Перевод с английского языка, 2013 г.

Оценка потребности в паллиативной помощи

Томас Джеймс Линч,
доктор наук,
Международный консультант
по организации Паллиативной Помощи

Октябрь, 2012

БЛАГОДАРНОСТЬ

Автор хотел бы поблагодарить тех, кто дал интервью, правительственные и неправительственные организации и всех других людей, которые внесли вклад в настоящую оценку потребностей в паллиативном лечении. Их вклад ценится очень высоко.

Отличную материально-техническую поддержку оказал Фонд Сорос Казахстан («ФСК»), особая благодарность выражается Антону Артемьеву, Айжан Ошакбаевой, Аиде Айдаркуловой и Айнур Шакеновой за их помощь и содействие, оказанные в ходе моих поездок в страну. Я хотел бы поблагодарить профессора Максута Кульжанова и доктора Салтанат Егеубаеву из Республиканского центра развития здравоохранения («РЦРЗ») и Калису Досбаеву и сотрудников Казахстанской высшей школы общественного здравоохранения («КВШОЗ») за их содействие. Я хотел бы также поблагодарить доктора Анархан Нуркеримову из Института онкологии за предоставление мне дополнительной информации о текущей ситуации в Казахстане с лечением больных в терминальной стадии и Бахыт Туменову из неправительственной организации правозащитной деятельности в сфере здравоохранения «Аман-саулык», которая предоставила мне ценную детальную информацию о ситуации в сфере прав человека и здравоохранения в Казахстане.

В рамках Программы Фонда «Открытое общество» в сфере общественного здравоохранения под названием «Международная инициатива по паллиативной помощи» («МИПП») была оказана финансовая поддержка для проведения настоящей оценки потребностей в паллиативной помощи. Особая благодарность выражается Мэри Каллауэй за разработку концепции настоящей оценки и за координацию и управление проектом. Благодарность также выражается

консультанту Фонда «Открытое общество» Стивену Коннору за его помощь и советы при разработке первоначальной формы оценки.

Признательность и благодарность также выражается всем пациентам и семьям, которые приняли участие в настоящей оценке потребностей и которые великодушно потратили свое время на то, чтобы поделиться своим зачастую трудным и иногда болезненным опытом получения паллиативной помощи в Казахстане.

АННОТАЦИЯ

В настоящей оценке потребностей подсчитано, что ежегодно приблизительно от 94 200 до 97 900 пациентов в Казахстане нуждаются в паллиативной помощи, при этом как минимум 15 500 пациентов получают эту услугу в какое-либо заданное время. Кроме того, поскольку есть обычно два или более члена семьи, напрямую вовлеченные в уход за каждым пациентом, помощь будет предоставляться как минимум приблизительно 282 600 человек в год. Для обеспечения такого объема надомной и стационарной паллиативной помощи потребуется значительное перераспределение профессиональных ресурсов здравоохранения как для городской, так и для сельской местности; потребуются приблизительно **6 675** сотрудников и **825** коек паллиативной помощи, чтобы полностью удовлетворить эту потребность.

В последние годы в Казахстане были получены хорошие результаты в развитии паллиативной помощи с участием весьма заинтересованных лиц и организаций. Однако в исследовании, проведенном Томасом Линчем в 2011 году, представители хосписов выделили ряд проблем, которые по-прежнему существуют в республике: нехватка услуг хосписов и паллиативной помощи, отсутствие возможностей для подготовки и обучения, препятствия для развития

этой дисциплины, связанные с законодательством и политикой, отсутствие осведомленности и знаний о паллиативной помощи у медицинских работников и в целом в обществе, препятствия для доступности и наличия опиоидов, отсутствие межведомственного сотрудничества/координации (например, между Министерством здравоохранения и Министерством социальной защиты), отсутствие Национальной ассоциации паллиативной помощи и отсутствие основы для агитации за внедрение паллиативной помощи в казахстанскую систему здравоохранения.

В настоящее время есть пять организаций, оказывающих стационарную паллиативную помощь в пяти регионах Казахстана – Алматы, Павлодаре, Караганде, Усть-Каменогорске и Костанае, есть также одна организация в Семее, оказывающая паллиативную помощь на дому. Б***о***льшая часть паллиативной помощи казахстанским детям по-прежнему оказывается на дому, хотя «какая-то часть детской паллиативной помощи» может оказываться в Алматинском центре паллиативной помощи. Организации, в настоящее время работающие в сфере паллиативной помощи, видимо, предоставляют отличные услуги зачастую в весьма трудных и ответственных условиях, и пациенты (взрослые и дети) и те, кто им помогают, видимо, «весьма довольны» лечением и помощью, которую они там получают.

Однако представители хосписов полагают, что Казахстану «далеко до всеобщего охвата паллиативной помощью», развитие происходит скорее от случая к случаю, чем в соответствии с какой-то определенной стратегией, и это часто приводит к тому, что существуют крупные регионы с небольшим охватом. Что касается количества хосписов в Казахстане, его называют «слишком незначительным и неэффективным относительно количества людей, нуждающихся в паллиативной помощи», а многие сотрудники, подготовленные для оказания паллиативной помощи, «не хотят работать в сельской местности». В Казахстане есть ряд отличных

инициатив по образованию и обучению в сфере паллиативной помощи, хотя представители хосписов выделили ряд трудностей в этой сфере, например, «отсутствие опытных инструкторов и преподавателей» этой дисциплины. Основной проблемой для будущего является контраст между огромной потребностью в услугах паллиативной помощи в Казахстане и ограниченным количеством профессионалов, обученных оказывать эту помощь.

Представители хосписов указали, что в их организациях имеются «ограниченные формы опиоидов», что у них «редко заканчиваются лекарственные средства» и что у большинства есть директивы по получению доступа к опиоидам для снятия боли и по эффективному применению этих опиоидов. Однако были «некоторые трудности»: обеспокоенность по поводу того, что «лекарственные средства будут применяться незаконно», «качество имеющихся лекарственных препаратов», низкий уровень применения опиоидов, связанный с квотами МСКЛС, отсутствие выбора опиоидов, недостаток у врачей знаний/осведомленности о применении опиоидов и страх пристрастия/зависимости от опиоидов у пациентов и членов их семей. Также сообщалось о слишком жестком законодательстве и бюрократии в сфере лицензирования, транспортировки, методов назначения, порядка хранения и т.д.

В Казахстане начинается разработка нормативной базы паллиативной помощи и получены результаты в сфере законодательства – есть некоторые приказы, статьи и документы, в которых оговаривается «что является паллиативной помощью» (исходя из определения, принятого в ВОЗ) и какие пациенты имеют право на нее, а паллиативная помощь в настоящее время включена в некоторые юридические документы. Однако последовательность документов, относящихся к паллиативной помощи в Казахстане, видимо, недостаточно четкая и хотя оказание паллиативной помощи отражено в правовой базе, она не рассматривается адекватно и «зачастую недостаточно развита». Отсутствие единых документов, касающихся оказания

паллиативной помощи на республиканском уровне, и отсутствие директив по оценке качества этих услуг приводит к отсутствию координации и внедрения этой дисциплины во все медицинские схемы и услуги. Это, в свою очередь, приводит к ограничению возможности оказания паллиативной помощи. Политика казахстанского здравоохранения тесно связана с концепцией паллиативной помощи и наличием и доступностью опиоидов как основополагающего права человека, однако большинство респондентов признает, что «подход на основе прав человека» «очень новый для Казахстана» и «может потребоваться какое-то время» для того, чтобы полностью его принять.

Существует ряд социокультурных аспектов, связанных с оказанием паллиативной помощи в Казахстане, например, недостаток осведомленности об этой дисциплине у работников здравоохранения и в целом в обществе. При этом, несмотря на такую ограниченность осведомленности, хорошие результаты были получены сравнительно небольшим количеством врачей и медсестер, специализирующихся в этой дисциплине, вместе с другими весьма заинтересованными энтузиастами. Эти «чемпионы» паллиативной помощи содействовали ускорению темпов развития паллиативной помощи в Казахстане и расширению базы поддержки этой дисциплины, например, некоторые отличные инициативы по повышению осведомленности реализуются в республике благодаря таким организациям, как ФСК. В сентябре 2012 года тема паллиативной помощи была впервые громко заявлена в программе VII Конгресса онкологов и радиологов стран СНГ, прошедшего в Астане (в ходе и пленарного и научного заседания), после которого имел место целый ряд телевизионных интервью, продвигающих концепцию паллиативной помощи (в том числе большое интервью с Томасом Линчем во Всемирный день хосписов и паллиативной помощи 13 октября 2012 года).

ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Внедрение

- Большинство людей в Казахстане умирают дома и предпочли бы так и делать: хотя есть потребность в развитии стационарных услуг, в будущем они должны быть меньше с точки зрения объема, стратегически предоставляться во всех регионах страны (в частности, в сельской местности) и (самое важное) должна существовать возможность оказания эффективной **надомной** паллиативной помощи;
- Уделить основное внимание созданию бригад по оказанию паллиативной помощи в действующих медицинских организациях – например, финансировать бригады паллиативной помощи в составе врача и медсестры для работы в онкологических стационарах;
- Расширить межведомственное сотрудничество/координацию в сфере оказания паллиативной помощи между ведомствами по охране здоровья и ведомствами по оказанию социальных услуг.

