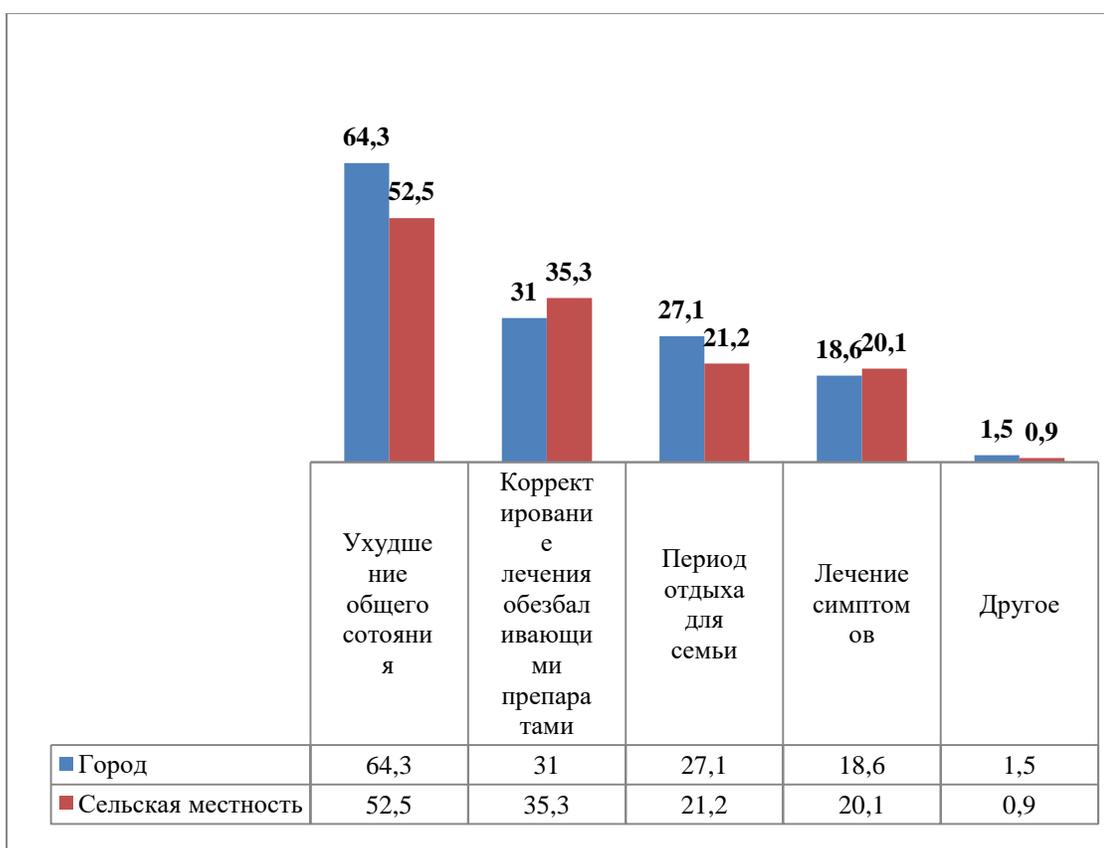


Рисунок 4.6. Сотрудничество ПМП с больничными отделениями паллиативной помощи, (%)

Необходимо отметить ситуацию, выявленную в районе, включенном в исследование, где нам сказали, что в отделение паллиативной помощи поступают пациенты только с 4 серьезными состояниями: онкологическая интоксикация, острая диспнея, сильная боль и пролежни. Пациенты, находящиеся на паллиативном лечении, но не имеющие ни одного из этих состояний, к госпитализации не принимаются.

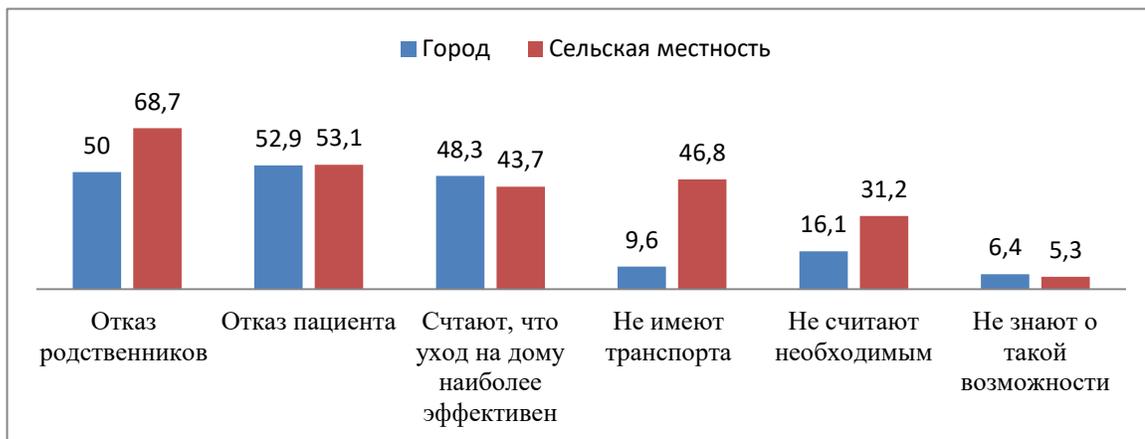
Нам также сообщили о других случаях необоснованного отказа, с которыми сталкивались семейные врачи, в процессе направления пациента на госпитализацию в больничные учреждения.

**Пример: Случай, обнаруженный в ходе проведенных на местах посещений**

*За молодой женщиной с тяжелой инвалидностью, ВИЧ-инфицированной, передвигающейся в инвалидной коляске, которая соответствовала условиям для госпитализации в паллиативное отделение, ухаживал отец. Для того, чтобы предоставить отцу паузу и обеспечить соблюдение человеческого достоинства пациентки и повышение её уровня жизни, семейный врач обратился в больницу, в отделение хронических заболеваний, где имелись койки для паллиативных больных. Больница отказала в госпитализации по причине ВИЧ-статуса, пациентку направили в отделение инфекционных заболеваний. В указанном отделении пациентке сообщили, что мест в отделении нет, и паллиативными койками отделение не располагает.*

*Наконец, пациентку направили к психиатру, после чего пациентка была госпитализирована в психиатрическую больницу.*

В то же время почти четверть респондентов (24,6%) признались, что никогда не выписывали пациентам направление в отделения паллиативной помощи, ссылаясь на нижеуказанные причины: зачастую, отказ самих пациентов или родственников от госпитализации, собственное мнение о том, что паллиативная помощь более эффективна на дому, отсутствие транспорта для перевозки пациента в отделение паллиативной помощи, особенно в сельской местности и проч.. (рисунок 4.7).



**Рисунок 4.7 Причины отказа в направлении пацента в стационар, (%)**

Семейных врачей, которые участвовали в исследовании, попросили дать оценку деятельности отделений паллиативной помощи. Более половины респондентов - 62% указали, что это «отделение с квалифицированными специалистами, предлагающее качественные услуги». Около четверти всех врачей - 26,3% указали, что «помощь в этом отделении

*оставляет желать лучшего»,* и фактически каждый десятый врач (11,7%) отметил, что ничего не знает об их деятельности таких отделений.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что исследование установило, что уровень сотрудничества и взаимодействия между подразделениями первичной медицинской помощи и больничным сектором недостаточен, степень развития межсекторальной коммуникации низка, обмен информацией отсутствует.

#### *Специализированные услуги паллиативной помощи*

Многие представители первичной медицины считают, что необходимо реконфигурировать систему паллиативной помощи, создав больше дневных центров и хосписов, специализирующихся на паллиативной помощи. В частности, врачи из северных районов отметили, что в регионе нет хосписа, куда можно было бы направлять пациентов.

Некоторые семейные врачи считают, что в хосписах концепция паллиативной помощи не продвигается, а предлагаются/предоставляются преимущественно санитарно-гигиенические средства.

Также очень малое количество врачей смогли подтвердить, что знают контактные данные какого-либо хосписа, который они могли бы порекомендовать паллиативным пациентам.

## **4.5. Менеджмент боли в практике семейных врачей**

Правильный менеджмент и лечение боли и симптомов является основным компонентом оказания паллиативной помощи и предоставляется, в том числе семейным врачом.

Согласно собранным данным, только два из десяти врачей из общего числа, включенных в исследование, проводят оценку боли у пациентов, получающих паллиативную помощь (рис. 4.8). Чаще всего для оценки боли семейный врач использует шкалу от 1 до 10.

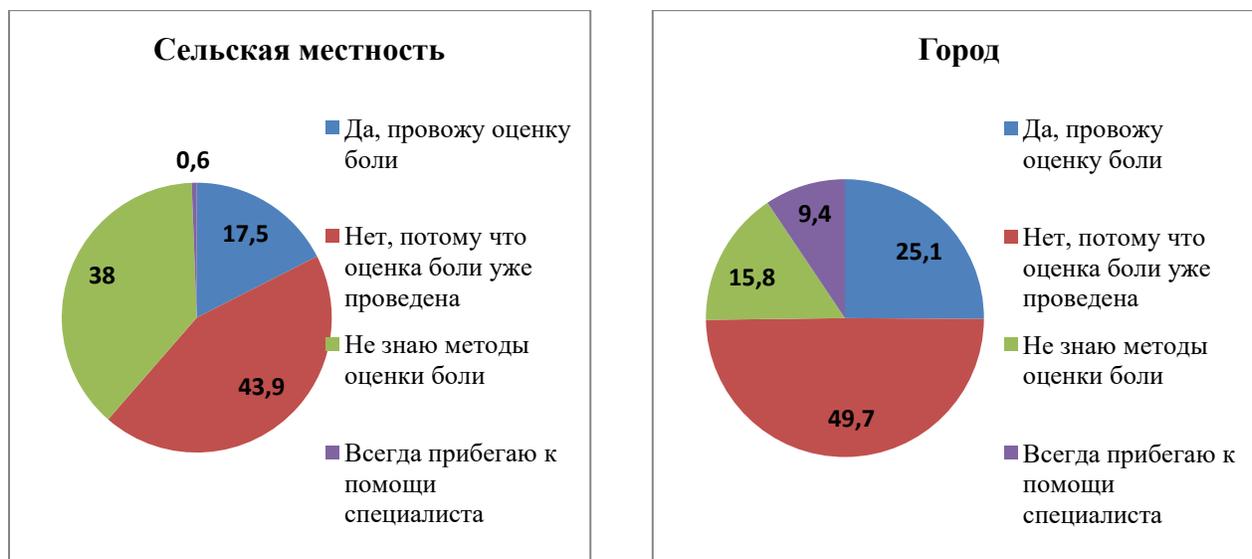


Рисунок 4.8. Оценка боли, проводимая семейными врачами, (%)

Около половины семейных врачей не проводят оценку боли у своих пациентов, которые находятся в паллиативной помощи, потому что пациент уже проходит лечение боли, предписанное онкологом. В ходе лечения, коррекция лечения боли осуществляется путем увеличения доз обезболивающих препаратов, без повторной оценки болевого порога. Один врач из десяти в городской местности (15,8%) и более трети семейных врачей в сельской местности (38%) не знают, как проводится оценка боли. Если в городской местности 9,4% респондентов отметили, что им требуется помощь специалиста для оценки боли пациента при паллиативном лечении, в сельской местности только 0,6% врачей прибегают к этому варианту.

Только двое из десяти врачей указали, что они первые назначают лечение опиоидами паллиативному лечению. Остальные семейные врачи считают, что единственным специалистом, который вправе начать прописывать такое лечение данным пациентам – это онколог (рис. 4.9). Респонденты, ответившие по-другому, указали, что начинают лечение опиоидами только после консультации с врачом онкологом или с другим специалистом.

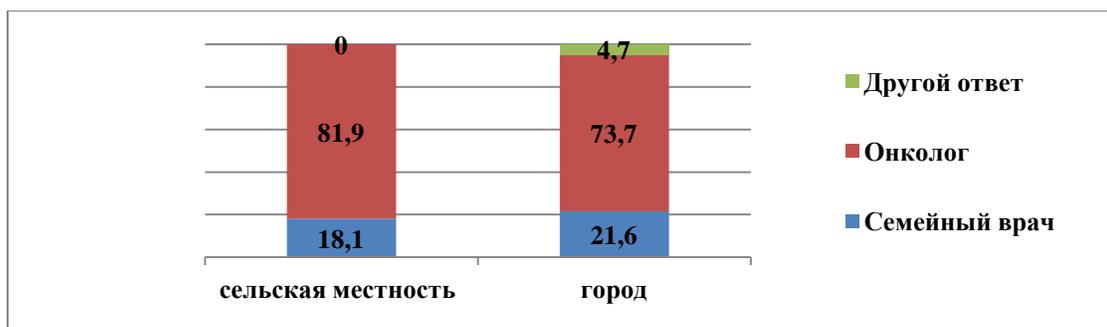


Рисунок 4.9. Начало лечения опиоидами, (%)

Большинство врачей, отказывающихся начинать лечение опиоидами, считают, что это право принадлежит только онкологу (в городской местности - 84,3%, в сельской местности - 58,5%). Другая причина, на которую ссылаются врачи, - это страх побочных реакций и отсутствие подготовки в этой области. Если в городе у двух из десяти врачей есть такие страхи, то в сельской местности примерно половина врачей указала на них (рис. 4.10). Приблизительно один семейный врач из десяти воспринимает как препятствие при назначении обезболивающих, вероятность того, что пациент неправильно будет принимать лекарство, данный факт также отражался при ответе респондентов относительно боязни побочных реакций на опиоиды, их неправильного применения или передозировки.

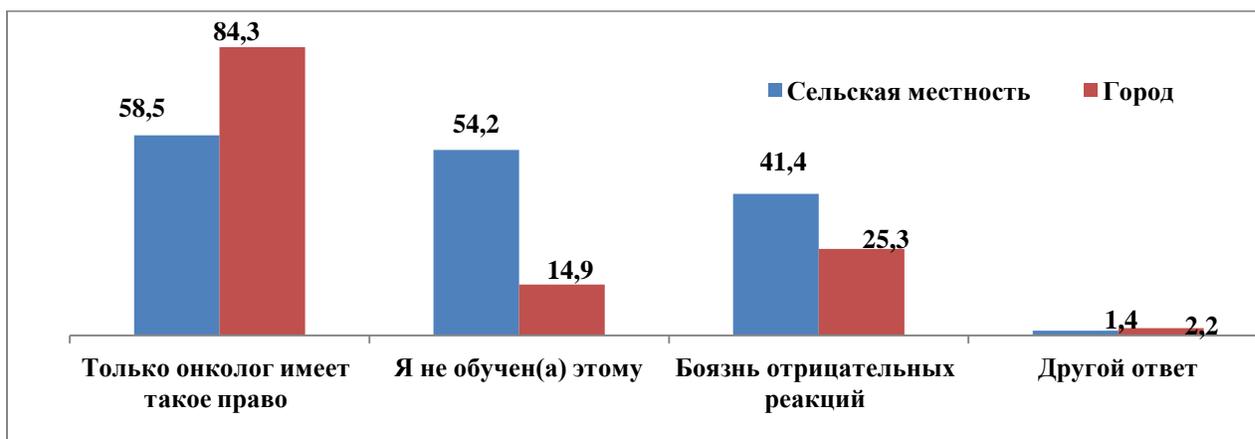


Рисунок 4.10. Причины отказа в начале лечения опиоидами, (%)

Следует отметить, что основанием для назначения лечения опиоидами являются положения Приказа МЗТСЗ Республики Молдова № 960 от 01.10.2012г. «О порядке назначения и выдачи лекарств»<sup>71</sup>, который прямо предусматривает право назначать опиоиды, не ограничивая его только онкологом. Таким образом, вышеизложенное указывает на то, что семейные врачи неверно истолковывают свои функции в этом отношении, семейный врач должен начинать лечение опиоидами и корректировать его при необходимости. В то же время мы можем предположить, что одной из причин такого подложения дел является плохое информирование врачей по этому вопросу и ограниченный или даже невозможный доступ к необходимым документам на официальном сайте МЗТСЗ.

В обсуждениях в фокус-группах, несмотря на то, что некоторые семейные врачи считают, что они не видят проблемы с назначением опиоидов, заявив, что они достаточно подготовлены, в то же время большинство выразили нежелание или отказ назначать опиоиды. Семейные врачи признали, что не назначают опиоиды, хотя знают, что имеют право назначать, потому что не хотят брать на себя ответственность, как за пациента, так и за его родственников, и «боятся правоохранительных органов».

<sup>71</sup> Изменен Приказом № 265 от 31.03.2017г., опубликован 21.04.2017г. в Мониторул Официал;

Семейный врач объяснил: «... Я не могу предсказать, когда неизлечимый пациент умрет. Если он живет далеко, назначаю опиоидные препараты и на 2-3 недели ... Это то, о чем просят его родственники! Не приезжать же десятки километров каждые 2 дня. Но пациент может умереть на следующий день! Таким образом, остаются с некоторым количеством неиспользованных лекарств, и это действительно проблема! Я не знаю, как сделать чтобы было правильно ... Вот почему мы этого избегаем ...» [FG10, городской врач, 47 лет].

В то же время некоторые семейные врачи признали, что у пациентов есть проблемы с доступом к опиоидам, особенно когда в районе нет онколога, когда этот специалист отсутствует или находится в отпуске.

Мы наблюдаем, что семейные врачи не ощущают профессиональную безопасность при назначении опиоидов, что приводит к тому, что врачи не назначают или избегают назначать указанные препараты..

Мы обнаружили, что врачи находятся под влиянием «мифов о лечении морфином». Многие пояснили нам следующее:

«... Я боюсь побочных реакций, которые могут возникнуть у пациента после первой дозы морфина, после чего пациент отказывается его использовать, и мне нечем его заменить, и мне очень трудно убедить пациента, что ему необходимо использовать опиоиды, пациенты считают, что после этого они скоро умрут ... » [FG3, сельский врач, 57 лет].

«... я начинаю назначать морфин поздно, потому что он сокращает жизнь пациента и угнетает дыхательный центр, и они часто умирают во сне ...» [FG4, сельский врач, 63 года].

«... Я боюсь назначать большие дозы опиоидов, у меня нет необходимой подготовки ...» [FG8, городской врач, 41 год].

«... Если я начну назначать морфий с самого начала, со временем я увеличу дозу, потому что организм впадает в депрессию и не реагирует, и мне, как врачу, нечем будет уменьшить боль ...» [FG1 сельский врач, 55 лет].