Образование и обучение

- Развивать и содействовать институционализации программ непрерывного обучения и образования в виде обучения студентов предпоследнего курса и курсов усовершенствования в сфере паллиативной помощи для врачей, медсестер, психологов, социальных работников, священнослужителей, добровольцев и т.д.;
- Паллиативная помощь в Казахстане может зачастую оказываться на дому, соответствующее обучение должно предоставляться тем, кто ухаживает за «лежачими» больными (членам семьи, соседям и местному населению);

- Увеличить количество подготовленных казахстанских преподавателей в сфере паллиативной помощи.

Наличие опиоидов

- Обновить Национальный (Республиканский) лекарственный формуляр для гарантии того, что все жизненно важные лекарственные средства ВОЗ есть в наличии (включая пероральный морфин) и существует рациональная политика назначения;
- Обеспечить обучение и подготовку в виде обучения студентов предпоследнего курса и курсов усовершенствования «для врачей и медсестер» для расширения знаний и осведомленности об опиоидах (включая вопросы, связанные с контролем боли и с такими понятиями, как «пристрастие и зависимость»);
- Сократить избыточную бюрократию, связанную с хранением и назначением опиоидов (бумажная работа, правовые ограничения и т.д.)/снять ограничения в Национальной политике по контролю за оборотом наркотических препаратов как с точки зрения объема назначаемых наркотических препаратов, так и длительности лечения.

Политика

- Основным заинтересованным сторонам, политикам и тем, кто вырабатывает политику, лучше понимать изменения, которые необходимо осуществить в политике общественного здравоохранения для того, чтобы создать законодательную основу для внедрения паллиативной помощи в казахстанскую систему здравоохранения;

- Разработать стратегический пятилетний План мероприятий по внедрению услуг паллиативной помощи, включая «экономическую оценку паллиативной помощи» с целью разработки «эффективных механизмов финансового контроля» (есть необходимость в программах, которые были бы и «затратоэффективными» для государства и эффективными для пациента);
- Активно продвигать концепцию паллиативной помощи и наличия и доступности опиоидов в Казахстане, как базового и основополагающего права человека.

Повышение информированности и сотрудничество

- Создать Национальную ассоциацию паллиативной помощи, которая сможет помочь другим казахстанским организациям, желающим открыть хоспис/развивать услуги паллиативной помощи;
- Усилить агитационно-пропагандистскую деятельность в отношении Всемирного дня хосписов и паллиативной помощи, что поможет повысить осведомленность о важности паллиативной помощи на республиканском и местном уровнях;
- Расширить сотрудничество между разными ведомствами, правительством и государственными организациями, гражданским обществом и религиозными/духовными организациями (включая те, которые еще не вовлечены напрямую в деятельность по оказанию паллиативной помощи).

ВВЕДЕНИЕ

Цель оценки потребностей

Цель настоящей оценки потребностей в паллиативной помощи заключается в определении потребности в паллиативной помощи в Казахстане и выявлении проблем и возможностей, связанных с перспективным развитием этой дисциплины. Оценка потребностей включает в себя всеобъемлющие данные о казахстанской системе здравоохранения, стране, населении, нуждающемся в паллиативной помощи, рабочей силе, необходимой для оказания паллиативной помощи, и предварительные рекомендации для предоставления услуг паллиативной помощи в будущем.

Целевая аудитория

Первичной аудиторией настоящей оценки потребностей в паллиативной помощи является Министерство здравоохранения Республики Казахстан, отвечающее за планирование мероприятий по охране здоровья в республике. Также целевой аудиторией являются другие ведущие казахстанские организации здравоохранения, лица, вырабатывающие политику, чиновники и все другие министерства, законодатели, представители организаций охраны здоровья населения, сотрудники организаций здравоохранения, занятые оказанием и

развитием паллиативной помощи, неправительственные организации («НПО») и гражданское общество Казахстана.

Определение паллиативной помощи

Настоящая оценка потребностей в паллиативной помощи базируется на определениях «паллиативной помощи» (**Приложение А**) и «детской паллиативной помощи» (**Приложение В**), данных Всемирной организацией здравоохранения («ВОЗ»). «Паллиативная помощь – это подход, повышающий качество жизни больных и их семей, сталкивающихся с проблемой, связанной с угрожающим жизни заболеванием, путем предотвращения и облегчения страданий посредством раннего выявления и безупречной оценки и лечения боли и других проблем, физических, психологических и душевных. Детская паллиативная помощь представляет собой особую сферу, хотя и тесно связанную с паллиативной помощью взрослым. Детская паллиативная помощь – это активная универсальная помощь телу, разуму и духу ребенка. Она также включает в себя оказание поддержки семье.»[1]

Модель здравоохранения от ВОЗ

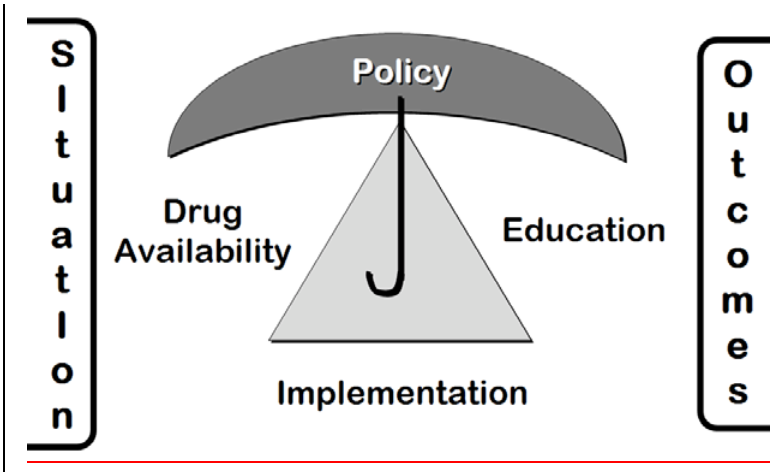
Считая, что паллиативная помощь должна быть доступной для всех пациентов, автор оценивал ситуацию в Казахстане с точки зрения общественного здравоохранения. Была использована модифицированная модель охраны здоровья населения от Всемирной организации здравоохранения («ВОЗ») для предоставления основы для исследования и для настоящего отчета. Подход, ориентированный на охрану здоровья населения, направлен на улучшение

[1]Всемирная организация здравоохранения. Определение паллиативной помощи, принятое в ВОЗ.
[http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/]

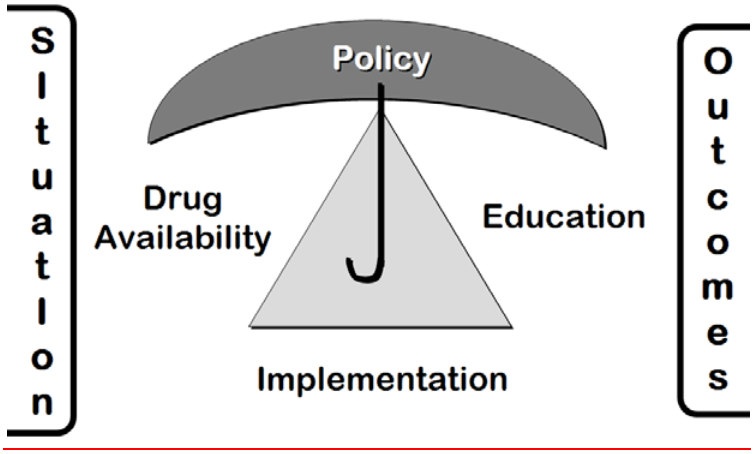
здоровья и повышение качества жизни населения путем трансформации новых знаний и навыков в основанные на доказательствах, затратоэффективные вмешательства, которые будут доступны всем гражданам, которые будут в них нуждаться. Поскольку паллиативная помощь является неотъемлемой частью помощи всем пациентам и самым выгодным подходом к уходу за пациентами с заболеваниями более поздней стадии, важно, чтобы все страны внедрили паллиативную помощь в свои системы здравоохранения на всех уровнях.

Модель общественного здравоохранения в сфере паллиативной помощи от ВОЗ[2]

СИТУАЦИЯ	Политика Наличие лекарственных средств Обучение Внедрение	РЕЗУЛЬТАТЫ



[2] Дж. Стьернсвард. «Стратегия общественного здравоохранении для паллиативной помощи». «Журнал о контроле боли и симптомов», 2007 г.



Методы

Настоящая оценка паллиативной помощи в Казахстане была проведена консультантом в сфере международной паллиативной помощи Фонда «Открытое общество» доктором Томасом Линчем при содействии Фонда Сорос Казахстан («ФСК»), Республиканского центра развития здравоохранения («РЦРЗ») и Казахстанской высшей школы общественного здравоохранения («КВШОЗ»). Большинство работ по составлению настоящего отчета было проведено в ходе четырех визитов доктора Линча в Казахстан в период с 2010 по 2012 годы. Для сбора данных для проведения настоящей оценки потребностей использовались методологии и количественного и качественного исследования, например, были проведены некоторые беседы с ключевыми сторонами, заинтересованными в развитии паллиативной помощи в Казахстане, и ими были заполнены конкретные анкеты и опросники.