Исходя из вышеизложенного, мы можем сделать вывод, что опасения семейных врачей в отношении купирования болевого синдрома чаще всего связаны с применением морфина и мифами относительно данного препарата. Одним из аспектов этой проблемы является тот факт, что врачи не имеют подготовки, не обладают необходимой компетенцией в области купирования болевого синдрома. Они полагают, что им следует начинать лечение морфином на более поздней стадии заболевания насколько возможно, в обязательном порядке в форме инъекций морфина, поскольку у пациентов будет развиваться зависимость и они будут требовать все более высоких доз препарата. Также врачи опасаются, что пациенты умрут от остановки дыхания, вызванной угнетением морфином дыхательного центра.

Обнаруженные ошибки - это ошибки в интерпретации семейными врачами синдрома преодоления опиоидной боли, который является наиболее важным барьером в управлении болью при предоставлении услуг паллиативной помощи. дозировка, является еще одним важным фактором.

Очень важной темой для рассмотрения является недостаточный подход врачей к неонкологической боли, для которой нет алгоритмов и национального клинического протокола.

В ходе большинства бесед с семейными врачами, мы отмечали, что на уровне первичной медико-санитарной помощи не проводятся адекватные оценки потребностей в опиоидах.

#### 4.6. Предоставление семейным врачом паллиативной помощи детям

Что касается педиатрической паллиативной помощи, большинство семейных врачей указали, они не наблюдают детей, находящихся в режиме паллиативной помощи, но, если бы такие дети были на их наблюдении, семейный врач в паллиативном уходе таких детей практически не принимает никакого участия: *«Есть родители, мы, практически, не принимаем участия»*. [FG7].

Судя по беседам с семейными врачами, паллиативная помощь детям на дому не оказывается: *«У нас нет детей в паллиативном уходе, может быть, в Онкологическом институте есть дети, но у нас их нет ... Родители спрашивают нас, куда можно обратиться и мы говорим им идти в хоспис напрямую»*. [FG3]

Однако на вопрос о том, знают ли они, куда могут направить пациентов-детей для оказания паллиативной помощи, большинство семейных врачей ответили, что у них нет такой информации, за исключением медиков из района Орхей, которые указали учреждение из села Исаковка, района Орхей (Hospice Angelus), но в информации, которой располагали врачи не было ясности, врачи не знали ни контактных данных, адреса учреждения, ни процедуры направления.

**Пример:**

*Пациент - ребёнок трёх лет, с диагностированным раковым заболеванием, получал лечение опиоидами, 40 уколов в неделю. Медицинская сестра не контролирует данный случай, члены семьи ребёнка обладали полным контролем над положением пациента.*

## V. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМАЯ НА УРОВНЕ БОЛЬНИЦЫ

### 5.1 Нормативная база

В системе здравоохранения особое место занимают больницы, являющиеся крупнейшими потребителями ресурсов, больницы лучше оснащены медицинским оборудованием и технологиями и обладают потенциалом для оказания высококачественной и комплексной медицинской помощи. В общих чертах, каждая больница должна предоставлять необходимые медицинские услуги для решения проблем здоровья пациентов.

Согласно Единой программе обязательного медицинского страхования, стационарная медицинская помощь это решенный случай, который в соответствии с действующими нормативными актами включает, как правило, консультации и исследования по установлению диагноза, лечебные или хирургические мероприятия, уход, медикаменты, расходные материалы, гостиничные условия и питание и предоставляется в случаях, обоснованных с медицинской и эпидемиологической точек зрения и в случае наличия следующих критериев: пациент нуждается в услугах паллиативной помощи, оказываемых в условиях хосписов или отделений паллиативного ухода за больными, а также специализированных мобильных групп в области паллиативного ухода в медико-санитарных больничных учреждениях<sup>72</sup>.

В соответствии с тем же нормативным актом «паллиативная помощь, предоставляется пациенту когда основной клинической задачей или целью лечения является оптимизация качества жизни пациента с активной и прогрессирующей патологией, которая ограничивает его жизнь».<sup>73</sup>

Приказом Министерства здравоохранения №1570 от 27.12.2013г. об организации паллиативной помощи руководители районных государственных медико-санитарных учреждений, начиная с 01.01.2014 г., обязаны были обеспечить наличие паллиативных койко-мест, исходя из количества обслуживаемого населения, с соблюдением условий, необходимых для оказания услуг паллиативной помощи.

В 2015 году утвержден *Перечень лечебно-санитарных учреждений (больниц)*<sup>74</sup>. Согласно данному документу, в Муниципальной Клинической Больнице № 4 Кишинэу (больница, специализирующаяся на паллиативной помощи) предусмотрено 30 паллиативных коек, а в Психиатрической Больнице Бэлць – 30 паллиативных коек. В других лечебно-профилактических учреждениях есть места для оказания помощи при острых и хронических состояниях.

Стандарты оценки и аккредитации поставщиков паллиативной помощи установлены Национальным советом по аккредитации в 2015 году<sup>75</sup>.

<sup>72</sup> Постановление Правительства Р.Молдова «Об утверждении Единой программы обязательного медицинского страхования», № 1387 от 10.-12.2007г.;

<sup>73</sup> Idem;

<sup>74</sup> Приказ Министерства здравоохранения №466/11.06.2015г. «Cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare spitalicești» (Об утверждении Перечня лечебно-санитарных учреждений (больниц));

<sup>75</sup> [http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/activitate\\_evaluare\\_acreditate/ingrij\\_paliative1.pdf](http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/activitate_evaluare_acreditate/ingrij_paliative1.pdf)

Основные требования, призванные обеспечить предоставление качественных услуг паллиативной помощи, к поставщикам таких услуг, изложены в Национальном стандарте паллиативной помощи (2010). Согласно Стандарту прием/госпитализация пациента для оказания паллиативной помощи проводится на основании направления, выданного семейным врачом. Специализированные услуги паллиативной помощи для соответствующих критериям пациентов и их семей предоставляются в отделениях паллиативной помощи, где предоставляется «помощь в госпитализации» для соответствующих критериям пациентов, включая услуги «респиро» (временное размещение)<sup>76</sup>.

При планировании услуг больничные учреждения должны учитывать норму 8 коек на 100 000 жителей, при этом минимум 5 коек на каждое отделение. Среднее количество дней в году на одного пациента составляет 30 дней.

Стандарт описывает обязательные требования, касающиеся структуры и оснащения отделения паллиативной помощи, а именно: изоляция соответствующего отделения от других отделений стационара, в связи со спецификой паллиативной помощи; доступ лицам, осуществляющим уход, должен быть разрешен и обеспечен без прохождения через отделения активного лечения; отделение должно иметь собственную санитарную группу; отделение должно быть адаптировано к потребностям пациентов, обеспечивая им легкий доступ в туалеты, комнаты отдыха и т. д., в том числе для пациентов в инвалидных колясках.

Во всех местах, к которым у пациентов есть доступ, должны быть установлены системы звукового и визуального оповещения, чтобы пациенты могли вызывать медицинский персонал. Также отделение должно иметь санитарный блок для персонала, процедурную комнату, складские помещения для медицинских препаратов, материалов и оборудования, помещение для еды, для хранения чистого и грязного белья, для хранения бытовых и опасных отходов, помещение для отдыха, консультирования и встреч с посетителями.

В то же время обязательно иметь комнату, с сейфом для хранения опиоидов, психотропных препаратов, подключенным к централизованной сигнализации, и специально разработанную холодильную камеру для временного хранения тел.

Палата для паллиативных пациентов должна иметь площадь не менее 6 м<sup>2</sup> и быть оборудована регулируемыми кроватями (желательно с основанием из 3-х мобильных частей, с гидравлическим механизмом и электрическим управлением). Важно, чтобы на кроватях были матрасы, предотвращающие появление пролежней, с моющейся поверхностью, перегородками, тумбочками при каждой кровати, подвижным столом при каждой кровати, моющимся медицинским креслом, шкафами для личных вещей пациентов, раковиной. Санитарная группа для пациентов должна включать туалет, приспособленный к потребностям пациента, адаптируемые душевые с аксессуарами для инвалидов, лифт для мобилизации пациентов, а также место для мытья, дезинфекции, сушки и хранения медицинских писсуаров.

---

<sup>76</sup>Стандарт 8 Национального стандарта по паллиативному уходу;

## 5.2. Финансирование паллиативной помощи на уровне больниц

Одним из основных факторов, определяющих устойчивое функционирование системы здравоохранения и создающих благоприятные условия для удовлетворения потребностей и спроса населения на качественные медицинские услуги и достаточный их объем, является финансирование<sup>77</sup>.

На 2019 год контракт на оказание больничной медицинской помощи предусматривает сумму 3 76 222,0 тысяч лей<sup>78</sup>.

Единицей измерения краткосрочных действий в больнице является *излеченный случай*. Хронические случаи, подлежащие лечению - это случаи, указанные в профилях: гериатрия, реабилитация и паллиативная помощь. Одним из обязательных критериев заключения контракта с НКМС по программе лечения хронических заболеваний является выделение физически отдельно расположенного отделения хронической помощи, в котором работают/обучаются врач-реабилитолог/специалист, подготовленный в области паллиативной помощи, с указанием дневного тарифа по оказанию паллиативной помощи в условиях больницы / хосписа.

В 2011<sup>79</sup> году стоимость койко/дня составила - 93,0 лей, в 2012<sup>80</sup> году установленная стоимость койко/дня составила 214,40 лей.

На основании информации, предоставленной СНАМ, о больничных учреждениях, с которыми заключены контракты на оказание паллиативной помощи, в том числе о количестве койко-дней, предоставленных в период 2014-2019 гг., наблюдается снижение стоимости койко/дня после 2016 г., это в условиях, когда с каждым годом происходит повышение цен и тарифов на потребительские товары.<sup>81</sup>

**Таблица 5.1. Количество публичных медико-санитарных учреждений, с которыми заключен контракт на предоставление паллиативной помощи финансируемого Фондом Обязательного Медицинского Страхования (ФОМС)**

Год	Количество больничных	Стоимость одного койко-места\дня. в лей	Общее количество	Общие расходы ФОМС, в лей
-----	-----------------------	---	------------------	---------------------------

<sup>77</sup> Постановление Правительства Р.Молдова №1471 от 24.12.2007г. «Об утверждении Стратегии развития системы здравоохранения на период 2008-2017 годы»;

<sup>78</sup> Приказ Министерства Здравоохранения №1592-А от 28.12.2018г. «Об утверждении Критериев заключения договоров с поставщиками медицинских услуг в системе обязательного медицинского страхования на 2019 год»;

<sup>79</sup> Приказ Министерства Здравоохранения № 875/27.12.2010г. «Cu privire la aprobarea costului unui caz asistat de îngrijiri medicale paliative prestate în condiții de staționar/hospice», (Об утверждении стоимости одного случая предоставленной медицинской паллиативной помощи в условиях стационара/хосписа);

<sup>80</sup> Приказ Министерства Здравоохранения № 60/25.01.2012г. «Cu privire la îngrijiri paliative medicale» (О медицинской паллиативной помощи);

<sup>81</sup> www.statistica.gov.md

	учреждений, у которых имеется контракт с НКМС на оказание паллиативных услуг		предоставленных коек\дней	
2014	33	242,00	23 970	<b>5 800 740,00</b>
2015	35	302,10	34 018	<b>10 276 837,80</b>
2016	41	351,00	47183	<b>16 561 233,00</b>
2017	40	331,00	50 422	<b>16 689 682,00</b>
2018	41	343,25	49 037	<b>16 801 057,75</b>
2019		343,25		

Что касается Психиатрической Больницы в Бэлць, установлено, что НКМС заключила контракт на предоставление паллиативной помощи только в 2014 и 2015 годах, хотя согласно Приказу МЗ № 466/11.06.2015г. для этих услуг предусмотрено наличие 30-ти коек. Администрация больницы подтвердила, что отделение паллиативной помощи было закрыто в 2016 году по причине несоответствия условий положениям Стандарта. Соответственно, оказание паллиативной помощи в этом учреждении было прекращено.

По результатам количественного исследования наблюдается, что большинство больниц (97%) обеспечены медикаментами и расходными материалами, необходимыми для оказания услуг паллиативной помощи, из средств фондов обязательного медицинского страхования, предназначенных для этой цели, 6% больниц сообщают о других источниках - благотворительные пожертвования, неправительственные организации и т. д., а одна больница (3%) подтвердила, что использует средства фонда обязательного медицинского страхования с другим назначением.

Ответ на вопрос «Есть ли у Национального фонда социального страхования финансирование для таких услуг?» был единодушным: *«Нет, у нас нет никакой поддержки из НКСС, если повезет, НПО могут помочь нам гуманитарной помощью».*

В беседах с руководителями больниц было указано, что одним из препятствий на пути развития этой области является тот факт, что случаев оказания хронических услуг, включая паллиативную помощь, заключенных по контракту, не так много, такие отделения не окупаются, а медицинский персонал не мотивирован для переквалификации.

Как врачи системы первичной медицинской помощи, так и те, кто работает в больнице, указывают, что учредитель больницы, которым обычно является орган местной публичной власти, никоим образом не способствует развитию служб паллиативной помощи.

### 5.3. Оценка паллиативной помощи оказываемой в районных больницах

Для того чтобы максимально представить положение дел в области предоставления паллиативной помощи, организованной на уровне больничных учреждений, были применены два инструмента сбора данных: заполнение анкеты руководителями всех районных больничных учреждений и непосредственное наблюдение путем случайных посещений на местах с проведением собеседований с некоторыми руководителями больниц.

#### *Доступность паллиативной помощи на районном уровне*

После посещения более 8 районных больниц в стране не было выявлено ни одного отдельного отделения паллиативной помощи. Формой организации служб паллиативной помощи в районных больницах является размещение коек паллиативной помощи в отделениях хронических заболеваний, паллиативной помощи и гериатрии в количестве от 1 до 10 коек. В 3 районных больницах данные койки размещены параллельно в других отделениях, одна больница сообщила, что такие кровати есть только в других отделениях.

В одной из больниц авторы исследования заметили на дверях двух палат указатели с надписью «Паллиативная помощь», наличие такого рода указателей является стигматизирующей практикой и нарушением конфиденциальности пациента.

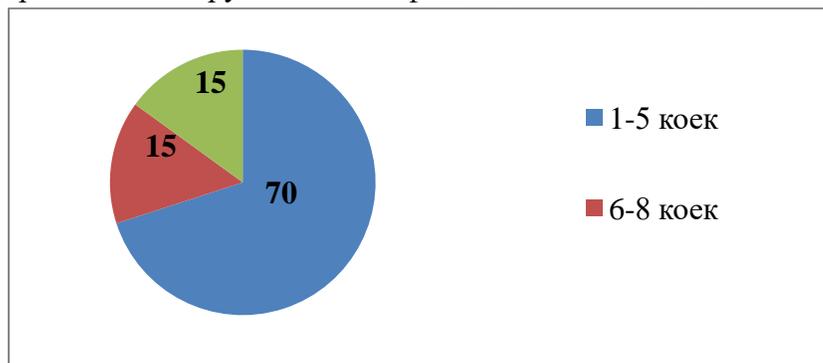


Рисунок 5.1 Способ организации оказания паллиативных услуг на уровне районных больниц, расположенных в отделениях для хронических заболеваний, (%)

Отделение пациентов-получателей паллиативной помощи от хронических пациентов осуществляется путем предоставления свободных палат. Врач из отделения объяснил: «Мы стремимся поместить пациента в отдельную палату».

В некоторых медицинских учреждениях чиновники ссылаются на то, что им не нужно много коек, потому что пациенты не хотят находиться в больнице и предпочитают уход на дому, рядом с родственниками и семьей. В одном из учреждений менеджер сообщил, что они сократили количество коек для паллиативной помощи с 10 до 3, поскольку в больнице отсутствовали запросы на указанные места. Другие менеджеры утверждали, что семейные врачи неохотно направляют паллиативных пациентов в больницу. В то же время в некоторых

учреждениях отмечается чрезмерный спрос на услуги паллиативной помощи. В таких случаях, по словам руководителя отделения: *«если в хроническом отделении очередь, то паллиативные пациенты имеют приоритет при госпитализации»*.

Что касается размещения кроватей для паллиативной помощи вместе с кроватями для хронических пациентов и гериатрии, мнения руководителей, участвовавших в исследовании, разделились. Некоторые менеджеры считают, что *«для оказания паллиативной помощи достаточно 7-8 коек, расположенных в отделениях хронических заболеваний»*, и что *«специалистов по уходу за хроническими пациентами достаточно для оказания помощи пациенту, находящемуся на паллиативном уходе»*. В то же время многие менеджеры считают, что: *«необходимо открыть специализированное отделение паллиативной помощи»*; *«Пациенты в паллиативной помощи умирают, им часто требуется особый уход, а то, что находятся в том же помещении с хроническими пациентами приводит к депрессии»*; *«В специализированном отделении услуга будет гораздо качественнее»*.

Собранные, согласно примененной в исследовании сетки, данные показали, что использование койко-мест паллиативной помощи в учреждениях районных больниц оценивалось менеджерами следующим образом: койки перегружены, что образует длинный лист ожидания (24%); недостаточно запрашиваемая услуга (50%) и используемые в достаточной мере места (26%).



**Рисунок 5.2 Оценка степени использования коек паллиативного ухода на уровне районных больниц (%)**

Палаты, предусмотренные для паллиативного ухода, как правило, малой площади, и не имеют специфической адаптации для терминального пациента. Количество коек в «паллиативной» палате варьирует от 2 до 4 коек.

Из собранных, согласно применяемой сетке, данных установлена площадь предоставленная для одной паллиативной койки. Так заявленная площадь на одну паллиативную койку по учреждению составляет: 4 м<sup>2</sup> – в 14 больницах (41%); 5 м<sup>2</sup> – в 2 больницах (6%); 6 м<sup>2</sup> – в 9 больницах (26%); 7 м<sup>2</sup> – в 3 spitale (9%); 8 м<sup>2</sup> – в 5 больницах (15%); 9 м<sup>2</sup> – в 1 больнице (3%).

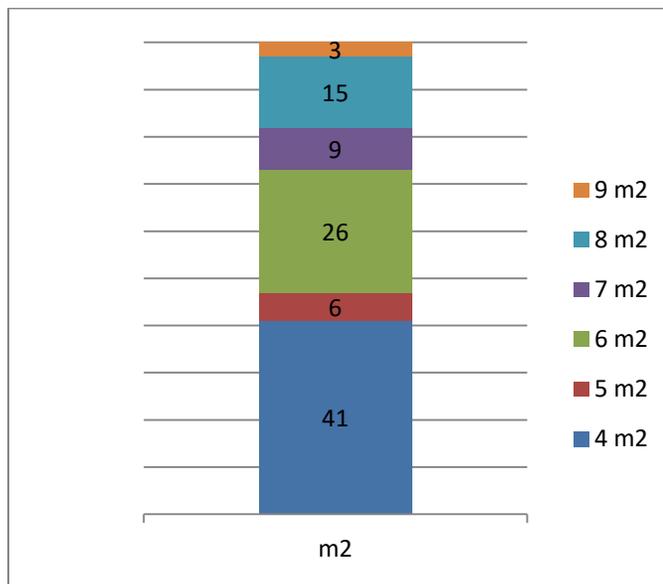


Рисунок 5.3 Площадь, выделяемая на одну паллиативную койку на уровне районных больниц (%)

В целом, отделения не оборудованы функциональными / регулируемыми кроватями в соответствии со стандартом с предусмотренными аксессуарами (матрас из 3 частей, гидравлический механизм и электрическое управление). Кроме того, на кроватях нет матрасов, препятствующих появлению пролежней, с моющейся поверхностью.

В большинстве посещенных палат не было перегородок, прикроватных тумбочек при каждой кровати, подвижных столиков для каждой кровати, моющихся медицинских кресел, шкафов для личных вещей пациентов, раковин.

Большинство посещенных отделений не оснащены собственной санитарной группой и не приспособлены к потребностям пациентов, с тем, чтобы обеспечить им легкий доступ в санитарные группы, в том числе для пациентов в инвалидных колясках. Ни в одном из посещенных медицинских учреждений не было обнаружено никаких звуковых или видео систем оповещения, позволяющих пациентам вызывать медицинский персонал.

Кроме того, не все отделения оснащены специальным медицинским оборудованием, относящимся к паллиативной помощи (например, инфузomat).

Санитарные группы для пациентов обычно включают в себя туалеты и душевые кабины, которые не подходят для данной категории пациентов. Не было выявлено лифтов для мобилизации пациентов, а также отдельного помещения для мытья, дезинфекции, сушки и хранения писсуаров, все медицинские принадлежности хранились в помещениях, где расположены санитарные группы. В большинстве посещенных больниц медицинских учреждений нет холодильных камер, специально предназначенных для временного хранения трупов.

Только в одном районном медико-санитарном учреждении есть мобильная группа, специализирующаяся на паллиативной помощи (Кахул), которая сформирована из

собственного персонала. В настоящее время данная группа организована и финансируется из источников НПО «Hospice of Nore», с намерением впоследствии перейти на контракт с НКМС.

Что касается наличия амбулатории по оказанию паллиативной помощи в районной больнице, ни в одном из этих учреждений нет такого отделения, которая была бы оснащена в соответствии с Национальным стандартом паллиативной помощи.

В беседах, проведенных с руководителями больницы, мы обнаружили сопротивление идее организации паллиативных амбулаторий и мобильной команды (бригады). Большинство менеджеров считают, что такие услуги не нужны на районном уровне: *«В настоящее время служба паллиативной помощи не требует организации амбулатории»; «Нет необходимости в такой амбулатории»; «Мобильные команды не могут охватить самые экстремальные ситуации паллиативной помощи».*

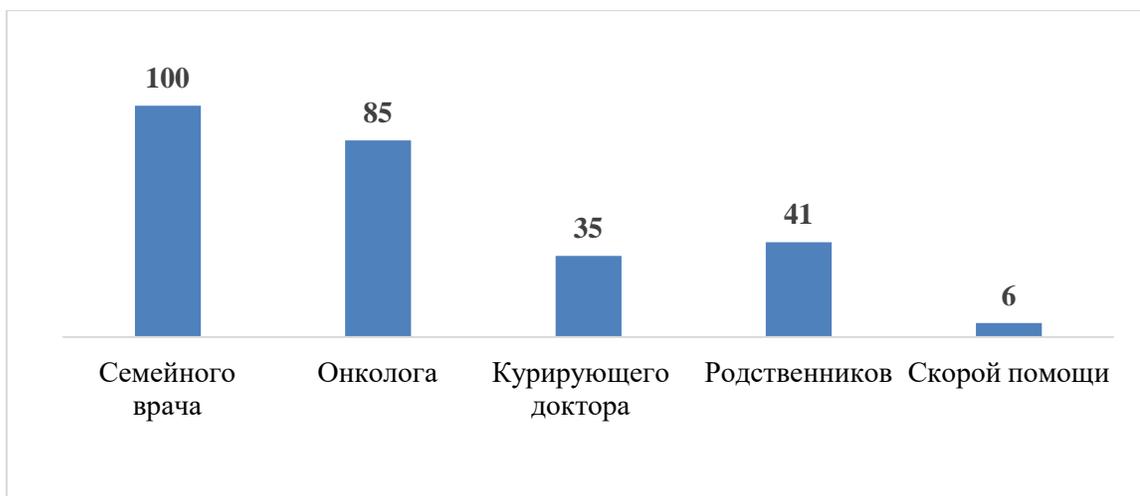
Большинство менеджеров признают недостатки в возможностях организации таких услуг на адекватном уровне по причине *«Недостатка места, нехватки подготовленных специалистов по паллиативной помощи», «Оплата услуг специализированных мобильных бригад не покрывает расходы - бензин, автомобиль, водитель, нужны хорошо обученные команды, готовые круглосуточно оказывать помощь».*

Такое негативное отношение со стороны менеджеров в отношении организации служб паллиативной ухода/помощи указывает на неправильное восприятие организации данной службы, роли каждого участника, а также на серьезные недостатки в обучении и информировании менеджеров в области управления паллиативной помощью, в соответствии с международными и национальными рекомендациями.

Положительное отношение к организации амбулатории паллиативной помощи при больнице и к последствиям возможности охвата паллиативной помощью пациентов на районном уровне высказано меньшинством, аргументы таковы: *«Я согласен, при условии, что в учреждении есть помещения и специалисты»*, *«необходимо организовать, это уменьшит количество госпитализированных пациентов и соответственно, будут сокращены расходы»*, *«амбулатория должна быть организована во всех больницах, при отделениях хронической заболеваний»*, большинство, те, кто против, имеют следующие контраргументы: *«в условиях амбулатории паллиативная помощь должна предоставляться только семейным врачом»*, *«в такой амбулатории нет необходимости»*, *«отсутствие места и подготовленных специалистов по паллиативной помощи».*

### ***Доступность паллиативной помощи в отделениях больницы***

Госпитализация пациентов, как правило, осуществляется через направление от семейного врача. Из информации, представленной в анкете, следует, что пациенты поступают в больницу на паллиативную койку с направлением от семейного врача (100%), врача-онколога (85%), курирующего врача (35%), по просьбе родственников (41%) и через службу срочной медицинской помощи (6%).



**Рисунок 5.4** Способ госпитализации больного для оказания паллиативной помощи (по направлению специалиста или по инициативе) (%)

Однако некоторые должностные лица из больниц указали на то, что семейные врачи не оттягивают направление в больничные учреждения, избегая тем самым проведение базовых медицинских обследований пациентов, рекомендуя пациентам воспользоваться услугами скорой медицинской помощи. Соответственно, все расходы на медицинские исследования несет больничное медицинское учреждение.

В то же время упоминалось, что семейные врачи не указывают в направлениях, что пациент нуждается именно в паллиативной помощи. Врач объяснил нам: *«они пишут в разделе рекомендации, просто для «лечения хронических заболеваний»*.

Из опросных таблиц, заполненных руководителями больниц, мы видим, что некоторые из них считают, что существует постоянная связь с первичной медициной, создается лист ожидания на основе запросов семейных врачей (79%), в то время как другие руководители так не считают, в этом случае семейный врач дает направление и пациент обращается непосредственно в больницу для оказания паллиативной помощи (21%).

Пациенты с раковыми болями из районов направляются, как правило, врачом-онкологом.

На вопрос, знает ли население в районах о доступе к услугам паллиативной помощи, большая часть руководителей ответила, что население знает, о чем свидетельствуют частые обращения родственников серьезных и неизлечимых пациентов (70%) или пациенты, которые самостоятельно обращаются к семейному врачу за направлением. Однако каждый пятый менеджер (21%) считает, что население не знает о доступных услугах паллиативной помощи, и практически каждый десятый менеджер убежден, что население знает, но не прибегает к этой услуге.

По словам руководителей больниц, в среднем количество госпитализаций в год пациентов, получающих паллиативную помощь, достигает 500-600 пациентов. Основываясь на данных, представленных в ходе исследования, мы наблюдаем тенденцию к увеличению

числа пациентов, получавших паллиативную помощь на уровне районных больниц в последние годы.

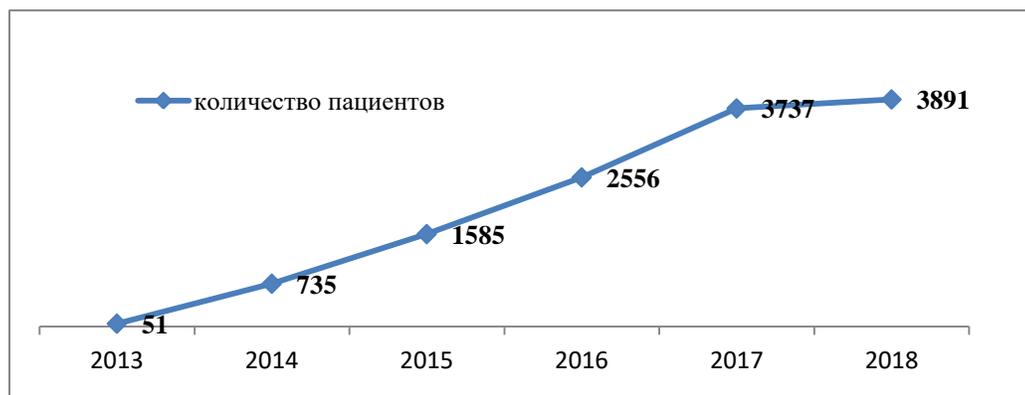


Рисунок 5.5 Количество пациентов, прошедших паллиативное лечение на уровне районных больниц

Срок госпитализации для паллиативных пациентов составляет 30 дней в год, что, по мнению медицинских работников, является «бесмысленным». Например, случай пациента, имеющего право на паллиативную помощь, который был госпитализирован в течение 40 дней согласно необходимости. НКМС оплатила только 30 дней, расходы на следующие 10 дней могли быть и были оплачены после перевода данного пациента в категорию «хронических пациентов». Заведующий отделением признался: *«По человечески, мы не можем выгнать их на улицу, если мы увидим, что они страдают, мы перенаправляем пациента в гериатрическое отделение или в отделение хронических заболеваний»*.

Таким образом, в случае острой необходимости, когда данный срок (30 дней) превышен, поставщики услуг должны искать решения для покрытия расходов на следующие дни, пытаясь самостоятельно избежать барьеров, наложенных системой.

Приоритетно госпитализируются на паллиативное лечение лица с онкологическими заболеваниями, поскольку, со слов некоторых респондентов, *«сами сотрудники НКМС дали неофициальные указания о том, что только пациентов с онкологией следует допускать к паллиативным услугам»*.

Таким образом, из следующей таблицы мы видим, что онкологические пациенты принимаются во всех больничных учреждениях (100%), в то же время только 70% учреждений принимают неизлечимых неонкологических пациентов, обычно тех, которые переведены из других отделений больницы.

**Пример:**

Пациент, лицо без определенного места жительства, без медицинской страховки, был госпитализирован, зимой, в порядке оказания скорой помощи, на койку хронических заболеваний, несмотря на то, что нуждался в оказании паллиативной помощи. Данный пациент, до стабилизации своего состояния проходил курс лечения как пациент с

хроническим заболеванием, за счет больницы.

*Руководитель учреждения сказал: «Обычно социально-уязвимые люди не очень тщательно контролируются и посещаются семейными врачами, и из-за этого они попадают в тяжелых /декомпенсированных состояниях в больницу, тогда, когда нуждаются в паллиативной помощи. Первичная медицина не способствует предотвращению подобных ситуаций ... а мы должны решать все осложнения, а в действительности необходимо работать над профилактикой ... »*

В некоторых больницах мы выявили случаи, когда существует очень узкий спектр состояний, которые допускаются для госпитализации пациента в паллиативном режиме, а именно: пролежни, диспнея, аллергический синдром и раковые интоксикации. Медицинский персонал признает, что спектр состояний довольно узок и нуждается в расширении. Такой вывод свидетельствует о том, что медицинский персонал не знает и, следовательно, не соблюдает действующие нормативные акты.

Что касается многопрофильных бригад, которые, согласно Стандарту, должны существовать в больничных медико-санитарных учреждениях, где нет отдельного подразделения паллиативной помощи, установлено, что таковые отсутствуют. Большинство руководителей ссылаются на нехватку персонала: *«Сотрудники, которые у нас есть в этих отделениях, больше относятся к помощи при хронических диагнозах, а не к паллиативной помощи, не говоря уже о невозможности найма психолога или кинетотерапевта!»;*

Другой менеджер рассказал в контексте данной темы: *«У нас большой дефицит медсестер, около 27 вакантных должностей. На данный момент у нас нет обученных в области паллиации врачей, потому что тот, кто был обучен, находится в отпуске по уходу за ребенком».*

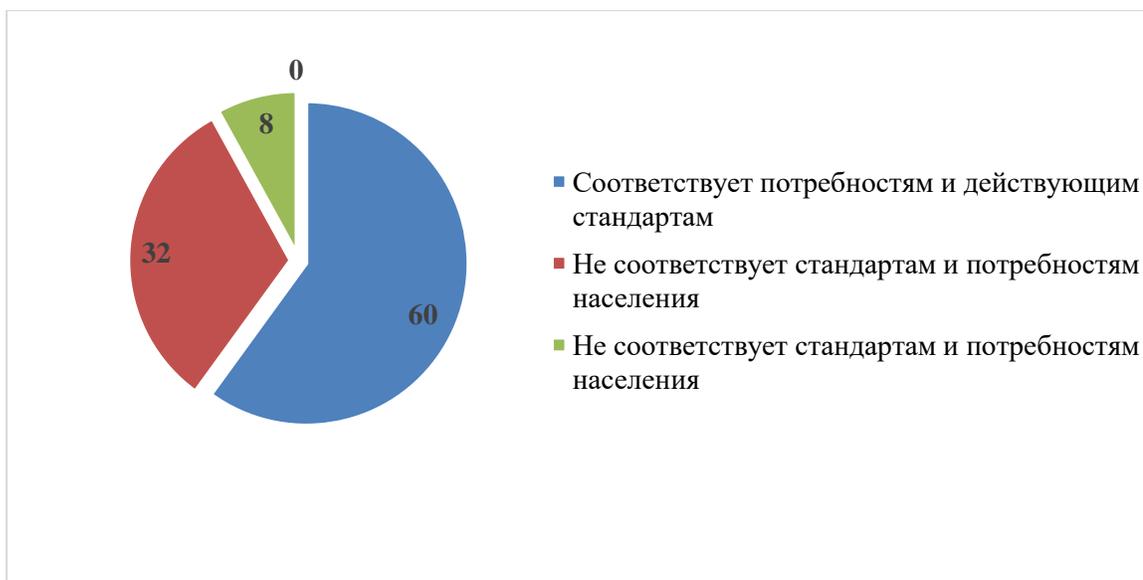
В другом учреждении мы определили, что из 22 необходимых единиц медсестер заняты только 10. По этой причине новое отделение по оказанию хронической / паллиативной помощи, отремонтированное год назад, не может быть открыто (*фотографии прилагаются*).

Еще одна проблема - это недостаток транспортных средств для мобильных бригад: *«Если у нас одна машина на больницу, как ехать?».*

Хорошим примером в этом отношении может служить опыт районной больницы Кахул, которая, при внешней финансовой поддержке (Фонд Hospice of Hope), создала такую команду. Мы констатировали, что в только в данном учреждении работает социальный работник и имеется междисциплинарный подход к услугам, оказанным паллиативному пациенту. Проект предоставил команде автомобиль, что значительно облегчает доступ к пациентам.

### **Обеспечение качества паллиативной помощи в районных больницах**

На просьбу дать оценку качества услуг паллиативной помощи в больнице, 22 руководителя (60%) заявили, что она соответствует потребностям и действующим стандартам; не соответствует стандартам и потребностям населения, считает 12 респондентов (40%), из которых 3 человека (8%) придерживались других мнений (не соответствует контрактному финансированию).



**Рисунок 5.6 Оценка качества паллиативных услуг, предоставляемых районными больницами, (%)**

В ходе обсуждений с руководителями и сотрудниками отделений, где предоставляется паллиативная помощь, мы рассмотрели вопрос об уровне соответствия Национальному стандарту паллиативной помощи. Однако, несмотря на высокий процент тех, кто сообщил о стабильном качестве услуг (60%), только в нескольких случаях в ходе обсуждений было заявлено, что *«Национальный стандарт паллиативной помощи полностью внедряется в больнице»* и *«Пациенты пользуются этими услугами, и большинство из них удовлетворены»*. Однако в большинстве случаев нам говорили, что *«Стандарт частично выполняется, его необходимо изменить, приспособить к современным реалиям»*; *«Не хватает подготовленных специалистов, как врачей, так и медсестер»*; *«Действующие национальные клинические протоколы и Национальный стандарт паллиативной помощи по некоторым позициям не согласованы»*.