Кроме того, представители казахстанских хосписов заполнили Рабочую таблицу по стратегическому планированию, в которой их попросили охарактеризовать конкретную проблему, связанную с паллиативной помощью, первопричины этой проблемы, цели и задачи, достигнув которые можно будет решить проблему, действия, которые необходимо предпринять, чтобы достичь эти цели, лица и организации, обладающие полномочиями/обязанностями, чтобы предпринять

необходимые действия, временной график выполнения этих действий и техническая и финансовая помощь, необходимая для достижения каждой цели. Результаты Рабочей таблицы по стратегическому планированию описаны в соответствующих главах настоящей оценки потребностей в паллиативной помощи.

Проведенные беседы/заполненные анкеты и опросники

Дата	ФИО	Организация
23 ноября 2010 года	Айнур Шакенова и Аида Айдаркулова	Фонд «Открытое общество Казахстан»
23 ноября 2010 года	Максут Кульжанов и Салтанат Егеубаева	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
26 апреля 2011 года	Айнур Шакенова и Аида Айдаркулова	Фонд «Открытое общество Казахстан»
26 апреля 2011 года	Салтанат Егеубаева	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
27 апреля 2011 года	Аман Жангиреев и д-р Кульжанов	Национальный центр проблем туберкулеза, Алматы
28 апреля 2011 года	Максут Камалиев	Государственный медицинский университет, Алматы
29 апреля 2011 года		Республиканский медицинский колледж
29 апреля 2011 года	Нагима Плохих и Олжас Жандосов	Фонд «Альсагер», Алматы
11 ноября 2011 года	Айжан Ошакбаева	Фонд «Открытое общество Казахстан»
12 ноября 2011 года	Салтанат Егеубаева	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
14 ноября 2011 года	Гульмайра Кенжебаева	Карагандинская больница

		сестринского ухода
14 ноября 2011 года	Галина Каусова	Карагандинская больница сестринского ухода
14 ноября 2011 года	Лидия Федорова	Костанайский областной онкологический центр
14 ноября 2011 года	Марина Щербатюк	Костанайский областной онкологический центр
14 ноября 2011 года	Анархан Нуркеримова	Алматинский центр паллиативной помощи
14 ноября 2011 года	Ерболат Баиров	Усть-Каменогорский хоспис
15 ноября 2011 года	Бакытгуль Набиева	Усть-Каменогорский хоспис
15 ноября 2011 года	Асем Касенова	Хоспис «Солярис», Павлодар
15 ноября 2011 года	Алан Оздоев	Хоспис «Солярис», Павлодар
15 ноября 2011 года	Б. М. Жумадуллаев	Институт онкологии и радиологии
15 ноября 2011 года	Аман Жангиреев	Национальный центр проблем туберкулеза, Алматы
15 ноября 2011 года	Гульнара Смаилова	Национальный центр проблем туберкулеза, Алматы
15 ноября 2011 года	Г. М. Ахметов	Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, Алматы
10 сентября 2012 года	Жанна Калматаева	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
11 сентября 2012 года	Бахыт Туменова	Неправительственная организация «Аман-саулык»
11 сентября 2012 года	Райкуль Копжасарова	Алматинский центр паллиативной помощи

В Алматы и Астане была проведена серия встреч членов рабочей группы для обсуждения разработки казахстанских стандартов паллиативной помощи: в ноябре 2010 года (**Приложение C**), в апреле 2011 года (**Приложение D**), в ноябре 2011 года (**Приложение E**) и в сентябре 2012 года (**Приложение F**). На этих встречах присутствовали представители всех хосписов и организаций, оказывающих паллиативную помощь, и другие основные заинтересованные стороны.

КАЗАХСТАН – СТРАНА

Казахстан - это центрально-азиатская страна без выхода к морю, имеющая границы с Китаем, Кыргызстаном, Россией, Туркменией и Узбекистаном. Столица Астана с населением около 650 000 человек (2009 год), население бывшей столицы Алматы - 1 383 000 человек (2009 год). Территория Казахстана 2 724 900 квадратных километров (по площади суши 9-я страна в мире). Если сравнить, территория Казахстана чуть меньше, чем четыре территории американского штата Техас. Общая протяженность сухопутных границ Казахстан составляет 12 185 км, из которых граница с Китаем составляет 1 533 км, граница с Кыргызстаном составляет 1 224 км, граница с Россией составляет 6 846 км, граница с Туркменистаном составляет 379 км и граница с Узбекистаном составляет 2 203 км. Россия арендует приблизительно 6 000 квадратных километров территории, включающей в себя космодром Байконур. В январе 2004 года Казахстан и Россия продлили аренду до 2050 года. Кыргызстану еще предстоит ратифицировать соглашение от 2001 года о

делимитации границы с Казахстаном, полевая демаркация границы с Туркменистаном началась в 2005 году, а с Узбекистаном в 2004 году. Проводимая демаркация границы с Россией началась в 2007 году, демаркация границы с Китаем была завершена в 2002 году, проведение границы по дну Каспийского моря с Туркменистаном обсуждается, Азербайджан, Казахстан и Россия ратифицировали соглашения о делимитации границ по дну Каспийского моря исходя из срединной линии, хотя Иран продолжает настаивать на своем праве на одну пятую часть этого водоема.

Для казахстанского климата характерны холодная зима и жаркое лето, засушливый и полузасушливый климат, местность представляет собой огромную плоскую степь, тянущуюся от Волги на западе до Алтайских гор на востоке и от равнин Западной Сибири на севере до оазисов и пустынь Центральной Азии на юге. Природные ресурсы включают в себя крупные залежи нефти, природного газа, угля, железной руды, марганца, хромовой руды, никеля, кобальта, меди, молибдена, свинца, цинка, бокситов, золота и урана. Природные угрозы включают в себя землетрясения на юге и сели около Алматы. Несмотря на то, что был подписан ряд международных соглашений (о загрязнении атмосферного воздуха, экологической модификации, опасных отходах и т.д.), экологические проблемы включают в себя площадки с радиоактивными или токсичными химическими веществами от бывших оборонных предприятий и испытательных полигонов, рассеянные по стране и представляющие угрозу здоровью людей, в некоторых городах также наблюдается значительное промышленное загрязнение (например, слой вредных химических пестицидов, поднимаемых ветром и превращающихся в пагубный пылевой ураган) и загрязнение почвы вследствие избыточного использование химикатов в сельском хозяйстве. Сельскохозяйственное производство включает в себя зерно (в основном пшеница весной), хлопок и крупный рогатый скот. Промышленное производство включает в себя добычу нефти, угля, железной руды, марганца, хромита, свинца, цинка, меди, титана,

бокситов, золота, серебра, фосфатов, серы, урана, железа и стали, производство тракторов и другой сельхозтехники, электрических двигателей и строительных материалов. В значительном количестве незаконно выращивается каннабис для потребителей в странах СНГ, а также ограниченно выращиваются опийный мак и эфедра (для такого препарата, как эфедрин), ограниченное уничтожение государством незаконных культур, пункт транзита наркотиков из Юго-западной Азии в Россию и страны Европы, значительный потребитель опиатов.

Исходная информация

Этнические казахи, смесь тюркских и монгольских кочевых племен, которые мигрировали в регион в XIII веке, редко объединялись как единая нация. Территория была завоевана Россией в XVIII веке, а советской республикой Казахстан стал в 1936 году. В 50-е и 60-е годы в рамках программы по освоению целинных земель жителей Советского Союза поощряли к оказанию помощи в возделывании пастбищных земель на севере Казахстана. Этот приток иммигрантов (в основном русской национальности, но также представителей некоторых других депортированных народностей) нарушил этнический расклад и позволил численности этнических неказахов превысить численность коренного населения. Независимость, полученная в 1991 году, сподвигла многих этих переселенцев к эмиграции. Экономика Казахстан больше экономик всех других центрально-азиатских республик в значительной мере благодаря огромным запасам природных ресурсов в Казахстане. В настоящее время стоят такие задачи, как развитие сплачивающей национальной идентичности, увеличение добычи энергоресурсов и их экспорт на мировые рынки, диверсификация экономики помимо добычи нефти, газа и руды, повышение экономической конкурентоспособности Казахстана, развитие многопартийности в парламенте, продвижение политических и социальных реформ и укрепление отношений с соседними странами и другими иностранными державами. В Казахстане 14

провинций (облыстар, единственное число – облыс) и три крупных города (каладар, единственное число – кала); Алматы облысы, Алматы каласы, Акмола облысы (Астана), Актобе облысы, Астана каласы, Атырау облысы, Батыс Казакстан облысы [Западный Казахстан] (Орал), Байконыр каласы [Байконур], Мангыстау облысы (Актау), Онтустик Казакстан облысы [Южный Казахстан] (Шымкент), Павлодар облысы, Караганды облысы, Костанай облысы, Кызылорда облысы, Шыгыс Казакстан облысы [Восточный Казахстан] (Оскемен), Солтустик Казакстан облысы (Петропавловск), Жамбыл облысы (Тараз).

Государству в Казахстане принадлежат почти все радио и телевизионные передающие мощности и оно эксплуатирует национальные телевизионные и радиосети. Почти все республиканские телеканалы полностью или частично принадлежат государству, некоторые бывшие государственные СМИ были приватизированы, граждане со спутниковыми тарелками имеют доступ к иностранным СМИ, есть небольшое количество коммерческих радиостанций, работающих наряду с государственными радиостанциями. Недавно принятые законы требуют, чтобы все СМИ проходили государственную регистрацию, а все телевизионные каналы к 2015 году вещали в цифровом формате.