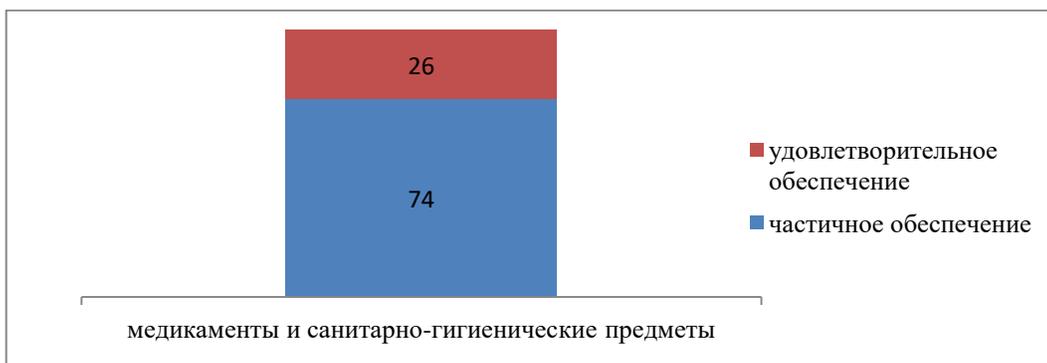
Это расхождение во взглядах также наблюдается в ответах на другие вопросы в количественном исследовании. Половина руководителей больничных учреждений (50%) считают, что стандарты внедрены. Практически каждый четвертый (24%) из респондентов считает, что стандарты применяются частично или в сочетании с другими протоколами, а другая четверть (26%) руководителей признали, что стандарты не реализуются в их учреждениях.

Одним из основных принципов паллиативной помощи является многосторонний подход к пациенту. Таким образом, психологическое консультирование, духовная поддержка являются важными моментами в конкретной помощи таким пациентам. В ходе исследования мы выявили, что в более чем половине (59%) районных медицинских учреждениях нет психолога; практически только в одной трети учреждений (35%) работает психолог, но он не обучен паллиативной помощи; и только в 2 учреждениях (6%) работает специалист-психолог со специальной подготовкой по паллиативной помощи, который предоставляет непосредственное консультирование пациенту и его семье.



**Рисунок 5.7** Наличие службы психологического консультирования пациентов в паллиативной помощи на уровне районных больниц (%)

Что касается уровня обеспечения лекарствами и расходными материалами, необходимыми для оказания услуг паллиативной помощи, мы определили удовлетворительный уровень обеспечения в 74% случаев, в то время как в 26% случаев имеется частичное обеспечение лекарствами и расходными материалами (9 учреждений).



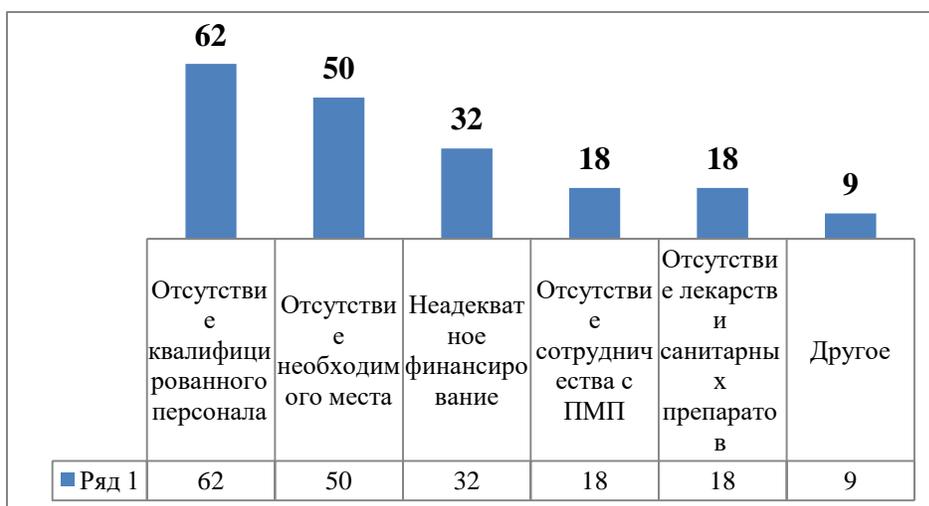
**Рисунок 5.8** Степень обеспечения медикаментами и санитарно-гигиеническими предметами для оказания паллиативной помощи на уровне районных больниц, (%)

Сотрудники отделений паллиативной помощи подтвердили, что они обеспечены в достаточной мере опиоидами. Однако мы не смогли идентифицировать ни одну районную больницу, где имелись бы опиоиды в таблетках. Врачи работают только с инъекционной формой опиоидов. На наш вопрос, касающийся отказа работать с опиоидами в таблетках, мы не смогли получить каких-либо четких объяснений, были указаны причины, такие как «*Так привыкли ...*» или «*Я не знал, что у нас также могут быть опиоиды в форме таблеток*».

Потребность в опиоидных анальгетиках на следующий год оценивается ежегодно в первом семестре руководителем службы паллиативной помощи в соответствии с методическими рекомендациями «Оценка потребностей в опиоидах, используемых в паллиативной помощи».

Годовая заявка направляется медицинским учреждением до 1 мая года управления в МЗТСЗ, которое направляет заявку в специализированные подразделения, ответственные за планирование и организацию централизованных процедур закупок.

Административному персоналу больниц в анкетах было предложено определить препятствия, с которыми они в настоящее время сталкиваются в процессе предоставления качественных услуг в области паллиативной помощи. Из полученных ответов были отмечены следующие препятствия в организации служб паллиативной помощи в учреждениях: отсутствие квалифицированного персонала паллиативной помощи (62%); отсутствие места для обеспечения соответствия действующим стандартам (50%); отсутствие/нехватка средств, адекватного финансирования (32%); отсутствие сотрудничества с первичной медико-санитарной помощью (18%); отсутствие/нехватка лекарств и расходных материалов (18%), другие (9%), среди них ограниченное сроком только на 30 дней в год финансирование, когда нужды пациента и родственников в реальности составляют более длительные периоды; НКМС заключает договор на определенное количество случаев; медицинский персонал не мотивирован повышать свой уровень квалификации; отсутствие поддержки со стороны общества, не развито волонтерство в этой сфере.



**Рисунок 5.9** Препятствия в организации услуг паллиативной помощи на уровне районных больниц, (%)

Следует отметить, что эти препятствия были также описаны в ходе обсуждений с руководителями или персоналом отделений, где осуществляется паллиативная помощь. Один врач с сожалением сказал нам: *«В настоящее время на районном уровне не ведется адекватного сотрудничества для обеспечения непрерывности предоставления качественных услуг паллиативной помощи пациентам на территории и пациентам, выписанным из больницы, что серьезно влияет на качество обслуживания этих пациентов».*

В части, касающейся получения согласия от недееспособных лиц на лечение, все менеджеры указали, что согласие дают родственники. На вопрос, как поступают, когда у пациента нет родственников, было указано, что: *«Если нет, мы лечим их без согласия, подписываются для обеспечения защиты данных и всё».*

## 5.4. Паллиативная помощь в Городской Клинической Больнице № 4 в Кишинэу

Эта больница является единственным медико-санитарным учреждением в стране, в котором есть отделение паллиативной помощи. Команда Офиса Народного Адвоката посетила данное учреждение, в ходе которого было установлено, что здание учреждения очень старое, построено в восемнадцатом веке и считается «историческим памятником». Инфраструктура больницы не соответствует современным стандартам организации больничного учреждения для людей с особыми потребностями, таких как те, кто нуждается в паллиативной помощи.

Условия в отделении совершенно непригодны для пациентов, находящихся на паллиативном лечении. Отделение паллиативной помощи расположено в отдельном двухуровневом блоке, но в нем нет лифта для мобилизации пациентов и он не приспособлен к их потребностям в мобильности, что затрудняет деятельность медицинского персонала. Несмотря на то, что есть ванная комната и стул, адаптируемый для пациентов, на основании наблюдений на месте мы пришли к выводу, что он не используется в соответствии с назначением или используется редко. Согласно заявлениям сотрудников учреждения, в летнее время для гигиены пациента, как правило, используются одноразовые влажные салфетки.

Также не хватает места для мытья, дезинфекции, сушки и хранения писсуаров. Туалет также не соответствует потребностям данных категорий пациентов. В помещениях отсутствует система вентиляции, а внутри палат стоит невозможный запах.

Отделение рассчитано на 30 коек, которые, по словам ответственных лиц, *«всегда заняты»*. На момент посещения были госпитализированы 32 пациента. Годовой поток составляет около 600 пациентов.

Количество мест в залах варьируется от 4 до 7 коек. Перегородки между кроватями отсутствуют. Пациенты в терминальных состояниях, находятся в сложных моральных ситуациях, проходят через унижающие достоинство ситуации, в палатах отсутствуют базовые условия для уважения достоинства и близости человека.

Из-за перенаселения палат, пациентам приходится терпеть крики/стоны боли других пациентов в той же палате.

Большинство кроватей не соответствуют стандартам, только некоторые из них имеют механизмы электрической мобильности. Но они не подключены к электричеству, из-за недостаточного количества розеток в палатах. Специальные матрасы, предотвращающие появление пролежней, отсутствуют. Нет инфузоматы на кровать/пациента, а также системы подачи кислорода к каждой кровати.

По словам руководителя учреждения, в отделение поступают пациенты с хроническими заболеваниями (рак, сердечная недостаточность, переломы костной системы и др.). Бенефициарами больницы являются пациенты со всей страны, направляемые специалистом с места проживания.

Обычно существует лист ожидания для госпитализации, который во многом зависит от выписки пациентов. Паллиативная помощь предоставляется только на 30 дней на одного пациента в год по цене, оговоренной НКМС.

По истечении 30-дневного срока, если лицо все еще нуждается в паллиативной помощи, по словам менеджера, *«помощь предоставляется за оплату в размере 343 лей за койко/ день»*.

Если у человека нет родственников, иногда платит местная публичная администрация. *«Для холодного периода года у нас есть указание оказывать помощь бездомным, но это нечто общее, без указания паллиативной помощи»*, - пояснил руководитель учреждения.

В отделении паллиативной помощи работают 3 доктора с опытом работы, но без специализации в области паллиации. Только один врач прошел обучение по специализированной программе. Из необходимого количества медсестер (5) работает только три и три санитарки. Медсестры прошли обучение в области паллиативной помощи в Брашове, Румыния. В учреждении не хватает психолога и носильщиков.

Менеджмент боли осуществляется профильным врачом реаниматологом-анестезиологом из учреждения, объяснение следующие: *«Врачи имеют опыт работы только с инъекционной формой»*. Не делаются запросы на опиоиды в таблетках. Покупки осуществляются через ЦГЗЗ. Согласно заявлениям, больница выбирает формы опиоидов из списка, предложенного ЦГЗЗ.

Имеется нехватка расходных материалов/ кишечных стом. *«Мы попрошайничаем у Hospice of Hope. Те, которые предлагает Онкологический Институт, недостаточны или не соответствуют по размерам»*, - сказал нам врач из отделения.

Планирование расходных материалов и устройств передается в Центр по Государственным Закупкам в Здравоохранении который закупает их централизованно. Медицинских устройств недостаточно, а существующие не адаптированы к требованиям паллиативной помощи. Менеджер объяснил нам ситуацию: *«Ультразвуковое устройство изготовлено в 2005 годом, и рентгеновый аппарат отсутствует, услуга была передана на аутсорсинг»*.

Также отсутствует специальное холодильное помещение, предназначенное для временного хранения трупов. Кроме того, тела умерших людей выносятся через центральный вход в больницу, все это на глазах у пациентов и их родственников /посетителей.

Команда авторов обнаружила отсутствие базы данных пациентов с разбивкой по категориям заболеваний, развития их болезни на каждом этапе лечения, включая возраст и пол пациента.

По словам администрации больницы, в 2018 году учреждению предстояло пройти процедуру аккредитации, что было обусловлено определенными несоответствиями.



## 5.5. Педиатрическая паллиативная помощь на уровне больничных учреждений

Несмотря на то, что в справке МЗТСЗ упоминается, что районные больницы госпитализируют пациентов с проблемами ухода в педиатрических отделениях в районах, по необходимости, в ходе исследования мы определили, что в районных лечебно-санитарных учреждениях услуги паллиативной помощи детям не предоставляются. Руководители учреждений отметили, что отдельного финансирования для детей в паллиативной помощи не существует, и НКМС заключает контракты на услуги по паллиативной помощи, без разграничения между пожилыми и детьми. Таким образом, нет возможности рассчитать потребности и расходные материалы для детей в паллиативных условиях. В то же время, ситуация обусловлена тем, что отсутствуют междисциплинарные команды, специально созданные и обученные для оказания паллиативной помощи детям, кроме помощи, предоставляемой в Онкологическом Институте. Я также обнаружил, что ни в одном больничном учреждении нет психолога, специализирующегося на педиатрической паллиации.

## ПМСУ Институт Матери и Ребёнка

Из предоставленной НКМС информации<sup>82</sup>, следует, что с ПМСУ Институт Матери и Ребёнка подписан договор на лечение хронических педиатрических заболеваний с 2016 годаб что указано в таблице.

**Таблица 5.1. Койко/дни, оплачиваемые по контракту НКМС, Институту Матери иРебёнка**

<b>Год</b>	2016	2017	2018
<b>Койко/день</b>	209	2091	699

Во время посещения этого учреждения выяснилось, что отсутствуют специальные кровати для паллиативной помощи. Администрация учреждения отметила, что в настоящее время в нашей стране отсутствует четкое регулирование концепции педиатрической паллиативной помощи. Кроме того, нет четкого разделения между помощью детям, имеющим право на паллиативную помощь, и детям, находящимся в режиме интенсивной терапии.

*«Есть дети, которым нужно только обслуживание, подключение к устройству искусственной вентиляции. Соответственно, у нас они поступают в реанимацию, а в действительности они - пациенты паллиативной помощи»,* - сказал нам представитель администрации учреждения.

В то же время отмечен ежегодный рост числа детей, нуждающихся в паллиативной помощи, как с онкологическими, так и с неонкологическими заболеваниями.

Во время посещения 4 неизлечимых ребенка находились на паллиативном уходе и были помещены в отделение реанимации и интенсивной терапии, подключенные к устройствам для вентиляции легких. Врачи в отделении подтвердили, что за этими детьми ухаживают ежемесячно, около года и более за каждым. Такое положение дел создает много проблем в деятельности отделения, которое призвано оказывать помощь детям в острых, угрожающих жизни ситуациях. Постоянное подключение 4 устройств искусственной вентиляции к детям в неизлечимых состояниях создает серьезные препятствия в предоставлении такого оборудования, когда большее количество детей попадает в сложные ситуации, которые требуют подключения к устройствам для поддержания жизненно важных функций.

Врач из Отделения Интенсивной Терапии объяснил: *«Эти дети остаются с подключенными к устройствам годами, как пациенты для паллиативной помощи, но у них есть особая интенсивная терапия. Таким образом, если к такому устройству необходимо срочно подключить другого пациента, больница не может справиться.»*

Стоимость одного паллиативного случая, по договору, заключенному с НКМС, составляет 343 лей, но, учитывая, что таких детей обычно помещают в отделение интенсивной терапии, расходы по каждому случаю намного превышают данную сумму.

<sup>82</sup> Справка, предоставленная НКМС о медицинских учреждениях, с которыми подписан договор на паллиативные услуги, включительно койко/дни в период 2014-2019 годов;

Представители учреждения подчеркнули плохое сотрудничество с другими больничными медицинскими учреждениями в случаях направления на лечение неизлечимых детей: *«Было бы хорошо, если бы через какое-то время их переводили бы в детский хоспис, но сейчас такая возможность отсутствует. Родители отказываются от возможностей существующих на данный момент потому, что он считает, что в больнице будет лучше уход. Но мы являемся больницей 3-го уровня, у нас другой уровень медицинской помощи ...»*

Администрация учреждения предоставила нам подробную информацию о серьезном положении дел с финансированием помощи оказываемой этим детям. Поскольку отсутствуют механизмы для заключения контрактов и финансирования паллиативных случаев, учреждение обратилось в НКМС с тем, чтобы валидировать случаи как случаи хронических пациентов. НКМС, однако, отказался платить, считая их недействительными, потому что хронический случай может быть госпитализирован максимум на 30 дней, после чего следует выписка и, только после определенного периода, повторная госпитализация. Конечно, врачи не могут выписать ребенка, подключенного к устройству, для поддержания жизненно важных функций. С одной стороны, нет медицинского учреждения, куда эти дети могли бы быть переведены, с другой стороны, выписка ребенка означала бы его отключение от устройства, что означает эвтаназию - деяние, запрещенное действующим законодательством. Соответственно, эти дети остаются подключенными в течение нескольких месяцев в отделениях интенсивной терапии больницы, причем все расходы оплачиваются больницей, а стоимость койко/дня оценивается в 982 лей. Однако эти расходы отражаются в значительных суммах как дефицит в бюджете учреждения, у которого нет других дополнительных источников, кроме оплаты НКМС случая лечения. Администрация больницы предоставила нам конкретные данные о положении дел с госпитализацией 10 детей нуждающихся в паллиативной помощи (например, спинальная амиотрофия, медуллярная киста, вегетативное состояние, пневмофиброз, нарушения развития дыхательной системы и проч.) в возрасте от 3 месяцев до 13 лет, которые были госпитализированы на разные периоды, от нескольких месяцев до полутора лет. Расходы по этим 10 случаям составляют около 127 тысяч лей, которые в настоящее время не валидированы НКМС по вышеуказанной причине.

Таким образом, из-за отсутствия четких правил со стороны НКМС, ясного механизма заключения договора и финансирования случаи педиатрической паллиативной помощи, серьезно пострадали бюджет и вся деятельность очень важного в стране учреждения в системе педиатрического здравоохранения.

Однако, администрация учреждения заверила нас, что они очень заинтересованы в том, чтобы открыть отделение паллиативной помощи, с отдельным персоналом, хорошо обученным в области паллиации, с четкими механизмами финансирования и заключения контрактов с НКМС, что приведет к нормальному функционированию больницы в целом.

### **ПМСУ Городская Детская Больница «В. Игнатенко» мун. Кишинэу**

Несмотря на то, что данное учреждение было аккредитовано 30 ноября 2018 года для оказания паллиативных услуг (2 койки), они не были включены в заключенный с НКМС

контракт. И в этом учреждении, как и в случае с медико-санитарных учреждениях, такие услуги предоставляются, дети принимаются под разными «предлогами», либо в отделение хронических заболеваний, либо в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ).

Администрация учреждения поделилась с нами серьезными проблемами, возникшими при отчетности по данным случаям. Несмотря на то, что с 2017 года паллиативные койки этого учреждения были включены в реестр, и такие услуги предоставлялись определенному числу пациентов, НКМС отказалась их валидировать. В качестве доказательства нам был представлен запрос учреждения от 01.08.2018г., направленный в НКМС о валидировании и выплате суммы в **200 тысяч лей** по хроническим случаям (включая детей, получающих паллиативную помощь). Администрация больницы просила выплатить эту сумму дополнительно к сумме первоначального контракта, поскольку хронические случаи не были включены в контракт, а учреждение было вынуждено госпитализировать и оказывать помощь таким детям. К сожалению, НКМС представил неопределенный ответ, отказавшись возместить эти деньги, из-за отсутствия финансовых средств. Такие ситуации создают серьезные финансовые проблемы для учреждения, которое должно оплачивать эти расходы за счет других статей бюджета, что влияет на надлежащую деятельность больницы.