Экономика: обзор

С точки зрения географии Казахстан является крупнейшей бывшей советской республикой после России и обладает огромными запасами ископаемого топлива и значительными запасами других полезных ископаемых и металлов, таких как уран, медь и цинк. Также есть крупная сельскохозяйственная отрасль, в основном животноводство и зерноводство. В 2002 году Казахстан стал первой страной на постсоветском пространстве, которая получила инвестиционный кредитный рейтинг. Экономика Казахстана в значительной степени восстановилась после глобального финансового кризиса 2008 года, и ВВП вырос на 7% в год в 2011 году.

Локомотивом этого роста являлись, являются и будут являться добывающие отрасли. Внутриматериковый Казахстан, имеющий ограниченный доступ к глубоководным морям, зависит от своих соседей при экспорте своей продукции, особенно нефти и зерна. Хотя его каспийские порты, трубопроводы и железные дороги, перевозящие нефть, были модернизированы, гражданская авиация и автомобильные дороги не получили столько внимания. Телекоммуникации совершенствуются, но требуют значительных капиталовложений, так же как и информационно-технологическая база. Поставки и распределение электроэнергии могут быть нестабильными из-за региональной взаимозависимости. В конце 2007 года мировые финансовые рынки заморозились и остановка притока капитала в казахстанские банки вызвала кредитное ограничение. Последующее резкое падение цен на нефть и сырье в 2008 году ухудшило экономическую ситуацию, и Казахстан погрузился в рецессию. Хотя мировой финансовый кризис нанес значительный урон экономике Казахстана, она восстановилась. В ответ на кризис правительство республики девальвировало тенге (валюта Казахстана) для стабилизации рыночного давления и влило около 10 миллиардов долларов США в качестве меры стимулирования экономики. Рост цен на сырье способствовал оживлению экономики Казахстана, чьи темпы роста составили около 7% в 2010 и 2011 годах. Несмотря на хорошие макроэкономические показатели, правительство осознает, что экономика страдает от избыточной зависимости от нефтяной отрасли и добывающих отраслей, от так называемой «голландской болезни». В ответ на это Казахстан начал амбициозную программу диверсификации, направленную на развитие конкретных отраслей, таких как транспорт, фармацевтика, телекоммуникации, нефтехимия и переработка сельхозпродукции. В 2010 году Казахстан вступил в Таможенный союз Беларуси, Казахстана и России в попытке содействовать притоку иностранных инвестиций и улучшить торговые взаимоотношения. Страна, как ожидается, вступит во Всемирную торговую организацию в 2012 году, что должно также помочь в развитии перерабатывающей отрасли и базы сферы услуг.

В 2011 году темпы роста промышленного производства в Казахстане по оценкам составили 3,5% (96-е место относительно других стран мира), по оценкам ВВП Казахстана (по паритету покупательной способности) достиг 216,4 миллиарда долларов США (53-е место относительно других стран мира), ВВП (по официальному обменному курсу) по оценкам составил 180,1 миллиарда долларов США, реальные темпы роста ВВП по оценкам составили 7,5% (16-е место относительно других стран мира). В 2010 году количество рабочей силы в Казахстане достигло приблизительно 8,733 миллионов (55-е месте относительно других стран мира), из них: 25,9% в сельском хозяйстве, 11,9% в промышленности и 62,2% в сфере услуг. В 2011 году безработица в Казахстане составила приблизительно 5,4% (52-е место относительно других стран мира), инфляция в Казахстане составила 7,4% (162-е место относительно других стран мира). Население ниже черты бедности в Казахстане составило 8,2% (2009 год).

Население

Языки: казахский (Qazaq, государственный язык) 64,4%, русский (официальный, используемый в ежедневном общении, определенный как «язык межнационального общения») 95% (2001 год). Этнические группы в Казахстане включают в себя: казахи (Qazaq) 63,1%, русские 23,7%, узбеки 2,8%, украинцы 2,1%, уйгуры 1,4%, татары 1,3%, немцы 1,1%, другие 4,5% (перепись населения 2009 года). Конфессии включают в себя: ислам 47%, православие 44%, протестантство 2%, другие конфессии 7% (2001 год). В июле 2012 года численность населения Казахстана по оценкам составила 17 522 010 человек – 60-я страна мира по численности населения, чистый показатель миграции составил 0,43 мигранта(ов)/1 000 человек (64-е место относительно других стран мира).

В 2011 году возрастная структура в Казахстане оценивалась следующим образом: 0-14 лет - 21,6% (1 709 929 мужчин/1 637 132 женщин), 15-64 лет - 71% (5 373 755 мужчин/5 654 461 женщин), 65 лет или более - 7,4% (392 689 мужчин/754 407 женщин). Средний возраст по оценкам составил в целом 30,2 лет: мужчины 28,7 лет, женщины 31,9 лет. В 2012 году темпы роста численности населения составили по оценкам 1,235% (94-е место относительно других стран мира), рождаемость составила по оценкам 20,44 рождений/1 000 человек (87-е место относительно других стран мира), а смертность по оценкам составила 8,52 смертей/1 000 человек (83-е место относительно других стран мира).

В 2012 году гендерное соотношение в Казахстан было следующим: при рождении 0,94 мужчин/женщин, до 15 лет 1,01 мужчин/женщин, 15-64 лет 0,94 мужчин/женщин, 65 лет и более 0,52 мужчин/женщин, все население 0,92 мужчин/женщин. В 2012 году показатель младенческой смертности был следующим: всего 23,06 смертей/1 000 живорожденных, мужчины 25,83 смертей/1 000 живорожденных, женщины 20,46 смертей/1 000 живорожденных (85-е место относительно других стран мира). В 2012 году средняя продолжительность жизни составила: всего население 69,63 лет, мужчины 64,34 лет, женщины 74,59 лет (148-е место относительно других стран мира).

Рак

Рак является значимой проблемой здравоохранения в Казахстане и третьей ведущей причиной преждевременных смертей в стране. Каждый год у более чем тридцати тысяч казахстанцев диагностируется рак. Самыми распространенными видами рака являются рак легких, рак кожи, рак груди и рак желудка. Рак легких является наиболее распространенным онкологическим заболеванием у мужчин, а рак груди является наиболее распространенным онкологическим заболеванием у женщин. Помимо факторов образа жизни, таких как курение и злоупотребление

алкоголем, считается, что многие проблемы со здоровьем у казахстанцев (включая рак) возникают из-за ухудшения экологии, например, из-за промышленного и агрохимического загрязнения и площадок с токсичными химикатами, в прошлом принадлежавших оборонному ведомству.[3]

С 2005 года в Казахстане постепенно снижалась заболеваемость раком на 100 000 человек (но немного выросла в 2009 году): 192,6 в 2005 году, 186,5 в 2006 году, 184,7 в 2007 году, 179,7 в 2008 году, 181,9 в 2009 году,[4] распространенность рака в Казахстане в 2009 году составила 0,87%. Стандартизированный показатель смертности («СПС») от злокачественных новообразований (все возрастные группы на 100 000 человек) составил 156,57.[5] Можно предположить, что снижение показателя смертности от рака может быть как минимум частично отнесено на счет постепенного восстановления казахстанской системы здравоохранения после развала Советского союза в конце двадцатого века. В начале двадцать первого века наблюдались стабильность в системе здравоохранения и реализация усовершенствованных программ в сфере лечения рака (поставка лекарственных средств для химиотерапии, модернизация рентген-аппаратов), скрининга (было закуплено 100 новых аппаратов для маммографии в разных регионах и областях) и ранней диагностики.[6] Программы раннего выявления рака груди и рака шейки матки реализуются в Казахстане с 2008 года. В рамках этих программ каждая женщина в возрасте от 35 до 60 лет проходит маммографию и каждые пять лет проводится исследование мазка на онкоцитологию.[7]

[3]А. Байжуманова, Дж. Сакамото, 2010 г. «Рак в Казахстане: текущая ситуация». «Хроники исследования и лечения раковых заболеваний». Том 18(2): 65-68.
[4]http://www.mz.gov.kz/index.php?wakka=Eng/Media/PressRelizy/10112010eng1
[5]http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_99768200133432576 9&ind=1510
[6]http://www.mz.gov.kz/index.php?wakka=Eng/Media/PressRelizy/10112010eng1
[7]А. Байжуманова, Дж. Сакамото, 2010 г. «Рак в Казахстане: текущая ситуация». «Хроники исследования и лечения раковых заболеваний». Том 18(2): 65-68.

Снижение показателей смертности также приписывается на счет обучения специалистов (в частности, подготовку цитологов для проведения исследований на рак шейки матки), например, в 2009 году в Казахском институте онкологии и радиологии была создана «научно-образовательно-практическая кластерная группа» для объединения усилий восьми отделений онкологии медицинских университетов, семи онкологических диспансеров и ученых-онкологов. Проводились конференции, секционные встречи и мастер-классы, посвященные вопросам ранней диагностики, скрининга и лечения рака груди, рака шейки матки, колоректального рака и рака простаты. Международные специалисты по раку также сотрудничали с этой группой. Казахстан является партнером Европейской школы онкологии от Содружества независимых государств («СНГ») (2009-2014 годы).