Самая серьезная проблема, по мнению представителей руководства учреждения, заключается в том, что до сих пор отсутствует механизм отчетности/финансирования хронических/паллиативных случаев, разработанный НКМС. Если отчетность по острым случаям регистрируется через систему DRG и, соответственно, проверяется и финансируется, то дела обстоят намного хуже с данной точки зрения для хронических заболеваний и паллиации.

Учреждение открыто для предоставления услуг паллиативной помощи, но при условиях, которые НКМС четко укажет в контракте на 2020 год, в том, что касается отчетности и финансирования паллиативных случаев.

На момент посещения отделения РИТ на паллиативном лечении находились 3 пациента. В этом учреждении мы также обнаружили частое использование устройств искусственной вентиляции легких в отделении РТИ для детей, находящихся на паллиативном лечении. Больница оснащена 2 устройствами искусственной вентиляции легких. В это время один из детей был связан с ребенком, на паллиативном лечении (только для поддержания искусственного дыхания). Врач из отделения признался нам: *«В такой ситуации неотложно госпитализированный ребенок с шансами на выживание не может быть подключен к соответствующему устройству, что неправильно. Были случаи, когда 3 ребенка были подключены к 2 устройствам, 2 ребенка были подключены на месяц».*

По этой причине задача специалистов состоит в том, чтобы пациенты, имеющие право на паллиативную помощь, принимались на госпитализацию и содержались либо в отдельном отделении, либо в специализированном центре. Основной проблемой, с точки зрения медицинского персонала, участвующего в обсуждениях, является отсутствие специализированного учреждения на национальном уровне, учреждения, обеспечивающего предоставление услуг педиатрической паллиативной помощи.

Администрация учреждения объяснила несправедливую ситуацию, в которой находится эта больница так: *«Стоимость лечебного случая определяется НКМС. Из всех детских больниц этой больнице платят меньше всего. Мы не знаем, по каким причинам! При одинаковых расходах, НКМС оплачивает по-разному! Соответственно, такие случаи, когда дети получают паллиативное лечение, представляют собой финансовое бремя для учреждения. Более того, большая продолжительность госпитализации пациента влияет на показатели деятельности учреждения. Стандартный показатель, который должен быть достигнут, составляет 6,5 дней. Имея детей на длительном лечении, мы должны писать в министерство объяснения по поводу нарушения показателей, установленные нормативы по времени... А что делать? Выгонять их из больницы? Другим показателем больницы является смертность. Конечно, неизлечимые дети, госпитализированные у нас, остаются здесь до конца... Это существенно влияет на нашу статистику, а также на имидж учреждения. Никто не учитывает, что мы оказываем паллиативную помощь».*

Озабоченность руководителей больницы обусловлена тем, что медицинский персонал учреждения, занимающегося уходом за неизлечимыми детьми, перегружен, также он не имеет подготовку в области паллиативной помощи.

### ПМСУ Онкологический Институт

По данным НКМС, Онкологический Институт заключил договор на оказание услуг паллиативной помощи, начиная с 2016 года.

**Таблица 5.2. Койко/дни оплачиваемые по договору с НКМС в ПМСУ Онкологическом Институте**

Год	2016	2017	2018
<b>Койко/день</b>	<b>261</b>	<b>510</b>	<b>695</b>

Дети с онкологическими заболеваниями поступают на паллиативную помощь в педиатрическое отделение. Руководитель соответствующего отдела прошла обучение по паллиации.

## VI. ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЙ НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

### 6.1. Учреждения типа хоспис

#### Общественная организация Хоспис «Глория», Чадыр-Лунга

Хоспис был открыт в 2013 году при финансовой поддержке немецкой ассоциации «Wort und Tat». Он рассчитан на 19 коек, которые постоянно заняты. На момент посещения в хосписе размещен 21 пациент. Пациенты размещаются по 2-3 в салоне.

Людскими ресурсами, обеспечивающими деятельность хосписа, являются в среднем 24 человека, из которых 6 медсестер, 6 санитарок и 1 врач с терапевтическим профилем.

Медицинский персонал постоянно обучается у своего куратора из Германии.

С момента открытия хосписа проводилась активная информационная работа среди медицинских центров и больниц на всей территории Республики Молдова. Об открытии было информировано МФ, приемные отделения в больницах и Онкологический Институт.

Из информации, сообщенной представителем хосписа, в учреждении преобладают онкологические пациенты *«потому что наибольшее страдание - это онкологическая боль»*. Остальные категории пациентов составляют около 3-4%. Управление болью осуществляет врач-терапевт хосписа.

Период госпитализации в хосписе определяется индивидуально для каждого пациента, в соответствии с его потребностями. Например, один из пациентов находился в хосписе в течение 6-ти месяцев.

*«Есть пациенты, которые чувствуют себя лучше на некоторое время и просят выписаться, где они немного побывают с семьей, а затем вернуться»*, - сказал нам врач из учреждения.

По словам представителей учреждения, расходы по обеспечению деятельности несет учредитель из Германии и лишь небольшая часть (посещения на дому) оплачиваются ФАОАМ. Согласно официальным данным, представленным НКМС, договор с данным хосписом подписан в 2015 году, договор предусматривает оплату паллиативных услуг мобильной команды (бригады) и услуг в условиях стационара, общие расходы составляют:

**Таблица 6.1. Услуги, оплачиваемые по контракту с НКМС, предоставляемые Хосписом «Глория», Чадыр-Лунга**

Год	2015	2016	2017	2018	2019
лей	419 235,30	422 694	414 103,60	431 312,65	431 312,65

## Хоспис в селе Зубрешть, района Стрэшень

Общественная Организация «Prosperare» из села Зубрешть начала свою деятельность в 2006 году при финансовой поддержке штата Северная Каролина. Хоспис предоставляет услуги по уходу на дому в отделениях с кроватями, вместимостью 15 коек.

В учреждении работают 5 медсестер и 2 доктора. По словам сотрудников учреждения, в хосписе преобладают онкологические больные, но у них также есть больные с инсультом и циррозом.

На данный момент большая часть расходов на услуги, предоставляемые учреждением, включая вознаграждение персонала, покрывается контрактом с CNAМ.

Согласно сообщенной в ходе обсуждений информации, НКМС нанимает хоспис для предоставления паллиативных медицинских услуг в стационарных условиях с количеством койко-мест, например, в 2018 году, составляющих около 4400 дней / койка, для 329 пациентов. Лимит на одного пациента составляет 30 дней в году, а стоимость койко/места составила 331 лей.

Нам сообщили, что в учреждении не проводится менеджмент боли. Доза опиоида устанавливается только онкологом, и пациент поступает уже с этой установленной дозой. Один из врачей объяснил: *«Если в то же время необходимо увеличить дозу, врач из хосписа согласует этот шаг с онкологом. Родственники приходят с ампулами морфина, полученными от семейного врача, по выписанному онкологом рецепту. Медицинский персонал только проводит лечение (выдает пациенту) опиоиды».*

## Хоспис в селе Исакова, район Орхей

«Casa Angelus» представляет первый Центр детской паллиативной помощи, открытый летом 2017 года в селе Исакова района Орхей Хосписом Angelus Moldova. Миссия Центра «Casa Angelus» - оказывать медико-социальную помощь в течение не менее 14 дней детям с прогрессирующими и прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями с возможностью реинтеграции.

«Casa Angelus» может принять до 15 детей, в случае необходимости, вместе со родителем или других ухаживающим за ребёнком лицом. Услуги, предлагаемые Центром «Casa Angelus», абсолютно бесплатны и предназначены для детей со всей республики. Работу начали с ухода за 3 детьми, детей взяли с домашнего ухода в Кишиневе.

В учреждении работает врач на половину ставки; психолог-педагог на половину ставки; кинетический терапевт - на половину ставки; 5 медсестер и 5 нянек. Медицинский персонал прошел обучение со специалистами из Румынии и Германии.

В 2018 году услугами учреждения воспользовались 110 пациентов.

Преобладают пациенты с церебральным параличом и синдромом Ретта. Руководитель учреждения объяснил: «Дети с проблемами психического здоровья не могут быть помещены в хоспис, потому что врачи не могут справиться с такими пациентами. Пациентам этого типа требуется более специфическая помощь, поэтому необходимо организовать паллиативное отделение в больнице с психиатрическим профилем».

Дети размещаются в палатах вместе с родителями. Возраст пациентов варьируется от 1-22 лет. Самому младшему пациенту с диагнозом опухоль головного мозга, который умер в хосписе, было 1 год и 8 месяцев.

По словам представителей Хосписа, *«Семейные врачи не знают, как направлять в хоспис, как не знают и специфику паллиативной помощи».*

В то же время, поскольку семейные врачи предоставляют неправильную информацию о хосписе, родители часто не понимают какие услуги предоставит хоспис и имеют завышенные ожидания в отношении хосписа. При поступлении, Центр уведомляет родителей в соглашении, что он не предоставляет услуги реанимации или вентиляции. Сами родители нуждаются в психологе, чтобы справиться с ситуацией.

В ходе беседы с врачом нам сказали: *«С самого начала заболевания родители должны быть хорошо осведомлены о реальном состоянии ребенка и об его шансах на выживание. Требуется более качественное общение с первичной медициной.»*

В учреждении не проводится менеджмент боли: команда Офиса Народного Адвоката получила следующее объяснение: *«У нас нет опиоидов, мы их не выписываем и не проводим менеджмент боли. Пациенты приходят со своими лекарствами.»*

НКМС финансирует 90 койко/дней в год на одного пациента, 30 дней последовательно. В тех случаях, когда пациент нуждался в уходе более 90 дней, в таких случаях использовались средства спонсоров.

Сотрудники учреждения отметили, что сумма, предоставляемая НКМС (**343 лей койко/день**) недостаточна, было бы желательно выделить как минимум **600 лей за один койко/день**.

Персонал всегда в напряжении, это работа с очень сильной эмоциональной нагрузкой, но оплата труда слишком мала, чтобы мотивировать сотрудников остаться. Даже если условия труда хорошие, на деньги, предоставляемые НКМС, предложить адекватную оплату труда персонала невозможно. Из денег, предоставляемых НКМС за койко/день, оплачивается и содержание здания, питание размещенных детей и другие нужды.

Когда поступают дети с тяжелым диагнозом, центр принимает меньше детей, чтобы сотрудники могли предоставлять качественные услуги. Таким образом, оплата койка/день недостаточна, и было предложено определить механизм оплаты за услуги по индивидуальному случаю. Низкий уровень оплаты создает риск того, что персонал вообще откажется работать, тогда учреждение больше не сможет предоставлять соответствующие услуги.

## 6.2. Паллиативный уход на дому

Контракты, подписанные НКСМ, на предоставление услуг по паллиативному уходу на дому в период с 2014 по 2019 годы отображены в следующей таблице:

**Таблица № 6.2. Контракты, подписанные с НПО на оказание паллиативных услуг, оплачиваемые Фондом обязательного медицинского страхования**

Год	Количество неправительственных организаций, которые предоставляют паллиативные услуги		Общее количество предоставленных койко/дней (хоспис)	Расходы на предоставление паллиативных услуг, лей		Всего, лей
				Включительно:		
	Мобильная бригада на дому	Единицы с койками (хоспис)		Мобильная бригада на дому, лей	Единицы с койками (хоспис), лей	
<b>2014г.</b>	8	1	4 270	1 199 800,56	1 033 340,00	<b>2 233 140,56</b>
<b>2015г.</b>	10	2	5 163	1 965 865,00	1 559 742,30	<b>3 525 607,30</b>
<b>2016г.</b>	9	2	4 555	2 273 103,00	1 598 805,00	<b>3 871 908,00</b>
<b>2017г.</b>	8	3	5 977	2 699 594,80	1 978 387,00	<b>4 677 981,80</b>
<b>2018г.</b>	8	3	10 429	3 252 139,20	3579754,25	<b>6 831 893,45</b>
<b>2019г.</b>	9	3	10 429			

*Примечание: Стоимость договоров на предоставление паллиативных услуг, оплачиваемых ФОМС, одинакова для всех поставщиков паллиативных услуг (ПМСУ, ЦЗ, хосписы, НПО), в соответствии с таблицей №1*

Команда Офиса Народного Адвоката обсудила с членами неправительственных организаций препятствия и условия, с которыми они сталкивались при предоставлении паллиативных услуг.

### Фонд «Hospice Angelus Moldova»

Девиз организации: «Человек имеет право прожить жизнь и умереть в достойных условиях». Паллиативные услуги на дому предоставляются в муниципии Кишинэу и в радиусе 50 км вокруг столицы.

Администрация организации считает, что система здравоохранения в Республике Молдова практически недостаточно вовлечена в обеспечение адекватной паллиативной помощи в стране.

Среди наиболее важных проблем, с которыми сталкиваются НПО, работающие в области паллиативной помощи, упомянуто, в первую очередь, неадекватное финансирование

со стороны НКМС, которая покупает (оплачивает) данные услуги, как посещения на дому, так и койко/дни в больнице.

Было высказано убеждение, что НПО имеют большой потенциал для предоставления большего количества услуг, посещений, но данное количество работы ограничено контрактами с НКМС. Например: «Hospice Angelus» на 2018 год запросил у НКМС 11 000 посещений, имея возможность предоставить такое количество посещений в указанный период времени и достаточно персонала, но НКМС заключила контракт только на 6 000 посещений. На 2019 год НКМС заключила контракт на то же число посещений - 6000, что и в 2018 году.

За счет средств, предоставленных НКМС, поставщик услуг не может позволить себе оплачивать труд персонала на должном уровне, отправлять его на обучение за границу или приобретать определенное необходимое оборудование. В результате этого, Фонд Hospice Angelus потерял своих квалифицированных работников, по причине отсутствия возможности обеспечить должный уровень оплаты труда. Конечно, в первую очередь пострадали пациенты, которым эти посещения были необходимы.

Фонд может также покрывать данные услуги только благодаря организованным благотворительным мероприятиям в дополнение к источникам из НКМС. Деньги, выплачиваемые НКМС, составляют около ¼ от необходимого бюджета.

Нам был предложен пример Норвегии, где сумма выделяется в соответствии с нуждами паллиативного пациента, фиксированная сумма данных услуг не установлена.

Еще одна серьезная проблема, на которую неоднократно было указано, это обеспечение санитарно-техническими средствами. Каждая НПО находит свои финансовые источники для закупки таких материалов или получает гуманитарную помощь. Однако в последний период совершенно неясно, как гуманитарная помощь достигает Республики Молдова, кому и как она распределяется.

Например: «Casa Angelus» (село Исакова) требуется много подгузников для тяжело больных детей, более 5-6 штук на ребенка в день. Деньги, выделенные НКМС, не покрывают в полном объеме необходимое количество, организация также покупает подгузники за счет пожертвованных денег. Другие средства, такие как: кресла-коляски, функциональные кровати, стулья для туалета, костыли /палки/ходунки невозможно купить за деньги НКМС.

Что касается стом, то Онкологический институт только однажды централизованно закупал кишечные стомы из денег, выделенных государством, это было несколько лет назад, а затем изменилось планирование, тогда кишечные стомы распределялись через первичную медицину. Однако никто не спрашивал мнения специалистов в области стоматерапии, а размеры приобретаемых кишечных стомов не всегда соответствуют индивидуальному размеру пациента.

Ранее все кишечные стомы направлялись непосредственно «Hospice Angelus», который обслуживал и раздавал их пациентам, являясь единственной НПО, в которой работал специалист в области стоматерапии. Был даже открыт кабинет стоматерапии, в котором работал врач, который прошел обучение за границей и обученная медсестрой. «Hospice Angelus», обслуживал пациентов со всей территории Республики Молдова. Кишечные стомы

распределялись по установленной схеме, еженедельно, и предоставлялись непосредственно пациенту, родственникам или во время посещения на дому.

Около двух лет назад данный механизм был изменен: кишечные стомы распределялись среди пациентов семейными врачами по рецепту и отпускались в аптеке Центра здоровья, целью нового механизма было обеспечение более быстрого доступа к ним. Но для пациента с кишечной стомой иногда бывает сложно попасть к семейному врачу и получить рецепт, а семейный врач не отпускает такой рецепт кому-либо другому. В конце концов, оказывалось, что кишечные стомы не соответствуют размеру. «Hospice Angelus» предоставлял пациенту подходящие по размеру кишечные стомы даже на дом. Эта проблема требует срочного решения, потому что для больного пациента кишечная стома является жизненно необходимой.

Что касается сотрудничества с государственными учреждениями, администрация организации считает, что и здесь есть некоторые оговорки, и есть еще неиспользованные возможности для сотрудничества.

Отмечается большое нежелание со стороны семейных врачей участвовать в паллиативной помощи. Более того, считается, что некоторые семейные врачи преднамеренные не направляют пациентов в хоспис, иногда даже позволяя себе оценки, отрицательно влияющие на имидж хосписов.

Нашла подтверждение ситуация, когда многие семейные врачи отказываются назначать опиоиды, что можно считать пыткой со стороны медиков. Вместо морфина семейные врачи назначают 4 других препарата (нестероидные противовоспалительные препараты), которые пациенту не помогают. Наркотические средства назначаются бесконтрольно, без учета того, что опиоид необходимо назначать и что врач имеет право его назначать, в отличие от НПО.

Причин затягивания с назначением /нежелания назначать опиоиды может быть много (равнодушие, отсутствие знаний и проч.), однако было высказано мнение, что необходимо разработать пакет мер по наказанию врача за такие ситуации, когда медики не выполняют своих обязанностей.

Нам были представлены четкие аргументы относительно очень плохого сотрудничества с больницами в муниципии Кишинэу, особенно убеждение, что Муниципальная больница №4, должна быть закрыта, потому что он не соответствует ни одному из стандартов. «Hospice Angelus» не направляет пациентов в указанную больницу, потому что у них были конфликты с родственниками или пациентами, которые были возмущены тем, что их направили в данную больницу с катастрофически плохими условиями.

Выявленная проблема заключается в том, что до сих пор в стране нет хосписа, соответствующего международным стандартам. За последние 20 лет в Республике Молдова были лишь разработаны хорошие нормативные документы в области паллиативной помощи, при участии среди прочих Национальной ассоциации паллиативного лечения и организации «Hospice Angelus», в сотрудничестве с МЗТСЗ, однако учреждения, соответствующие данным положениям, созданы не были.

Было высказано полное неодобрение текущего положения дел в районных больницах, в которых паллиативная помощь предоставляется в тех же помещениях, отделениях, вместе с медицинской помощью по хроническим заболеваниям и реабилитацией. Это прежде всего

этический вопрос. Паллиативная помощь означает пациента с прогнозом жизни до 12-ти месяцев, в то время как хронические пациенты - это пациенты с долгосрочным прогнозом. В реабилитации находятся пациенты после инфаркта, инсульта, перелома, которые после реабилитации возвращаются домой к повседневной жизни. Как могут быть госпитализированы в тех же условиях пациент, находящийся на реабилитации, и паллиативный пациент, который умирает? Невозможно сравнить палиатвную помощь, предоставляемую умирающему пациенту и помощь для пациента на реабилитации. Наблюдается огромная и ненужная эмоциональная нагрузка.

Отрицательная оценка дана процессу сотрудничества между больницами и семейной медициной на районном уровне, поскольку семейные врачи не хотят направлять пациентов в больницу, потому что НКМС не будет оплачивать случай, и они потеряют деньги от данного пациента, что означает недостаток или отсутствие знаний об этой услуге.

Другая проблема НПО, занимающихся паллиативной помощью, заключается в назначении пациентам компенсированных лекарств. Назначение компенсируемых лекарств в Республике Молдова осуществляется только семейным врачом. Таким образом, НПО отправляет паллиативного пациента к семейному врачу для назначения рекомендованного препарата. Там пациент сталкивается с обидой со стороны семейного врача, по причине плохого сотрудничества между НПО и семейным врачом, семейный доктор зачастую не признает работу НПО и ее рекомендации и даже иногда позволяет себе нелестно высказываться о НПО и ее работе.

#### *Высказанные рекомендации и пожелания:*

1. Необходимо довести до сведения органов власти всех уровней, Парламента, Правительства, министерства, НКМС серьезное положение дел в области паллиативной помощи. Нам необходим национальный план/программа с адекватным финансированием, который включал бы создание службы паллиативной помощи.
2. Власти считают, что усилия семейного врача по оказанию паллиативной помощи является достаточными, однако имеются убедительные доказательства того, что указанные специалисты не могут справиться с реальной ситуацией. Необходимо создать хорошо организованную службу на районном уровне, с подготовленной командой, у которой есть транспорт, чтобы добраться до дома пациента, чтобы действовать совместно с семейным врачом, больницей, социальной помощью и т. д.
3. Специалист в области паллиации нуждается в очень специфической подготовке, это отдельная профессия и должна быть признана в нашей стране как особая специальность, на уровне программы резидентуры. Сегодня у нас очень мало людей, прошедших подготовку в этой области, и помощь, которая сегодня предоставляется в нашей стране пациентам на терминальных стадиях, далека от истинной концепции паллиативной помощи.

### *Hospice of Hope Moldova*

«Hospices of Hope Moldova» (представительство международной организации «Hospices of Hope» из Великобритании) является благотворительной организацией, которая поддерживает развитие служб паллиативной помощи в Республике Молдова с 2008 года. Начиная с 2017 года, «Hospices of Hope Moldova» начала разработку Национальной сети служб паллиативной помощи для предоставления бесплатных медико-социальных услуг людям, страдающим от неизлечимых болезней.

В настоящее время поддерживаются мобильные команды (бригады) 4 неправительственных организаций (Окница, Тараклия, АО «Aripile Speranței», Орхей, АО «Angelus Soroca») и мобильная команда из государственного медико-санитарного учреждения (Районная Больница Кахул). Мобильная команда, состоящая из врачей, медсестер, социальных работников и психологов, предлагает медицинские, социальные и психоэмоциональные услуги помощи пациентам, которые находятся на последней стадии неизлечимого заболевания. Проект обеспечивает мобильную команду полной финансовой поддержкой, медикаментами, санитарными материалами, в том числе мешками для стомы. Каждая команда получила автомобиль, предназначенный для посещений на дому. В рамках проекта организовано обучение персонала, задействованного в работе мобильных бригад.

Из проблем, связанных с деятельностью, многие были упомянуты в беседе с представителями Фонда «Angelus». Также было указано на недофинансирование и отказ НКМС оплачивать по договору реально необходимое количество посещений. Например, АО «Angelus Soroca» на 2018 год запросило финансирование 1020 посещений, в то время как НКМС утвердила оплату только 937 посещений без объяснения причин. Аналогичным образом, АО «Aripile Speranței», г.Орхей, на 2019г. запросило финансирование 5000 посещений, но был заключен договор по финансированию только 1382 посещений мобильными командами (бригадами) и на 1088 посещений врачей.

Также было подтверждено, что данные организации не смогли бы выжить без дополнительного финансирования, только на деньги предоставленные НКМС. Например, на деятельность, осуществляемую ОО «Angelus Soroca», поступило 427 913,25 лей от НКМС и 470 500 лей от «Hospice of Hope» (что составляет 52,4% от общего бюджета организации). Положение ОО «Aripile Speranței» из Орхей еще хуже. Расходы, связанные с предоставлением услуг паллиативной помощи, были покрыты суммой договора с НКМС для обоих типов посещений - 400 022 лей, а также из финансовой поддержки, оказанной «Hospice of Hope» - 670 000 лей.

Представители НПО признали, что суммы, предоставляемые НКМС, не соответствуют их потребностям при предоставлении услуг. Стоимость паллиативного посещения на дому (мобильная команда(бригада)) - **181,40 лей**, стоимость медицинского посещения на дому - **137,25 лей**. Стоимость визита делится соответственно: на закупку лекарств - 11%; зарплата - 55%; прочие расходы - 34%. В то же время, за 2018 год ОО «Angelus Soroca» оплачивала аренду помещения в размере около 3000 лей / месяц, а ОО «Aripile Speranței» из Орхей платило за аренду 6000 лей в месяц плюс коммунальные услуги. Местные власти при этом не принимали никакого участия.

Было высказано убеждение, что без поддержки извне, деятельность, финансируемая только на деньги из договоров, заключенных с НКМС, была бы весьма сложной.

## VII. ЧЕЛОВЕЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

### 7.1 Общие рамки

Для того чтобы доступ к паллиативной помощи был надежным и постоянным, для государства важно разработать политику в области здравоохранения, чтобы профессиональная подготовка в области паллиативной помощи оставалась обязательной, гарантируя качество и профессионализм участников, предоставляющих паллиативные услуги, *обеспечение образования в области паллиативной помощи (включая по вопросам этики) на уровне базовой подготовки врачей, медсестер и медицинского персонала на всех уровнях должно соответствовать роли и обязанностям служб, а также являться частью развития человеческих ресурсов*<sup>83</sup>.

Для государства важно обеспечить персонал системы здравоохранения профессиональной подготовкой в области паллиативной помощи и менеджмента боли в базовой и послеосновной подготовке путем: принятия необходимых изменений в учебной программе для профессий здравоохранения (*медицина, уход за больными, фармакология, психология и т. д.*) и *социальная помощь, чтобы все медицинские работники получали базовые знания о паллиативной помощи и могли ее предоставлять независимо от того, на каком уровне они работают в системе здравоохранения; оказание поддержки в реализации и развитии послевузовских образовательных программ и специализации в области паллиативной помощи, с тем, чтобы пациенты в сложных ситуациях могли получать адекватную помощь, а также путем обеспечения доступности курсов непрерывной подготовки по паллиативной помощи для медицинского персонала*<sup>84</sup>.

В соответствии с положениями Национальной Политики Здравоохранения программы по обучению медицинских работников, сотрудников системы образования и социальной помощи обязательно будут включать аспекты ухода за людьми с особыми потребностями.<sup>85</sup>

Авторы настоящего доклада не выявили нормативных актов, предусматривающих подготовку в области паллиативной помощи других специалистов, кроме медицинских.

Согласно Национальному стандарту паллиативной помощи<sup>86</sup>, обучение является неотъемлемой частью паллиативной помощи и будет предоставляться на соответствующем уровне для специалистов, волонтеров, пациентов, семей и прочих. Поставщики услуг

<sup>83</sup> Consolidarea îngrijirilor paliative, ca o componentă a tratamentelor integrate pe parcursul vieții Raportul Secretariatului OMS; COMITETUL EXECUTIV EB134/28 Sesiunea 134 20 decembrie 2013 Agenda provizorie, cap.15.5;

<sup>84</sup> Пражская Хартия: Европейская ассоциация паллиативной помощи (ЕАРС), Международная ассоциация хосписной и паллиативной помощи (ИАНРС), Всемирный альянс паллиативной помощи (WPCA) и правозащитная организация Human Rights Watch (HRW) работают совместно в направлении защиты права населения на получение паллиативной помощи как одного из прав человека;

<sup>85</sup> Постановление Правительства Р.Молдова № 886 от 06.08.2007г. «Об утверждении Национальной Политики в области Здравоохранения», пункт 185;

<sup>86</sup> Глава VIII, Человеческие ресурсы и обучени, Стандарт № 11;

паллиативной помощи нуждаются в обучении, которое охватывает данную конкретную тематику.

С развитием сферы паллиативной помощи в Республике Молдова были предусмотрены четкие указания для обеспечения подготовки семейных врачей, медсестер / семейных медсестер в области паллиативной помощи, с целью получения навыков в области паллиативной помощи и предоставления услуг паллиативной помощи в Республике Молдова, в соответствии с действующими стандартами<sup>87</sup>.

## 7.2 Обучение в рамках университетской программы

Начиная с 2016-2017 учебного года в учебные планы Государственного Университета Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану была включена дисциплина «Паллиативная медицина». Это результат внедрения проекта «Укрепление человеческих ресурсов в области паллиативной помощи в Республике Молдова», поддержанного Фондом Сорос-Молдова. Внедрение и координация данной дисциплины на университетском этапе были предоставлены Университетскому центру симуляции в медицинской подготовке. Задачей курса является обучение студентов основными принципам паллиативной помощи; управление острой и хронической болью в паллиации; управление симптомами в паллиативной медицине; управление междисциплинарной бригадой в паллиативной помощи; психосоциальные культурные, религиозные и духовные аспекты в процессе оказания паллиативной помощи, а также этика и общение в ходе оказания паллиативной помощи.

Предмет представляет сочетание теоретических и практических курсов, с применением медицинской подготовки путем симулирования<sup>88</sup>. Авторы приветствуют то, что 40-часовой учебный курс по паллиативной медицине стал обязательным в университетской программе для студентов V курса Медицинского Факультета №1 и №2.

Анализируя данные, полученные в количественном исследовании, проведенном с участием семейных врачей, наблюдаем, что из участников исследования прошли обучение в области паллиативной помощи менее чем половина семейных врачей в городской местности (41,5%) и, практически, только один из десяти врачей (12,9%) в сельских местностях прошел подготовку в области паллиации.

<sup>87</sup> Приказ МЗТСЗ №1022 от 30.12.2015г., пункт 2, подпункт 2;

<sup>88</sup> <http://www.cusim.md/news/67-medicina-paliativ-o-nou-disciplin-n-aria-curicular>



Рисунок 7.1. Доля семейных врачей, прошедших обучение, (%).

Из числа тех, кто заявил, что прошел подготовку в области паллиативной помощи, *из городов* 21,1% прошли обучение по университетской программе, 19,7% - по программе резидентуры и 84,5% - по учебным медицинским курсам повышения квалификации. *В сельской местности* только 4,5% прошли обучение по университетской программе, 18,1% - по программе резидентуры, а 77,2% - по курсам повышения квалификации, то есть по курсам непрерывного медицинского образования. На момент проведения данного исследования, более половины (58,5%) семейных врачей в городской местности и почти все семейные врачи в сельской местности (87,1%) не проходили обучения.



Рисунок 7.2. Источник обучения по паллиативному уходу для семейных врачей, (%).

На основании данных, собранных в других университетах Республики Молдова, таких как Педагогический Университет «I. Creangă» (Факультет психологии), Государственный Университет Молдовы (Факультет социальной помощи), авторы не смогли выявить какие-либо курсы в области оказания паллиативной помощи пациентам и комплексного подхода к такому пациенту со стороны немедицинских специалистов в области социальных услуг.

### 7.3 Подготовка специалистов со средне-специальным образованием

Информация о подготовке медицинских работников со средне-специальным образованием в области паллиативной помощи была запрошена в Центре подготовки в области медицины и фармации им. Раисы Пакало.

Из представленных указанным учреждением данных установлено, что подготовка медицинских специалистов со средне-специальным образованием на основе учебных программ 2016 года предусматривала подготовку профессиональных навыков в области паллиативной помощи путем изучения дисциплины «Паллиативная помощь» в составе учебной программы «Медицина», квалификация *медсестры* - 60 часов; а по программе профессионального обучения «Уход за больным», квалификация *медицинской сестры* - 90 часов.

Также отмечено, что образование профессиональных навыков в области паллиативной помощи у примерно 300 учащихся (второй и пятый курсы) обеспечено преподавателями, имеющими узкую специализацию в данной области.

Теоретическая подготовка по предмету «Паллиативный уход» проходит в учреждении, а практические занятия проводятся в Университетском Центре Симмуляции в ходе медицинской подготовки и у постели больного в партнерстве с экономическим агентом: МГСП Клинической Больницей №4 и МГСП Онкологическим Институтом.

На данный момент в учреждении имеются команды волонтеров, которые в партнерстве с МГСП Клинической Больницей №4 и МГСП Онкологическим Институтом предоставляют паллиативный уход вне расписания (медицинский уход, общение с пациентами, обучающие и информирующие мероприятия по случаю различных дат, отмечаемых на международном уровне и проч.).

Подчеркиваем, что Программа Центра подготовки в области медицины и фармакологии «Раиса Пакало» разработана при поддержке Фонда Сорос Молдова, пропилотирована в течение года, в дальнейшем введена во всех медицинских колледжах страны.

### 7.4 Непрерывное образование

Непрерывное образование в области медицины и фармацевтики является обязательным в течение всей профессиональной деятельности и организовано в соответствии с различными формами обучения, регулируемые МЗТСЗ<sup>89</sup>.

В Республике Молдова, в частности, с 2013 года начато обучение в области паллиации, которое организуется из донорского финансирования и имеет эпизодический характер. Курсы предоставлялись как семейным врачам, так и онкологам и медсестрам. В период 2015-2016 гг. при поддержке Фонда Сороса в Молдове был разработан проект по укреплению учебного

<sup>89</sup> Статья 121, часть (10) Кодекса Республики Молдова об образовании;

потенциала УМФ «Николай Тестемицану». Были разработаны учебные программы на уровне университета (5-ый курс), резидентуры по специальности «Семейная медицина» и курсов непрерывного обучения для семейных врачей.

В 2013-2017 годах обучение прошли 2054 человека, из которых 1851 (90,1%) врач и 205 (9,9%) медсестер. Оценка структуры контингента врачей по специальности указывает на то, что 92% прошедших обучение это семейные врачи, 5% - онкологи, 3% - терапевты или другие специалисты, 1,5% - главные врачи и менеджеры, 0,5% - врачи, работающие в области паллиативной помощи. На территориальном уровне были включены медико-санитарные учреждения всех территориальных административных единиц. Прошедшие обучение работают на уровне ЦЗ (91%), на уровне районной больницы (8%) и на других уровнях медицинского обслуживания (1%)<sup>90</sup>.

В то же время считают, что им потребуется специальная подготовка в области паллиативной помощи, более половины респондентов в городе - 69% и почти все респонденты в сельской местности - 94,2%. Очевидно, что важным фактором в предоставлении любой услуги, является знание, оно обеспечивает возможность предоставлять данную услугу в соответствии с действующими стандартами.

На 2019 год план непрерывного обучения врачей и фармацевтов включает 37 новых курсов, среди которых курс паллиативной помощи в области первичной медико-санитарной помощи, предлагаемый семейным врачам<sup>91</sup>.

Несмотря на это, в ходе бесед с семейными врачами выявлено, что многие не знают о курсах по паллиативной помощи в рамках программы медицинского университета.

Например, в ходе дискуссии один из докторов объяснил: *«Пациенты и их родственники не знают, что означает паллиативная помощь, и я не знаю, как правильно им объяснить, но я понимаю, что это такое, и помогаю на основании того, что знаю из практики. Мне надо бы пройти курсы по повышению квалификации, чтобы пополнить свои знания, но я не знаю, где я могу пройти такое обучение ...»* [FG7, доктор, 60 лет].

Исследование установило, что во многих районах на ставке онкологов работают другие специалисты, которые не имеют необходимой профессиональной подготовки, особенно в отношении правильного контроля над хронической болью.

Авторы данного исследования не смогли определить релевантные источники, содержащие положения по теме непрерывного образования в области паллиативной помощи детям.

Поскольку паллиативная помощь является областью, которая требует комплексного подхода, оценку потребностей в обучении необходимо проводить с точки зрения требований реформы и паллиативной области в целом, она требует активного вовлечения гражданского общества и других действующих лиц, не из медицинской сферы, таких как психологи, социальные работники, волонтеры и т. д.

<sup>90</sup> Buta G., Bradu A., Pogoneț V., Carafizi N., Ignat R., Curocichin Gh. Îngrijirile palliative în Republica Moldova – realitate și perspectivă. Доступен на: [https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag\\_file/24-29\\_1.pdf](https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/24-29_1.pdf)

<sup>91</sup> [https://msmps.gov.md/sites/default/files/program\\_emc\\_2019.pdf](https://msmps.gov.md/sites/default/files/program_emc_2019.pdf)

Авторы доклада с сожалением отмечают, что некоторые юридические лица, которые играют важную роль в предоставлении услуг паллиативной помощи, такие как Национальное агентство социальной помощи, до настоящего времени не имели обучения по тематике предоставления услуг паллиативной помощи. Согласно ответу НАСП от 29.08.2019, не существует каких-либо обучающих программ для уровня непрерывного обучения социальных работников в области паллиативной помощи, а также не разработаны/не утверждены специальные программы обучения в области педиатрической паллиации.