В 2009 году 29 071 человек были зарегистрированы в Казахстане как больные раком. С точки зрения заболеваемости рак легких составляет 12,3% от всех случаев, рак груди (11,3%), рак кожи (10,6%), рак желудка (9,2%) и рак шейки матки (4,65%).[8] В 2009 году распространенность рака трахеи, бронхов и легких на 100 000 составила 22,44, СПС от рака трахеи/бронхов/легких (все возрастные группы) на 100 000 человек составил 28,63, СПС от рака трахеи/бронхов/легких (0-64) на 100 000 человек составил 15,96, распространенность рака шейки матки на 100 000 человек составила 16,38, СПС от рака шейки (все возрастные группы) на 100 000 человек составил 9,35, СПС от рака шейки (0-64) на 100 000 человек составил 7,4; распространенность рака груди у женщин на 100 000 человек составила 39,61, СПС от злокачественных новообразований в груди у женщин (все возрастные группы) на 100 000 человек составил 19,7, СПС от злокачественных новообразований в груди у женщин (0-64) на 100 000 человек составил 14,18.[9] В результате ретроспективного исследования, проведенного Казахским научно-

[8]http://www.mz.gov.kz/index.php?wakka=Eng/Media/PressRelizy/10112010eng1
[9]http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_99768200133432576 9&ind=1510

исследовательским институтом онкологии и радиологии с участием 28 707 пациенток с раком груди в течение десяти лет (1999-2008 годы), было сделано заключение, что самая высокая распространенность этой болезни наблюдается у женщин в возрасте от 50 до 59 лет.[10]

ВИЧ/СПИД

Министерство здравоохранения Республики Казахстан координирует многоотраслевые меры реагирования на эпидемию ВИЧ/СПИД, обеспечивает правовую базу и политику и укрепляет партнерские отношения между всеми заинтересованными сторонами (включая оказание более значительной поддержки НПО республики). В 2006 году в Казахстане была принята Национальная программа борьбы с ВИЧ/СПИД с целью стабилизации распространения ВИЧ в группах высокого риска. Национальный комитет по координации борьбы против СПИД координирует многоотраслевые меры реагирования на эпидемию, обеспечивает правовую базу и политику и укрепляет партнерские отношения между всеми заинтересованными сторонами. Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД осуществляет общее руководство и координацию мер реагирования на ВИЧ/СПИД, предпринимаемых в здравоохранении, включая профилактику, уход и лечение. Инфраструктура борьбы с ВИЧ/СПИД состоит из 21 центра профилактики и контроля СПИД, работающих во всех крупных областях и городах. Больницы, противотуберкулезные центры и онкодиспансеры обеспечивают лечение условно-патогенных болезней, а также обеспечивают **некоторые элементы паллиативной помощи** (*но не предоставляют услуги паллиативной помощи*) для пациентов в терминальной стадии. В 2008 году Министерство здравоохранения издало два важных приказа, расширяющих меры профилактики ВИЧ/СПИД в республике:

[10] Н. Игисинов, З. Билялова, С. Игисинов, П. Сейтказина. 2010 г. «Рак груди в Казахстане: эпидемиологические аспекты». Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии.

- Приказ Министерства здравоохранения от 5 февраля 2008 года № 45 «О мониторинге и оценке деятельности по противодействию эпидемии СПИД» ввел комплексный набор индикаторов для мониторинга ситуации с ВИЧ/СПИД в республике;
- Приказ Министерства здравоохранения от 29 декабря 2008 года № 699 урегулировал меры, направленные на профилактику передачи от матери плоду, и утвердил клинические стандарты на основе директив ВОЗ.[11]

Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения (одобренный в сентябре 2009 года) не содержит каких-либо ограничений на въезд, пребывание или проживание людей с ВИЧ («ЛВИЧ») в Казахстане, хотя некоторые приказы, содержащие ограничения на въезд, еще не отменены и целый ряд вопросов в Кодексе о здоровье народа и системе здравоохранения, связанных с ВИЧ, требует прояснения.[12] Правительство республики включило ВИЧ в государственную программу развития здравоохранения в период с 2011 по 2015 годы.

Министерство здравоохранения играет ведущую роль в деятельности по мобилизации населения. Такие международные неправительственные организации, как «Попьюлейшн сервисиз интернэшнл» играют активную роль в программах социального маркетинга.[13] Помимо существующей Национальной комиссии по делам здравоохранения в декабре 2009 года был создан Координационный комитет по работе с донорскими организациями и международными организациями. Его возглавляет министр здравоохранения.[14] Такие национальные государственные организации, как Центры здорового образа

[11] А. Кацага, М. Кульжанов, М. Карениколос, Б. Речел «Казахстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения в переходном периоде». 2012 г.
[12] http://www.unaids.org/en/Regionscountries/Countries/Kazakhstan/
[13] http://www.who.int/hiv/HIVCP_KAZ.pdf
[14] http://www.unaids.org/en/Regionscountries/Countries/Kazakhstan/

жизни в Астане и Алматы осуществляют информационную, образовательную и коммуникационную деятельность по вопросам ВИЧ/СПИД среди населения и молодежи, а также координируют деятельность по обучению в сфере здравоохранения в СМИ и системе образования.[15] Меры по противодействию ВИЧ являются частью программ по репродуктивному здоровью, борьбы с туберкулезом, здоровья матери и ребенка. Обучение в сфере борьбы с ВИЧ в школах является факультативным, но нуждается в усилении.

Однако есть некоторые проблемы, связанные с ВИЧ/СПИД в Казахстане: недостаток у чиновников знаний об этой болезни, достаточно высокая текучесть кадров среди чиновников, опытные чиновники зачастую закрепляются за другими проектами (тем самым ослабляются технические возможности национальных институтов), отсутствие координации и многоведомственного взаимодействия между соответствующими подразделениями правительства и опасение, что деятельность по профилактике ВИЧ не будет надлежащим образом и полно отражена в Программе охраны здоровья и может даже затеряться среди других приоритетов сферы здравоохранения - например, заинтересованность государства в финансировании деятельности по сокращению вреда низкая, поэтому эта деятельность финансируется из средств проекта Глобального фонда по борьбе с СПИД, туберкулезом и малярией («ГФБСТМ»).

Международное содействие для профилактики и лечения ВИЧ/СПИД в Казахстане самое значительное; отдельно стоит упомянуть поддержку, оказываемую ГФБСТМ, который предоставил грант в размере 35 335 883 миллионов долларов США (2009-2014 годы). Совместная программа ООН по борьбе с ВИЧ/СПИД оказывает поддержку правительству в вопросах политики. Тематическая группа ООН по ВИЧ/СПИД, наркотическим веществам и уязвимым группам в Казахстане

[15]http://www.who.int/hiv/HIVCP_KAZ.pdf

поддерживает различные министерства в разработке стратегических программ профилактики ВИЧ/СПИД. Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД обеспечивает общее руководство и координацию мер реагирования здравоохранения на ВИЧ/СПИД, включая профилактику, уход и лечение. Региональный учебно-информационный центр по проблемам помощи и лечения при ВИЧ/СПИДе в Евразии (поддерживаемый Германским обществом по международному сотрудничеству («ГОМС») и Региональным представительством ВОЗ в Европе совместно с Американским международным союзом здравоохранения) поддерживает усилия по созданию возможностей в Казахстане. Региональное представительство Американского агентства по международному развитию в Центральной Азии выделило 13 миллионов долларов США через проект наращивания мощностей (Центрально-азиатская программа по контролю и борьбе со СПИД, направленная на молодежь и группы высокого риска), в рамках которой в течение пяти лет предоставляется техническая помощь пяти странам Центральной Азии: приблизительно 35% средств было выделено Казахстану. Казахстан выделил приблизительно 55 миллионов долларов США Национальной программе профилактики СПИД. Дополнительные ресурсы для центрально-азиатских стран можно получить через Всемирный банк.[16] ВОЗ, ЮСАИД и представительство Американских центров контроля и профилактики болезней в Центральной Азии оказывают поддержку деятельности по наблюдению.[17]

В 2009 году показатель распространенности ВИЧ/СПИД среди взрослых в возрасте от 15 до 49 лет по оценкам составил 0,1% (134-е место относительно других стран мира), приблизительно 13 000 человек в Казахстане жили с ВИЧ/СПИД (89-е место относительно других стран мира), при этом причиной приблизительно 500 смертей были ВИЧ/СПИД (89-е место относительно других стран мира).[18] По

[16]http://www.unaids.org/en/Regionscountries/Countries/Kazakhstan/
[17]http://www.who.int/hiv/HIVCP_KAZ.pdf
[18] Всемирный сборник фактов, Центральное разведывательное управление («ЦРУ»)

оценкам приблизительно 1 900 человек были впервые инфицированы в 2009 году.[19] Заболеваемость ВИЧ составила 13,07 на 100 000 человек (2009 год), заболеваемость СПИД составила 1,09 на 100 000 человек (2009 год).[20]

К концу 2010 года Казахстан сообщил о кумулятивном итоговом количестве случаев заражения ВИЧ (15 754) и СПИД (1 242).