## 7.5 Современные знания и навыки в области паллиативной помощи

### *Семейные врачи*

Согласно данным, собранным в количественном исследовании, большинство респондентов из городской местности - 90,1%, а также из сельской местности - 93,6% отметили, что они сталкиваются с препятствиями в предоставлении услуг паллиативной помощи. Чаще всего сообщалось о препятствиях, связанных со знаниями в области паллиативной помощи. Самым распространенным препятствием, с которым сталкиваются семейные врачи, является отсутствие обучения, данный аспект упомянут половиной респондентов из городской среды и практически всеми из сельской местности.

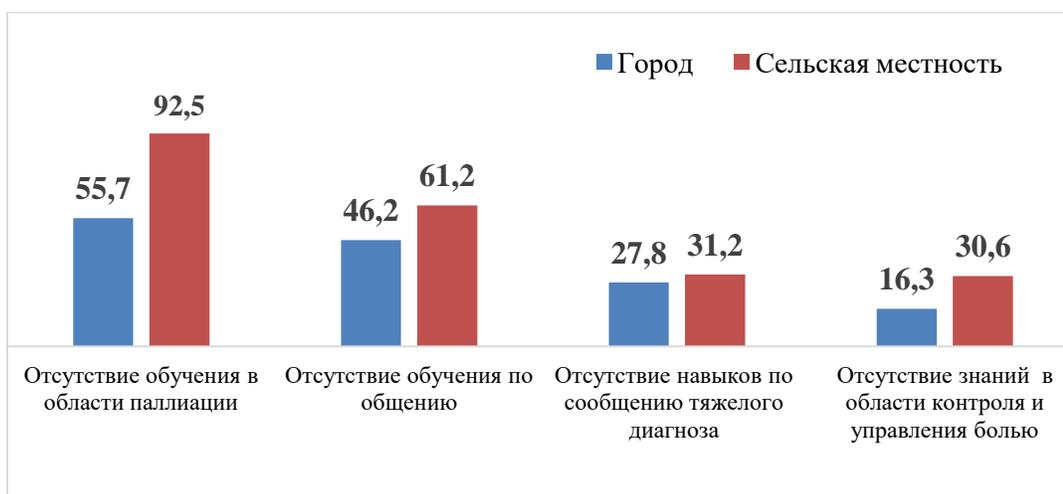
В ходе обсуждений в фокус-группах доктор признал: *«Таких пациентов сложно обслуживать, потому что я не проходил обучения в области паллиативной помощи, но таких пациентов много, поэтому я стараюсь давать рецепты на необходимые обезболивающие лекарства и давать семье советы по уходу»* [FG7, врач, 54 года].

Другой врач подтвердил ту же ситуацию: *«Я предлагаю эту услугу, основываясь на своей практике, если бы я обучался этому аспекту, я считаю, что медицинский акт был бы полезен»*. [FG4, доктор, 45 лет] ,

Другой, указанный семейными врачами (53,8%), барьер - это отсутствие навыков общения с пациентом в терминальной фазе. А треть респондентов из общего числа, включенного в исследование, считают препятствием в предоставлении услуги отсутствие навыков сообщения пациенту о тяжелом диагнозе или неблагоприятном прогнозе, что неизбежно, при паллиативной помощи. Описанное выше подтверждает, что семейные врачи не знают о рекомендациях, действующих в этой области<sup>92</sup>.

---

<sup>92</sup> „Ghidul privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților”(перевод: «Руководство по применению процедуры общения и психологической поддержки пациентов»), утвержденный Приказом Министра здравоохранения, труда, социальной защиты №.425 от 20 марта 2018г..



**Рисунок 7.3. Барьеры в области оказания паллиативных услуг, на которые указывали: обучение, знания и навыки (%).**

В ходе собеседования, семейный врач сказал нам: «... Пациент, у которого неизлечимая болезнь, менее восприимчив или не хочет с нами разговаривать, и я не знаю, как правильно с ним разговаривать, чтобы он понимал, что я хочу помочь. Я только назначаю обезболивающие, если бы прошел подготовку в этой области, думаю, с такими пациентами мне было бы легче ... » [FG4, доктор, 62 года].

Неприятное эмоциональное состояние, которое чувствуют во время работы, часто упоминалось как серьезный барьер в предоставлении паллиативных услуг половиной семейных врачей. В обсуждениях в фокус-группах врачи сказали нам следующее:

«Страдания разные, семьи и пациента, я не знаю, как справиться, иногда мне также нужно консультирование». [FG2, доктор, 40 лет].

«В первые посещения на дом, когда пациент не может прийти на прием, у него глаза полны надежды, и я не знаю, как себя вести, я не могу отстраниться, у меня болит душа». [FG6, доктор, 49 лет],

«... Боюсь, он может прочитать на моем лице безнадежность ...» [FG8, доктор, 62 года].

«... Я не могу объяснить пациенту, почему я не даю ему никакого другого лечения, но я предлагаю ему наркотики, я плачу, я не могу работать с такими пациентами ...» [FG3, доктор, 46 лет].

«... Мне трудно совладать со своими эмоциями, когда я знаю, что на прошлой неделе было определенным образом, а сегодня это неизлечимый диагноз, никто не учил меня, как преодолеть это эмоциональное состояние». [FG4, доктор, 38 лет],

Отсутствие опыта в этой области является препятствием для трети семейных врачей в городской среде, тогда как в сельской местности только один врач из десяти считает, что отсутствие опыта составляет трудность при предоставлении такого рода услуги. Данный аспект может быть связан с тем, что в городской среде в основном работают большинство молодых врачей, стаж работы которых зачастую не достигает 10-ти лет.

### *Сотрудники больничных учреждений*

Судя по отчетам руководителей районных больничных учреждений, наличие подготовленного персонала, имеющего специальную сертификацию в области паллиативной помощи, в количестве от 1 до 5 специалистов заявлено в 20 больницах (59%); в 8 больницах персонал, занимающийся оказанием паллиативных услуг, прошел только краткосрочное обучение (23%); в 6 больницах ни один из сотрудников, занимающихся паллиативной помощью, не имеет специальной сертификации в указанной области (18%).



**Рисунок 7.4. Квалификация медицинского персонала, работающего в сфере оказания паллиативных услуг на уровне районных больниц (%)**

В то же время отметим, что большая часть менеджеров (62%) указала среди барьеров, препятствующих оказанию качественной медицинской помощи, нехватку квалифицированных кадров.

## ВЫВОДЫ

1. Исследование установило **высокий риск нарушения прав человека**, вызванных **ограниченным доступом и недостаточными услугами паллиативной помощи** на всех уровнях помощи. Однако государство обязано иметь достаточное количество услуг в области здравоохранения, и они, в свою очередь, будут доступны каждому человеку, с географической, экономической, этической точки зрения благодаря продвижению знаний и информированию о паллиативной помощи. Ограниченный доступ и недостаточные услуги паллиативной помощи отражают отсутствие национальной политики по развитию услуг паллиативной помощи в Республике Молдова и их интеграции в систему здравоохранения Республики Молдова.
2. Исследование выявило **фрагментарный подход** к оказанию паллиативной помощи из-за **отсутствия стратегического планирования организации и финансирования услуг паллиативной помощи**, не учитывающего реальные потребности населения и обеспечивающего непрерывность предлагаемой помощи.
3. Исследование показало, что по большей части паллиативная помощь в Республике Молдова интерпретируется главным образом в контексте помощи, оказываемой пациентам с онкологическими заболеваниями, а **пациенты с неонкологическими заболеваниями, особенно дети, имеют крайне ограниченный доступ к паллиативной помощи.**
4. Несмотря на то, что многосекторальный подход является обязательным условием для организации паллиативной помощи в соответствии с международными рекомендациями, исследование установило, что **единоличная ответственность за оказание паллиативной помощи отведена здравоохранению**, а другие секторы не задействованы или задействованы в недостаточной мере (социальная и психологическая помощь, священнослужители, волонтеры и т. д.).
5. В ходе исследования выявлены **пробелы и барьеры в процессе лечения боли у паллиативных пациентов**, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи. Только 1/5 опрошенных семейных врачей оценивают боль и начинают лечение опиоидами, что существенно снижает доступ населения к обезболивающим препаратам, особенно в сельской местности. В таких обстоятельствах мы находим серьезное нарушение **права пациента избегать страданий**. Более того, в случае пациентов с сильной болью **неспособность государства обеспечить адекватную паллиативную помощь также может рассматриваться как жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение.**
6. **Обеспечение опиоидными лекарственными средствами осуществляется без надлежащего планирования**, основанного на реальных потребностях (DCI (названия лекарств), количества, формы). На национальном уровне исследование установило неясный процесс регистрации и планирования закупок и распространения опиоидных

препаратов. Не ясен используемый алгоритм, а также как рассчитывается количество данных лекарств, но и учет запасов лекарств.

7. Исследование выявило **серьезные пробелы в процессе финансирования услуг паллиативной помощи**. Расходы, оплачиваемые по контрактам с НКМС, не покрывают фактические расходы (расходные материалы, транспорт, оплата труда, парафармацевтические препараты и т. Д.). В то же время, несмотря на то, что количество поставщиков паллиативной помощи недостаточно, количество заключенных с ними контрактов остается ограниченным. Это может привести к сокращению числа поставщиков данных услуг, которых и так мало, а в дальнейшем может стать серьезным препятствием к появлению новых поставщиков паллиативных услуг.
8. Исследование выявило условия, **которые не соответствуют национальному стандарту паллиативной помощи** в государственных больницах, которые предоставляют паллиативную помощь. Были выявлены случаи *серьезного нарушения человеческого достоинства пациента при оказании паллиативной помощи* (отделение паллиативной помощи МКБ №4). Данное учреждение заключило с НКМС договор по оказанию паллиативной помощи, хотя аккредитации для предоставления таких услуг больница не имеет.
9. Исследование выявило **острую нехватку подготовленного персонала для предоставления адекватных услуг паллиативной помощи** на всех уровнях здравоохранения, как персонала с высшим образованием, так и среднего и младшего медицинского персонала. Не существует учебных программ по паллиативной помощи для медицинского персонала низшего уровня и специалистов в немедицинских областях (социальная помощь, психология, духовенство и т. д.). Программа обучения для медицинского персонала не распространяется на педиатрическую паллиативную помощь.
10. **Не существует официального учета и данных о количестве людей, нуждающихся в паллиативной помощи**, нет, о количестве тех, кто получил паллиативную помощь, о количестве людей, которым был предоставлен адекватный контроль боли, и о количестве тех, кто в нем нуждается, о количестве коек, предназначенных для паллиативной помощи, также отсутствуют данные о поставщиках, предоставляющих на данный момент паллиативные услуги. В то же время, неизвестен объем финансирования паллиативных услуг, предлагаемых на разных уровнях предоставления помощи.
11. **Не обеспечивается непрерывность и последовательность цикла услуг паллиативной помощи**. Исследование свидетельствует об отсутствии внутри- и межсекторальной диалога (социальная, общественная помощь) относительно помощи и учета пациента в паллиативной помощи.
12. Не существует концепции относительно пути педиатрического пациента, который нуждается в паллиативной помощи.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

### ПРАВИТЕЛЬСТВУ

1. Объявление паллиативной помощи приоритетной задачей программы деятельности Правительства, с принятием конкретных мер по обеспечению неограниченного доступа всех пациентов с неизлечимыми заболеваниями или болезнями, ограничивающими жизнедеятельность пациентов и их семей к специализированным услугам паллиативной помощи, которые соответствуют потребностям пациентов.
2. Принять необходимые меры для ускорения выполнения обязательств, взятых на 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в отношении консолидации паллиативной помощи как компонента комплексного лечения на протяжении всей жизни.

### МЗТСЗ

1. Разработка/принятие документа/стратегии в области государственной политики, касающихся развития услуг паллиативной помощи и их интеграции в систему здравоохранения Республики Молдова, с разработкой Плана действий, включающего участников, ответственных за выполнение запланированных мер, адекватные финансовые ресурсы, с установлением показателей мониторинга и оценки выполнения плана и бюджетов.
2. Пересмотреть существующую нормативную базу по организации служб и услуг паллиативной помощи (Национальный стандарт паллиативной помощи, Национальные клинические протоколы и т. д.) для обеспечения многосекторального подхода, в соответствии с международными рекомендациями, с тем чтобы обеспечить их интеграцию как в систему здравоохранения, так и в систему социальной защиты и постоянную внутреннюю и межсекторальную коммуникацию, исключая ограничения, установленные на одного пациента/ год.
3. Создать специализированную структуру на национальном и территориальном уровнях, которая могла бы финансироваться как из средств НКМС, так и из средств, выделенных для социальной сферы, при непосредственном участии местных органов власти. Данная структура должна располагать базой данных с разбивкой по возрасту, полу, типу заболевания и прочее, чтобы предоставлять соответствующую информацию о реальных потребностях населения (детей, взрослых) в паллиативной помощи, для стратегического планирования паллиативных услуг, включая финансовую составляющую, медикаменты и медико-санитарные материалы.
4. Развитие и поддержка хосписов, в том числе педиатрических, в соответствии с международными рекомендациями, и определение механизма их финансирования.
5. Разработка и поддержка педиатрического учреждения/отделения больницы для отдельного педиатрического паллиативного ухода за детьми с онкологическими и

неонкологическими заболеваниями с адекватной подготовкой специализированного медицинского и немедицинского персонала.

6. Пересмотреть нормативно-правовую базу в области хранения, регистрации и отпуска опиоидных анальгетиков с целью обеспечения уважения права пациента избегать страданий путем устранения ограничительных барьеров, препятствующих доступу к лекарствам специального режима.

### **МЗТСЗ/НКМС**

Обеспечить четкий и адекватный механизм финансирования, который будет предусматривать периодический пересмотр и корректировку расходов, покрываемых НКМС, относительно фактических расходов так, чтобы поставщики имели возможность предоставлять качественные услуги, ориентированные на потребности бенефициара

1. Составление бюджета и отдельное заключение договоров на услуги паллиативной помощи на основе существующих реальных потребностей.
2. Пересмотр механизма заключения договоров НКМС с педиатрическими больничными учреждениями для оказания паллиативной помощи детям с неизлечимыми неонкологическими заболеваниями, находящимися на стационарном лечении и зависящими от медицинских аппаратов по поддержанию жизненно важных функций.
3. Обеспечение прозрачности и непрерывности информирования населения об услугах паллиативной помощи, предоставляемых по договорам с НКМС в нашей стране.

### **НКМС**

1. Заключение договоров исключительно с теми поставщиками паллиативных услуг, которые имеют аккредитацию, выданную органом, уполномоченным проводить процедуру аккредитации и выдавать сертификат.

### **МЗТСЗ/Муниципальный Совет Кишинэу/МПА/ руководителям ОМСУ/ ЦЗ/ЦСВ**

1. Обеспечить выполнение нормативных положений, касающихся организации служб паллиативной помощи, и обеспечить развитие других видов паллиативной помощи (уход на дому, специализированные мобильные группы, центры дневного ухода и т. д.) Для обеспечения доступа всех пациентов и их семей к таким услугам.
2. Определение возможностей передачи отделения паллиативной помощи / коек из учреждений, которые не соответствуют Национальному стандарту паллиативной помощи, в учреждения, которые имеют адекватные условия для таких услуг, с тем чтобы обеспечить уважение человеческого достоинства умирающего пациента.
3. Обязать руководителей больничных медицинских учреждений, оказывающих паллиативные услуги, планировать средства на базовую и непрерывную подготовку всего персонала, задействованного в этой деятельности.

### **МЗТСЗ /АЛМИ**

1. Обновление национального Перечня основных и компенсируемых лекарственных средств таким образом, чтобы включить в него необходимые в паллиативной помощи лекарства, в соответствии с Перечнем основных лекарственных средств, рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения.

### **МЗТСЗ / ГУМФ „Н.Тетстемицану”**

1. Разработка и преподавание обязательных курсов по управлению болью для семейных врачей и персонала больниц с паллиативными койками, включая педиатрические. Разработать конкретные показатели для мониторинга назначения опиоидов, в том числе в форме таблеток.
2. Пересмотр учебной программы для всех медицинских профессий (уход, аптека, педиатрия).
3. Признание паллиативной помощи в качестве специальности, которую необходимо включить в программу обучения на уровне медицинского образования (резидентура) и специализации для среднего медицинского персонала.

### **МОКИ / образовательные учреждения, которые готовят специалистов в области социальной помощи, психологии и др.**

1. Пересмотр учебной программы с включением программ по начальному обучению в области паллиативной помощи для немедицинского персонала (социальных работников, психологов) с целью обеспечения права человека на уважение человеческого достоинства.

### **МОКИ / МЗТСЗ/ Национальное агенство социальной помощи**

1. Разработка и внедрение программ обучения в области паллиативной помощи, включая педиатрической, для непрерывного обучения социальных работников.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### АНКЕТА ДЛЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ

1. Укажите место вашей работы:

1. Муниципалитет      2. Районный центр      3. Село

2. Укажите сколько тебе лет?

- 1) <30 лет 2) 31-40 лет 3) 41-50 лет 4) 51-60 лет 5) > 61 года

3. Каков ваш стаж в качестве семейного врача:

- 1) <5 лет 2) 5-10 лет 3) 10-20 лет 4) > 20 лет

4. Какова численность населения, находящихся у вас на учёте \_\_\_\_\_ человек.

5. Это население сконцентрировано в одной местности?

1. Да      2. Нет

Если вы ответили НЕТ, укажите, сколько населенных пунктов. *Обведите один из вариантов.*

- 2                  3                  4                  5                  больше 5

6. Есть ли у вас опыт оказания паллиативной помощи?

1. Да      2. Нет      3. Другой ответ \_\_\_\_\_

Если вы ответили «да», сколько пациентов вы наблюдали и какие заболевания преобладали у ваших пациентов в паллиативной помощи за последние 5 лет?

---

7. Есть ли у вас обучение в области оказания паллиативной помощи?

1. Да                          2. Нет

Если вы ответили ДА, где вы проходили обучение (*возможны несколько ответов*):

1. Университетское образование
2. Послевузовское образование (резидентура)
3. В рамках курсов непрерывного медицинского образования
4. Другое \_\_\_\_\_

8. Считаете ли вы, что вам нужно специальное обучение в области паллиативной помощи?

1. Да                          2. Нет                          3. Не знаю, я не уверен

9. Работаете ли вы в бригаде паллиативной помощи?