Всего 1 507 630 человек старше 15 лет были исследованы на ВИЧ и получили результаты в 2010 году, в этом году 1 988 человек впервые инфицировались ВИЧ, 256 человек впервые инфицировались СПИД и 165 человек умерли от ВИЧ/СПИД. Показатель впервые диагностированных с ВИЧ в 2010 году составил 12,4 на 100 000 человек. Случаи первичного инфицирования ВИЧ в 2010 году, по которым были известны способы передачи (96%), включают в себя: 43% - это те, кто были инфицированы при гетеросексуальном контакте, 55% - это те, кто были инфицированы при внутривенном приеме наркотиков, 1% - это те, кто инфицировался при гомосексуальном контакте, и 1% - это дети, инфицированные матерями. Казахстан сообщил о кумулятивном итоговом количестве (155) случаев передачи от матери ребенку, включая 21 случай в 2010 году. Большинство людей, живущих с ВИЧ/СПИД, это мужчины, хотя доля зараженных женщин, как сообщается, увеличивается. По оценкам 2009 года приблизительно 7 700 казахстанских женщин живут с ВИЧ. Все женщины имеют равный доступ к помощи наряду с мужчинами, но решение о защищенном сексе в большинстве случаев по-прежнему является прерогативой мужчин.

Из ставших известными случаев первичного инфицирования в 2010 году 63% - это впервые инфицированные мужчины.[21] В Казахстане ВИЧ/СПИД

[https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/kz.html]
[19]http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf
[20]http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_99768200133432576 9&ind=1510

непропорционально наблюдается у молодых мужчин, которые находятся вне активной экономической жизни и особенно уязвимы, наиболее часто инфицирующаяся возрастная группа от 20 до 29 лет.[22] На Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН в 2009 году (отчет ССГА ООН) было сделано предположение, что молодым людям требуется больше обучения – только 19% правильно определили пути передачи ВИЧ и многие неправильно понимали их.

Все области сообщили о случаях инфицирования ВИЧ, но наиболее пострадавшие регионы республики - это Караганда, Павлодар, Южно-Казахстанская и Костанайская области и город Алматы. Среди критически важных проблем можно упомянуть сложность работы с уязвимыми слоями населения и одновременную эпидемию и внутривенного приема наркотиков и инфекций, передаваемых половым путем (как сообщается, профилактикой охвачено приблизительно 50%),[23] хотя ВИЧ/СПИД также распространяется на другие уязвимые группы, включая молодежь, мигрантов и дальнобойщиков. Казахстан находится в центре интенсивных маршрутов наркотрафика, и количество наркоманов продолжает ежегодно увеличиваться. Лица, принимающие наркотики внутривенно, принадлежат к самым бедным слоям населения, что ограничивает их доступ к помощи, включая услуги информирования и здравоохранения, чистые шприцы и лечение. Существующая правовая база не способствует профилактике или лечению ВИЧ/СПИД в группах с высокорискованным поведением и не поощряет их к контактам с государственными институтами. Отсутствие социальной и правовой терпимости к деятельности, направленной на уязвимые слои населения, недостаточность средств и неблагоприятные социально-экономические условия, включая растущую бедность, безработицу и сокращающиеся социальные услуги, создали потенциал для быстрого роста случаев инфицирования ВИЧ, ¾ лиц с

[21]http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf
[22]http://www.who.int/hiv/HIVCP_KAZ.pdf
[23]http://www.unaids.org/en/Regionscountries/Countries/Kazakhstan/

диагностированным ВИЧ не имеют работы.[24] Почти одна треть людей с ВИЧ находится в тюрьмах и есть обеспокоенность по поводу доступности для них профилактики и лечения ВИЧ.[25] Еще одним фактором, определяющим и негативно влияющим на эпидемию, является высокая миграция населения, в том числе из зон военных конфликтов, поскольку множество чеченцев и беженцев из Таджикистана и Афганистана в настоящее время проживают в Казахстане.[26]

ВОЗ/Европа оказывают техническую помощь в разработке стратегии внедрения жизненно важных услуг с целью повышения качества ухода для лиц, живущих с ВИЧ/СПИД. Соглашение о двухлетнем сотрудничестве (2010–2011 годы) между ВОЗ/Европой и Казахстаном определяет не только первоочередные действия, но и результаты, которые надо представить. Приоритеты, установленные в рамках соглашения, включают в себя: усиление наблюдения и контроля за заразными заболеваниями, контроль за ВИЧ/СПИД и наращивание возможностей преодоления основных препятствий для осуществления расширенной профилактики, лечения и помощи в случае ВИЧ/СПИД. Наращивание возможностей включает в себя отчет с оценкой ситуации с ВИЧ/СПИД и рекомендации о приоритетных вопросах, требующих решения. Национальные протоколы и директивы по лечению и помощи этой группе пациентов будут по-прежнему обновляться.[27]

С целью достижения общей цели совершенствования профилактики и контроля ВИЧ/СПИД техническая поддержка, связанная с предоставлением антиретровирусной терапии, включит в себя поддержку в реализации финансирования от Глобального фонда, профилактику ВИЧ/СПИД и более широкий

[24]http://www.who.int/hiv/HIVCP_KAZ.pdf
[25]http://www.unaids.org/en/Regionscountries/Countries/Kazakhstan/
[26]http://www.who.int/hiv/HIVCP_KAZ.pdf
[27]http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/kazakhstan/areas-of-work

охват групп высокого риска, добровольное консультирование и испытания, адаптацию и реализацию протоколов ВОЗ для лечения и ухода на местном и республиканском уровнях, обеспечение качественных стандартов закупки антиретровирусных препаратов, наращивание технических возможностей посредством областных и республиканских сетей для обучения в сфере лечения ВИЧ/СПИД, решение проблемы связи между ВИЧ и ТБ, наращивание возможностей неправительственных организаций и внедрение работ по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД в первичную охрану здоровья. Однако необходимо вовлекать представителей гражданского общества в работу по пропаганде мер профилактики ВИЧ/СПИД.

В Казахстане действуют свыше 80 неправительственных организаций («НПО»), занимающихся проблемой ВИЧ/СПИД. Они в основном финансируются за счет иностранных грантов (например, ГФБСТМ).[28] Хотя количество НПО растет, они по-прежнему испытывают проблемы с выполнением своих задач. В значительной мере эти проблемы коренятся в отсутствии комплексной целевой государственной поддержки и в нечетком определении роли НПО в профилактике ВИЧ/СПИД.[29] Закон о профилактике ВИЧ/СПИД оговаривает, что государство несет ответственность за предоставление бесплатного лечения людям, живущим с ВИЧ/СПИД, и за их социальную защиту. Он также призывает правительство предоставлять информацию о ВИЧ/СПИД, проводить профилактику и гарантировать права человека лицам с ВИЧ/СПИД. Обязательное тестирование на ВИЧ применяется только к донорам крови и донорам органов, а остальные граждане могут сделать анализ на добровольной основе. Хотя Закон о профилактике ВИЧ/СПИД предусматривает бесплатное лечение для лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, на практике республиканский и местные бюджеты обычно не

[28] http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf
[29] А. Кацага, М. Кульжанов, М. Карениколос, Б. Речел «Казахстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения в переходном периоде». 2012 г.

предусматривают закупку таких дорогостоящих препаратов. В результате большинство людей не имеют доступа к антиретровирусной терапии из-за ее высокой стоимости.[30]

К концу 2010 года в Казахстане 10 057 человек с ВИЧ были приняты для оказания помощи. Количество людей, получающих антиретровирусную терапию («АРТ»), возросло с семи в 2002 году до 1 336 к декабрю 2010 года. Из 1 336 человек, получающих АРТ, 734 (65%) были мужчинами (пол 212 остался неизвестным), 182 (14%) были заключенными и 673 (50%) были инфицированы при внутривенном приеме наркотиков. По состоянию на 2010 год 513 организаций в республике обеспечивали АРТ. В 2010 году 1% людей, получающих лечение от ВИЧ, был заражен и гепатитом Б, а 8% были заражены и гепатитом С.[31] Согласно статистическим данным Глобального фонда около 1 600 казахстанцев в настоящее время получают АРТ.[32]

Как часть плана ООН по борьбе с ВИЧ/СПИД на 2010 год для помощи Казахстану в получении всеобщего доступа к профилактике, лечению, помощи и поддержке ВОЗ/Европа содействуют расширению диапазона зарегистрированных антиретровирусных («АРВ») препаратов второй очереди в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Наряду с детским фондом ООН и Совместной программой ООН по ВИЧ/СПИД ВОЗ/Европа оказывают содействие правительству в управлении закупками и поставками АРВ-препаратов и предоставляют техническую помощь в пересмотре национальных принципов лечения и помощи пациентам с ВИЧ/СПИД в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Это содействие продолжится через

[30]http://www.who.int/hiv/HIVCP_KAZ.pdf
[31]http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf
[32]http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/KAZ

разработку, утверждение, передачу, публикацию и распространение заключительного отчета на Специальной сессии Генеральной ассамблеи ООН.

ТУБЕРКУЛЕЗ

Казахстан входит в число самых приоритетных стран, определенных в Европе для улучшения контроля и профилактики туберкулеза («ТБ»). В ноябре 1998 года Министерство здравоохранения («МЗ») выпустило официальный норматив, превращающий ДОТС (рекомендованную в мире стратегию контроля ТБ) в стандартный национальный протокол лечения ТБ, и с 1999 года охват ДОТС составляет 100 процентов. В 2008 году ЮСАИД взял на себя обязательство выделить дополнительные финансовые ресурсы для содействия в распространении ДОТС еще на пять регионов. Однако хотя распространенность снижается и общий контроль за ТБ в республике улучшается, необходимы более интенсивные меры для искоренения растущей распространенности ТБ, устойчивого к многим лекарственным средствам («УМЛС»).

Национальная программа борьбы с ТБ координируется Национальным центром проблем туберкулеза на республиканском уровне. ТБ диспансеры руководят борьбой с ТБ под контролем Министерства здравоохранения на областном уровне. В республике была создана сеть лабораторий на выявление ТБ. Она включает в себя Национальную эталонную лабораторию. Однако Центр сталкивается со многими проблемами с точки зрения распределения финансовых и кадровых ресурсов в рамках программы борьбы с ТБ. Несмотря на эти трудности, Казахстан считается относительно успешной страной по сравнению с другими центрально-азиатскими республиками. Правительство Казахстана осознает важность борьбы с ТБ и работает над созданием эффективной системы борьбы с ТБ. Хорошие

результаты были достигнуты во внедрении диагностики и лечения ТБ в первичную помощь.[33]

ТБ представляет собой острую проблему в пенитенциарной системе и среди бывших заключенных. Большинство случае выявляется в рамках системы первичной медико-социальной помощи («ПМСП») и все соответствующие организации отвечают за выявление и перенаправление по адресу лиц, подозреваемых в наличии ТБ. В Казахстане показатель уведомления о новых случаях заболевания ТБ (2008) составил 125,5 на 100 000 человек в гражданском секторе и 767,7 на 100 000 человек в пенитенциарной системе, показатель смертности от ТБ (2008) составил 16,9 на 100 000 человек в гражданском секторе и 115,9 на 100 000 заключенных из-за отсутствия адекватного лечения туберкулеза, устойчивого к многим лекарственным средствам («УМЛС»). В 2008 году 7 808 пациентов с ТБ УМЛС были зарегистрированы среди населения и только 30% из них получили лечение препаратами второй очереди («ПВО»). Что касается заключенных, в то время не было возможности лечения ТБ УМЛС, последующее лечение освободившихся заключенных – это дальнейшая задача для казахстанских служб борьбы с ТБ.

В 2009 году распространенность туберкулеза на 100 000 человек (2009 год) составила 128,78, стандартизированный показатель смертности («СПС») от туберкулеза (во всех возрастных группах) на 100 000 человек (2009 год) составил 14,04.[34] Общее количество ставших известными случаев туберкулеза в 2010 году составило 15 563 случаев, показатели туберкулеза по возрастным группам составили: 0-14 лет – 726 случаев, 15-17 лет – 887 случаев, 18-34 лет – 7 909

[33] http://www.usaid.gov/our_work/global_health/id/tuberculosis/countries/asia/kazakhstan_profile.html

[34] http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_997682001334325769&ind=1510

случаев, 35-54 лет – 4 472 случаев, 55-64 лет – 1 014 случаев, 65 лет и более – 555 случаев.[35]

В соглашении о двухлетнем сотрудничестве в 2010–2011 годах между ВОЗ/Европой и Казахстаном борьба с туберкулезом определяется как приоритетная задача. Наращивание возможностей включает в себя рекомендации по улучшению эффективности Национальной противотуберкулезной программы и наращивание возможностей в сферах, где эффективность имеет критически важное значение.

Партнерские отношения являются важным элементом борьбы с ТБ в Казахстане. ЮСАИД является одной из основных донорских организаций в Казахстане, оказавшей поддержку в основном через проект НАДЕЖДА, ведущим членом консорциума в составе «Джон Сноу, инк.», Центра программ коммуникаций при Университете Джона Хопкинса и Всемирного института туберкулеза при Медицинской школе штата Нью-Джерси. ЮСАИД также поддерживал двухлетний проект борьбы и социальной поддержки в случаях ТБ УМЛС, реализованный в рамках Программы содействия борьбе с туберкулезом и управляемый Фондом ЦОБПТБ. Немецкий банк развития («КфВ») поддерживал борьбу с ТБ посредством инвестиций в обновление мощностей и закупку оборудования для лабораторий. ЮСАИД также оказал поддержку Американскому ЦБПЗ для создания в республике систем наблюдения и информирования о ТБ, Проект наращивания возможностей и Проект ЗдравПлюс.[36]

В ноябре 2009 года ВОЗ организовала миссию в Казахстан с ИКСПАНД-ТБ, проектом по ускорению доступа к диагностике для пациентов с риском ТБ устойчивого к многим лекарственным средствам: проект осуществлялся совместно ВОЗ,

[35] http://www.eng.stat.kz/digital/Health%20care/DocLib1/tuberkulez.xls

[36] http://www.usaid.gov/our_work/global_health/id/tuberculosis/countries/asia/kazakhstan_profile.html

Глобальной инициативой по лекарственным средствам («ГИЛС») и Фондом инновационной новой диагностики («ФИНД») в рамках Глобальной инициативы развития лабораторий («ГИРЛ»). Цель проекта заключалась в усилении услуг лабораторий, делающих анализ на ТБ, для того, чтобы предусмотреть воздействие новых технологий быстрого выявления, определения и анализа на восприимчивость к лекарственным средствам туберкулеза, вызванного микобактерией, и для гарантии того, что попутная лабораторная инфраструктура и финансовые и кадровые ресурсы мобилизуются для содействия их принятию в Казахстане. В рамках проекта представители штаб-квартиры ВОЗ и ФИНД встречались с представителями Министерства здравоохранения и Национальной программы по борьбе с ТБ. Была проведена встреча за круглым столом с соответствующими заинтересованными сторонами (включая Департамент пенитенциарных учреждений Министерства юстиции, Глобальный фонд, Восток-Запад, Американское агентство международного развития, Министерство здравоохранения и Национальную программу борьбы с ТБ), которые также работали с сотрудниками национальной эталонной лаборатории по ТБ, чтобы подать заявку на программное обеспечение, оценивающее лабораторные мощности республики. Проект меморандума о взаимопонимании, подписываемого ФИНД/ВОЗ с правительством РК, был направлен в Министерство здравоохранения, это позволило закупить инновационное оборудование и расходные материалы и расширить возможности сотрудников лабораторий.[37]

Известно о наличии или отсутствии ВИЧ у 97% пациентов с ТБ, приблизительно 1% является носителями ВИЧ.[38] В Казахстане приблизительно у 46% лиц-носителей ВИЧ диагностируется ТБ. Намного выше вероятность того, что у них разовьется ТБ, который является условно-патогенным заболеванием, из-за пониженного иммунитета, вероятность того, что те, кто болеют ВИЧ/СПИД, заболеют ТБ, в пять

[37] http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/kazakhstan/areas-of-work
[38] http://www.tbcare1.org/countries/car/kaz/

раз выше. В Казахстане более одной трети (36%) людей, живущих с ВИЧ, умирают от ТБ.[39]

Казахстанское общество красного полумесяца («Кредо»)

Казахстанское общество красного полумесяца («Кредо») через финансирование от АстраЗенека через Британский красный крест работает в сфере профилактики и борьбы с ТБ/ВИЧ. С 1998 года «Кредо» является членом Европейской сети обществ Красного креста и красного полумесяца по борьбе с ВИЧ/СПИД (ЭРНА) и с 2005 года организация реализует свою интегрированную программу по ТБ/ВИЧ в городах Алматы, Темиртау и Караганда. Как часть плана «Кредо» по решению проблемы туберкулеза («ТБ») в Казахстане комбинированное заражение ТБ и ВИЧ было выделено как жизненно важное для достижения успехов в сокращении распространенности и смертности от ТБ. «Кредо» очень тесно работает с Министерством здравоохранения для гарантии того, что эти услуги координируются. Проект направлен на укрепление системы здравоохранения республики путем реализации его как вспомогательного проекта для государственных программ по ТБ и ВИЧ.

Программа профилактики туберкулеза («ТБ») предусматривает прямое наблюдение за лечением, социальную, психологическую поддержку и консультирование лиц с ТБ и с ТБ устойчивым к многим лекарственным средствам («ТБ УМЛС») и выделяет лиц с комбинированным инфицированием, которые, как считается, скорее всего прекратят свое лечение. Надлежащий прием лекарственных средств от ТБ и завершение лечения жизненно важны не только для пациентов, проходящих лечение, но и для профилактики развития туберкулеза, устойчивого к многим лекарственным средствам («ТБ УМЛС»), и

[39] http://www.ifrc.org/docs/appeals/annual06/Logframes/Europe/CA/KAZAK-Prof.pdf

туберкулеза, устойчивого к широкому спектру лекарственных препаратов, формы заболевания, которую намного труднее и дороже лечить и показатели его излечения ниже.