1. Да                          2. Нет                          Другой ответ \_\_\_\_\_

10. Определите роль семейного врача в оказании паллиативной помощи? *Выберите только один ответ.*

1. Должен быть основным лицом, оказывающим паллиативную помощь, оказывать комплексную, активную помощь, как пациентам, так и их семьям.
2. Просто назначать необходимые лекарства, без каких-либо других паллиативных услуг.
3. Он не должен быть вовлечен в помощь терминальному пациенту.
4. Другой ответ \_\_\_\_\_

11. Какие из потребностей паллиативного пациента Вы имеете возможность удовлетворить? *Выберите один или несколько вариантов ответа.*

1. Назначение обезболивающего препарата
2. Контроль симптомов
3. Психологическая поддержка
4. Духовная и эмоциональная поддержка
5. Поддержка семьи
6. Я также не предлагаю услуги для пациента, нуждающегося в паллиации.
7. Другое \_\_\_\_\_

12. Если вы ответили: «Я не предоставляю услуги, связанные с оказанием паллиативной помощи пациенту», *укажите причины:*

1. Я не считаю необходимым предлагать услуги и семье
2. Мне не хватает времени
3. Мне не ясно, какие услуги я могу предоставить семье
4. Я чувствую, что у меня нет необходимых навыков, чтобы помочь пациенту в паллиации
5. Другое \_\_\_\_\_

13. С кем должен сотрудничать семейный врач в предоставлении услуг паллиативной помощи? *Выберите один или несколько вариантов ответа.*

1. Онколог
2. Психолог
3. Социальный работник
4. Священник
5. Другой специалист \_\_\_\_\_

14. В вашей практике, с кем из этих специалистов вы сотрудничаете, оказывая услуги пациенту, находящемуся в паллиативном состоянии? *Выберите один или несколько вариантов ответа.*

1. Онколог
2. Психолог
3. Социальный работник
4. Священник
5. Другой специалист \_\_\_\_\_
6. Ни с одним из них

15. С какими барьерами вы сталкиваетесь при предоставлении услуги паллиативной помощи?

*Выберите один или несколько вариантов ответа.*

1. Отсутствие подготовки в области паллиативной помощи
2. Отсутствие опыта в предоставлении этой услуги
3. Отсутствие навыка сообщать пациенту о тяжелом диагнозе или неблагоприятном прогнозе
4. Отсутствие навыка общения с пациентом в терминальной фазе
5. Большое количество человек на учете
6. Недостаток знаний и опыта для начала лечения при болевом синдроме
7. Неприятное эмоциональное состояние
8. Я не сталкиваюсь с барьерами
9. Другое \_\_\_\_\_

16. Если вы предоставляете паллиативную помощь, сколько времени в среднем в неделю занимает один пациент в паллиативной помощи? *Выберите только один ответ.*

1. 30 мин.                      2. 1 час - 2 часа                      3. 2 – 3 часа                      4. не более 3 часов

17. Как вы предпочитаете мониторизировать пациента в паллиативной помощи?

*Выберите один или несколько вариантов ответа.*

1. При назначении обезболивающего лекарства
2. Активно дома в течение \_\_\_\_\_ недель
3. Подключаю медицинскую сестру к посещениям на дому
4. Только когда меня вызывают на дом
5. Через телефонные разговоры с пациентом
6. Посредством бесед с родственниками пациента
7. Я не слежу за паллиативными пациентами

18. Кто начинает лечение опиоидной боли у пациента в паллиативной помощи?

*Выберите только один ответ.*

1. Я лично

2. Только врач-онколог
3. Другой ответ \_\_\_\_\_

19. Если вы не согласны начать лечение опиоидной боли, в чем причина?

*Выберите один или несколько вариантов*

1. Я не обучен в этой области
2. Боязнь побочных эффектов
3. Я считаю, что только специалист должен начинать лечение опиоидами.
4. Другой ответ \_\_\_\_\_

20. Оцениваете ли вы боль пациента в паллиативной помощи? *Выберите только один ответ.*

1. Да, методом \_\_\_\_\_
2. Нет, потому что я не знаю, как оценивать боль
3. Пациент, поступивший в паллиативную помощь, уже имеет назначенное специалистом обезболивающее лечение и необходимость в оценке боли отсутствует.
4. Я всегда обращаюсь за помощью к специалисту для оценки боли.

21. Оцените качество и препятствия на пути лечения боли, которые вы предоставляете в процессе предоставления паллиативной помощи. *Выберите один или несколько ответов:*

1. У нас есть все обезболивающие, необходимые для удовлетворения потребностей пациентов, я назначаю их без проблем по показаниям.
2. У нас нет всех обезболивающих препаратов, необходимых для нужд пациентов, я не могу назначать их по показаниям.
3. Отсутствие аптеки в том месте, где живет пациент, является серьезным препятствием для его доступа к обезболивающим препаратам.
4. Я воздерживаюсь от назначения опиоидов из-за боязни, что пациент будет неправильно принимать препараты.
5. Другое \_\_\_\_\_

22. Направляет ли вы в отделение паллиативной помощи районной больницы пациента, нуждающегося в паллиации? *Выберите один ответ.*

1. ДА, я всегда так делаю (см. Вопрос 23)
2. НЕТ (см. Вопрос 24)
3. Другой \_\_\_\_\_

23. Если вы ответили «ДА», приоритезируйте по шкале от 1 до 5, где 1 - «чаще всего», в каком случае вы направите пациента для госпитализации в отделение паллиативной помощи.

- Для лечения
- Скорректировать лечение и дозу опиоидов
- Предоставить семье место и время «для передышки»
- При ухудшении общего состоянии

- Другое \_\_\_\_\_

24. Если вы ответили «НЕТ», выберите причину. *Выберите один или несколько вариантов ответа.*

1. Я не знаю об этой возможности
2. Я не считаю это необходимым
3. Пациенты часто отказываются от приема по личным причинам
4. Родственники пациента отказываются от его госпитализации
5. У меня нет транспорта для перевозки пациента в больницу.
6. Я считаю, что паллиативный уход на дому более эффективен.
7. Другой ответ \_\_\_\_\_

25. Дайте оценку деятельности отделения паллиативной помощи районной больницы.

*Выберите только один ответ.*

1. Я не знаю о деятельности такого отделения
2. Помощь в этом отделении оставляет желать лучшего
3. Это отделение с квалифицированными специалистами, предлагает качественные услуги.
4. Другой ответ \_\_\_\_\_

26. Мы приветствуем любые предложения, касающиеся предоставления услуг паллиативной помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи, и для нас будет полезно выяснить проблемы, изложенные в этой главе, для разработки рекомендаций по усилению этой услуги.

---

СПАСИБО

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### РУКОВОДСТВО ПО СОБЕСЕДОВАНИЮ С СЕМЕЙНЫМИ ВРАЧАМИ

1. С какими препятствиями вы сталкиваетесь при предоставлении услуги паллиативной помощи?
  - По вашему мнению, что такое паллиативная помощь? Какова ваша роль в оказании паллиативной помощи?
  - С какими барьерами (трудностями, проблемами, препятствиями) вы сталкиваетесь при оказании паллиативной помощи?
2. С какими препятствиями вы сталкиваетесь при предоставлении услуги паллиативной помощи семье / членам семьи пациента, которому вы оказываете помощь?
  - Какие услуги паллиативной помощи вы предлагаете семье пациента?
  - С какими препятствиями вы сталкиваетесь при предоставлении этой услуги семье?
3. С какими барьерами вы сталкиваетесь в обеспечении контроля за болью и другими симптомами, связанными с заболеванием, когда вы предоставляете паллиативную помощь?
  - С какими трудностями вы сталкиваетесь, когда начинаете лечение паллиативного пациента обезбаливающими препаратами, в частности опиоидами ?
  - Являются ли барьером в предоставлении услуг паллиативной помощи немедицинские факторы, которые влияют на надлежащее лечение боли и симптомов при оказании помощи ?
4. Является ли эмпатия препятствием для оказания паллиативной помощи?
  - Что такое эмпатия?
  - Является ли эмпатия барьером в предоставлении паллиативной помощи?
5. С какими препятствиями вы сталкиваетесь при первоначальной и постоянной оценке социальных и психоэмоциональных потребностей пациента и его семьи при предоставлении услуг паллиативной помощи?
  - Создают ли психоэмоциональные потребности пациента и его семьи барьеры в предоставлении услуг паллиативной помощи?
  - С какими барьерами вы сталкиваетесь при удовлетворении психоэмоциональных потребностей пациента и его семьи в контексте паллиативной помощи?
6. С какими препятствиями вы сталкиваетесь при предоставлении услуги паллиативной помощи, связанной с общением с пациентом, объявление пациенту тяжелого диагноза, неблагоприятный прогноз для пациента, общение с пациентом в терминальной фазе?
  - Является ли общение барьером в предоставлении паллиативной помощи?
  - Общение с пациентом в терминальной фазе, постановка тяжелого диагноза и плохой прогноз для пациента являются ли барьерами, препятствиями в предоставлении услуги паллиативной помощи?

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**ОЦЕНОЧНАЯ СЕТКА  
ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА УСЛУГ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ  
В РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦАХ**

Численность населения района \_\_\_\_\_ жителей  
Количество больничных коек, предоставленных в соответствии с действующими нормативами \_\_\_\_\_

**I. Наличие паллиативной помощи (ПП)**

**1. Организация услуг паллиативной помощи (отметьте знаком «х» или введите текст)**

1. Отдельное отделение паллиативной помощи (ПП) с количеством \_\_\_\_\_ коек
2. Койки ПП в количестве \_\_\_\_\_ в отделении хронических заболеваний
3. Койки ПП в количестве \_\_\_\_\_, размещенные в других отделениях, таких как: \_\_\_\_\_
4. В больнице нет коек для паллиативной помощи, потому что \_\_\_\_\_

**2. Есть ли в больнице мобильные бригады, специализирующиеся на паллиативной помощи? (отметьте «х» или введите текст)**

1. Нет \_\_\_\_\_
2. Да, в количестве \_\_\_\_\_, финансируется из \_\_\_\_\_ средств.

**3. Если в больничных медико-санитарных учреждениях есть мобильные бригады, специализирующиеся на паллиативной помощи, они состоят из (отметьте «х» или введите текст):**

1. Собственный персонал \_\_\_\_\_
2. Персонал другой организации паллиативной помощи, который вмешивается по требованию \_\_\_\_\_
3. Другое \_\_\_\_\_

**4. Есть ли амбулаторное отделение паллиативной помощи при больнице? (отметьте или введите текст)**

1. Нет \_\_\_\_\_
2. Да, с \_\_\_\_\_ коек, финансируемых из средств \_\_\_\_\_

**II. Доступность услуги**

**5. Как происходит выбор бенефициаров для оказания услуг паллиативной помощи (возможны несколько ответов, помеченных «х» или введите текст):**

1. В порядке регистрации в листе ожидания на основании направления от семейного врача
2. В порядке регистрации в листе ожидания на основании направления от специалиста-медика
3. Другое \_\_\_\_\_

**6. Пациенты поступают в больницу на паллиативные койки по направлению (может быть больше ответов, помеченных «х» или введите текст)**

1. Семейного врача
2. Врача профильного специалиста

3. Курирующего врача в больнице
4. По просьбе родственников
5. Другой ответ \_\_\_\_\_

**7. Сколько пациентов ежегодно получили паллиативную помощь?**

1. 2018 \_\_\_\_\_ 3. 2016 \_\_\_\_\_ 5. 2014 \_\_\_\_\_ 7. 2012 \_\_\_\_\_ 9. 2010 \_\_\_\_\_
2. 2017 \_\_\_\_\_ 4. 2015 \_\_\_\_\_ 6. 2013 \_\_\_\_\_ 8. 2011 \_\_\_\_\_ 10. 2009 \_\_\_\_\_

**8. Укажите наличие / использование паллиативных коек в год \_\_\_\_\_ %**

**9. Оцените использование паллиативных кроватей в данном учреждении (отметьте «х» или введите текст):**

1. Койки перегружены, имеется длинный список ожидания
2. На данные койки отсутствует достаточный спрос
3. Другое \_\_\_\_\_

**10. Перечислите критерии отбора для бенефициаров паллиативной помощи, применяемые в данном учреждении: (может быть несколько ответов, помеченных «х» или введите текст)**

1. Тяжело больные, неизлечимые больные, переведенные из других отделений больницы
2. Онкологические больные в терминальной стадии
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**11. Опишите сотрудничество больницы с семейной медициной в области оказания паллиативной помощи (отметить «х» или введите текст):**

1. Сотрудничество отсутствует, семейный врач выписывает направление, и пациент обращается непосредственно в больницу для оказания паллиативной помощи.
2. Семейные врачи на местах не знают об этой услуге и не направляют пациентов
3. Между больницей и семейными врачами существует постоянная связь путем составления списка ожидания на основе запросов семейных врачей.
4. Другой ответ \_\_\_\_\_

**12. Считаете ли вы, что население района осведомлено о доступе к этим услугам? (отметьте «х» или введите текст)**

1. Да, мы часто получаем рекомендации от родственников серьезных и неизлечимых пациентов.
2. Нет, население не знает
3. Население отказывается пользоваться этой услугой
4. Другой ответ \_\_\_\_\_

**III. Качество услуги**

**13. Как стандарты, касающиеся организации паллиативной помощи, применяются в учреждении?**

**14. Какова площадь выделенная паллиативной койке в учреждении? \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>**

**15. Количество коек паллиативной помощи на 1 врача** \_\_\_\_\_

**16. Количество коек паллиативного ухода на 1 медсестру в смене** \_\_\_\_\_

**17. Имеется ли у вас обученный персонал (со специальной сертификацией) в области паллиативной помощи?** (отметьте «х» или введите текст)

1. Да, у нас есть специализированный по паллиативной помощи персонал \_\_\_\_\_ врачей, \_\_\_\_\_ медицинских сестер
2. Вовлеченный персонал прошел только краткосрочное обучение
3. Нет, персонал, занимающийся паллиативной помощью, не имеет специальной сертификации в данной области
4. Другой ответ \_\_\_\_\_

**18. Предлагаются ли психологические консультации в процессе оказания паллиативной помощи пациенту?** (отметьте «х»)

1. У нас нет специализированного психолога в больнице
2. У нас есть психолог в больнице, но он не обучается паллиативной помощи
3. Да, у нас есть психиатр со специальной подготовкой в области паллиативного лечения, который предлагает консультации пациенту и семье

**19. Предоставление медикаментов и санитарно-гигиенических средств, необходимых для оказания услуг паллиативной помощи, производится из** (отметьте «х» или введите текст):

1. Средств фондов обязательного медицинского страхования, предназначенных для этой цели
2. Средств ФОМС в другое место назначения \_\_\_\_\_
3. Другое \_\_\_\_\_

**20. Оцените степень охвата медикаментами и санитарно-гигиеническими средствами, необходимыми для услуг паллиативной помощи** (отметьте «х» или введите текст):

1. У нас удовлетворительное обеспечение всем, что требуется для предоставления паллиативных услуг \_\_\_\_\_
2. Только частичное обеспечение, у нас недостаточное обеспечение:
  - а) \_\_\_\_\_
  - б) \_\_\_\_\_
  - в) \_\_\_\_\_
3. У нас нет необходимых лекарств и санитарно-гигиенических средств для услуг паллиативной помощи \_\_\_\_\_

**21. Оцените качество услуг паллиативной помощи в вашей больнице** (отметьте «х» или введите текст):

1. Согласно действующим стандартам, соответствует потребностям
2. Не соответствует потребностям населения, потому что
3. Не соответствует стандартам, потому что
4. Другой ответ \_\_\_\_\_

**22. Назовите барьеры при оказании услуг паллиативной помощи, которые имеются в вашем учреждении** (может быть несколько ответов, помеченных «х»):

1. Нехватка квалифицированных кадров в области паллиативной помощи
  2. Недостаток места для соблюдения действующих стандартов
  3. Недостаток средств
  4. Отсутствие сотрудничества с первичной медико-санитарной помощью
  5. Недостаток лекарств и санитарно-гигиенических средств
  6. Другое (указать)
-

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### ПЛАН ПОДРОБНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ

#### I. Наличие услуги паллиативной помощи (ПП)

**1. Как организована паллиативная помощь:** Каково ваше мнение об эффективности услуг паллиативной помощи, предоставляемых на уровне районной больницы в отделении хронических заболеваний, по сравнению со специализированным отделением паллиативной помощи?

**2. Специализированные мобильные бригады паллиативной помощи в больнице**

Считаете ли вы их присутствие в больнице способом повышения качества услуг паллиативной помощи? - «За» аргументы, «против» аргументов.

**3. Амбулаторное отделение паллиативной помощи в больнице**

Как вы видите организацию такого амбулаторного отделения и как это повлияет на охват услугами паллиативной помощи на районном уровне? - «За» аргументы, «против» аргументов.

#### II. Доступность услуг ПП

**1. Каков оптимальный способ выбора получателей услуг по уходу?**

**2. Дайте оценку, касающуюся использования коек паллиативной помощи в данном учреждении, в результате их размещения в отделениях хронических заболеваний по сравнению со специализированным паллиативным отделением - аргументы «за», «против».**

**3. Сотрудничество больницы с семейной медициной при оказании паллиативной помощи:** как обеспечить непрерывность предоставления качественных услуг паллиативной помощи пациентам на местах и выписанным из больницы?

**4. Степень информирования населения района о доступе к услугам паллиативной помощи:** какие способы продвижения услуг паллиативной помощи считаете подходящими на районном уровне?

#### III. Качество услуг ПП

**1. Внедрение Национального стандарта паллиативной помощи (приказ № 884 от 30.12.2010 г.)** Считаете ли вы этот стандарт внедренным в вашем учреждении?

**2. Обученный персонал (со специальной сертификацией) в области паллиативной помощи – является необходимостью или опцией для вашего учреждения?**

**3. Психологическое консультирование при оказании пациенту услуг паллиативной помощи.** Считаете ли вы эффективным консультирование психолога, не обученного паллиативной помощи?

**4. Обеспечение медикаментами и санитарно-гигиеническими средствами, необходимыми для оказания услуг паллиативной помощи.** Каковы критерии планирования потребностей в услугах паллиативной помощи и оценка количества лекарств и необходимых санитарно-гигиеническими средств?

**5. Ваше мнение относительно возможной регионализации предоставления услуг паллиативной помощи по сравнению с текущим способом организации предоставления этих услуг на уровне районных больниц - аргументы «за», аргументы «против».**