Многоотраслевая группа «Кредо» в составе психолога, социального работника и юриста поддерживает каждого клиента, в рамках проекта приблизительно 18 добровольцев из числа пациентов были привлечены в качестве тех, кто оказывал поддержку таким же, как они сами. В рамках программы клиентам и их семьям предоставлялись психологические и медицинские консультации и оказывалась поддержка со стороны лиц с такими же проблемами, а также обеспечивались ежемесячные продуктовые передачи с целью поддержания заинтересованности в длительном лечении. Программа содействует доступу к медицинским консультациям для проверки курса лечения или консультации о побочных эффектах лечения. Юридическая помощь также предоставляется и считается жизненно важной, потому что тех, кто болен ВИЧ, часто дискриминируют и иногда им трудно найти работу или даже зарегистрироваться для получения гражданства. Обучение в сфере диагностики и лечения ТБ, а также продвижение более безопасного секса и приема наркотических средств – для сокращения дальнейшей передачи и ТБ и ВИЧ – также включены, в основном это будет направлено на инъекционных наркоманов или секс-работниц. Клиенты обычно направляются Центром профилактики и борьбы со СПИД. Они также могут приходить самостоятельно. Почти три четверти клиентов (74%) – это бывшие заключенные, из которых 52% - это инъекционные наркоманы и бомжи.[40]

СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

[40]http://www.ifrc.org/docs/appeals/annual06/Logframes/Europe/CA/KAZAK-Prof.pdf

Казахстан состоит из 16 административно-территориальных единиц (*областей* и городов). Акимы областей являются ключевыми участниками при принятии решений, касающихся здравоохранения, так же как и финансовые департаменты на *областном* уровне. После обретения независимости Казахстан вначале столкнулся с серьезным экономическим спадом и кризисом в системе здравоохранения.[41] Сокращение затрат на здравоохранение привело к нехватке врачей и закрытию многих центров первичной медицинской помощи (особенно в сельской местности). Как следствие, доступ к организациям здравоохранения для населения Казахстана был зачастую затруднен.[42] С момента обретения независимости после распада Советского Союза ситуация стала более стабильной, и Казахстан предпринял много усилий по реформированию своей системы здравоохранения и реализации новых программ реформ. С момента обретения независимости были разработаны две комплексные программы: Национальная программа реформ и развития здравоохранения (2005-2010 годы) и Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Изменения в предоставлении услуг здравоохранения включили в себя сокращение больничного сектора и повышенный акцент на первичную медико-социальную помощь.[43] Также наблюдается прогресс в продвижении медицины, основанной на доказательствах, и в развитии и внедрении новых принципов клинической практики, а также в повышении качества на уровне медучреждения. Однако ключевые аспекты эффективности системы здравоохранения по-прежнему нуждаются в совершенствовании. Основной проблемой являются региональные диспропорции в финансировании здравоохранения, использовании медицинской помощи и результатов охраны

[41] А. Кацага, М. Кульжанов, М. Карениколос, Б. Речел «Казахстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения в переходном периоде». 2012 г.
[42] А. Байжуманова, Дж. Сакамото, 2010 г. «Рак в Казахстане: текущая ситуация». «Хроники исследования и лечения раковых заболеваний». Том 18(2): 65-68.
[43] А. Кацага, М. Кульжанов, М. Карениколос, Б. Речел «Казахстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения в переходном периоде». 2012 г.

здоровья, хотя в последние годы наблюдалось некоторое улучшение.[44] В 2009 году общие затраты на здравоохранение как % от ВВП составили 4,3% (155-е место относительно других стран мира),[45] всего затраты на здравоохранение составили 553,84 долларов на душу населения, затраты на охрану здоровья населения как % от всех затрат на здравоохранение составили 59,22%, и затраты на охрану здоровья населения как % от всех государственных затрат составили 11,28%.[46]

Министерство здравоохранения – это правительственный орган, отвечающий за систему здравоохранения Казахстана. Министерство является центральным исполнительным органом, направляющим и (в соответствии с законами Республики Казахстан, указами президента и постановлениями правительства Республики Казахстан, другими правовыми актами и положениями) обеспечивает межотраслевую координацию в сфере охраны здоровья граждан и медицинского и фармацевтического образования. Принципиальные задачи министерства таковы: выработка государственной политики охраны здоровья казахстанских граждан, медицинская наука, образование в сфере медицины и фармацевтики, обеспечение лечения безопасными, эффективными и качественными лекарственными средствами и организация и развитие международного сотрудничества. При министерстве есть следующие ведомства: Комитет государственного санитарно-эпидемиологического контроля, Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности и Комитет по контролю за качеством медицинских услуг.[47]

В 2008-2009 годах Министерство здравоохранения реорганизовало структуру своих департаментов и комитетов. Основная деятельность Министерства

[44]http://esa.un.org/unpd/wpp
[45]Всемирный сборник фактов, Центральное разведывательное управление («ЦРУ») [https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/kz.html]
[46]http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_997682001334325769&ind=1510
[47]http://www.mz.gov.kz/index.php?wakka=/Eng

здравоохранения сосредоточена на реформировании и развитии системы медицинского обслуживания (первичная медико-социальная помощь, санитарно-эпидемиологические услуги и содействие здоровому образу жизни), совершенствовании системы управления здравоохранением, материнском и детском здоровье и подготовке и переподготовке персонала медицинских организаций (реформа подготовки медицинских и фармацевтических кадров).

В Казахстане существует проблема высоких показателей материнской, младенческой смертности и смертности детей до пяти лет и Министерство здравоохранения заявило, что их снижение является его приоритетной задачей номер один. Кроме того, наблюдается высокая заболеваемость сердечнососудистыми болезнями и проблемы ментального здоровья, нездоровый образ жизни, высокая заболеваемость заразными болезнями (такими как туберкулез, ВИЧ/СПИД и заболевания, передающиеся половым путем) и инфекциями (такими как гепатит и ВИЧ/СПИД от небезопасного переливания крови). Другие характеристики – это недостаточный доступ к жизненно важным услугам, особенно в сельской местности и через старые управленческие возможности медицинских организаций. Такие болезни, как конго-крымская геморрагическая лихорадка, сибирская язва, бруцеллез и чума по-прежнему эндемичны в республике. В последние годы слишком большой акцент был сделан на высокотехнологичные проекты и деятельность с значительными инвестициями в новое оборудование и инфраструктуру, относительно небольшое внимание уделяется увеличению возможностей базового медицинского обслуживания, например, заболеваемость инфекциями, передающимися половым путем, резко выросла с момента обретения независимости.

В 2009 году количество больниц на 100 000 граждан республики достигло 6,41, количество больничных коек на 100 000 достигло 761,36, плотность больничных коек в Казахстане достигла 7,6 койко-мест на 1 000 человек (11-е место

относительно других стран мира). В 2010 году в Казахстане было 998 больниц, 119 026 больничных койко-мест, 20 502 койко-мест в детских больницах, 143 822 медицинского персонала (включая 63 855 врачей). Количество врачей всех специальностей на тысячу человек достигло 63,8, количество медицинского персонала на тысячу человек достигло 143,8.[48]

Выборочные данные по системе здравоохранения Казахстана (2009 год)[49]

Данные	Показатель
СПС все причины, все возрастные группы, на 100 000 человек	1 239,58
Острая (краткосрочная) госпитализация, на 100 000 человек	5,8
Отделения первичной медико-социальной помощи, на 100 000 человек	49,31
Больничные койко-места в случае помощи в остром состоянии, на 100 000 человек	559,36
Койко-места в интернатах и домах престарелых, на 100 000 человек	133,12
Койко-места в частных стационарах, как % от всех койко-мест	5,75
Врачи, группа медицинских специальностей (кол-во), на 100 000 человек	85,81
% врачей, работающих в больницах	43,6
Врачи общей практики (кол-во), на 100 000 человек	26,1
Медсестры (кол-во), на 100 000 человек	711,22
% медсестер, работающих в больницах	58
Врачи-выпускники на 100 000 человек	18,56
Медсестры-выпускники на 100 000 человек	18,88
Средняя продолжительность пребывания, все больницы	12,1

[48] http://www.eng.stat.kz/digital/Health%20care/19992007/Dynamics%20of%20public%20health.xls

[49] http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_997682001334325769&ind=1510

Средняя продолжительность пребывания, только больницы помощи в острых случаях	9,7
Заполняемость койко-мест в %, только больницы помощи в острых случаях	88,5

В Казахстане врачи учатся шесть месяцев после годичной интернатуры, основанной на шести основных специальностях (ординатура). После интернатуры врачи могут специализироваться в более чем 80 дисциплинах с периодом обучения от двух до четырех лет. Дальнейшее обучение проводится в медицинской аспирантуре или в одном из медицинских научно-исследовательских институтов. Врачи должны проходить краткую переподготовку каждые пять дет, а преподаватели-клиницисты каждые три года. Однако это требование дало сбой из-за сокращения бюджета и трудностей с получением отпуска на работе. Ситуация может сильно меняться в зависимости от региона, при этом самая высокая концентрация работников здравоохранения наблюдается в крупных городах, а нехватка в сельской местности. Несмотря на некоторые реформы качество подготовки и переподготовки остается невысоким, а заработная плата медицинских работников намного ниже средней заработной платы по республике.[50]

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ, *РАБОТАЮЩИЕ В СФЕРЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ* (НО НЕ ОКАЗЫВАЮЩИЕ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ)

В Казахстане есть ряд государственных организаций, работающих в сфере паллиативной помощи и предоставляющих **некоторые элементы паллиативной помощи** (*но не оказывающие паллиативную помощь*). Например, больница сестринского ухода в Экибастузе предоставляет **некоторые элементы паллиативной помощи**, так же как и больница для детей с ВИЧ/СПИД в Южном

[50]А. Байжуманова, Дж. Сакамото, 2010 г. «Рак в Казахстане: текущая ситуация». «Хроники исследования и лечения раковых заболеваний». Том 18(2): 65-68.

Казахстане, где на двух этажах есть 30 палат, в каждой палате по два человека (один ребенок и один родитель). В 2010 году 200 детей с ВИЧ/СПИД получили помощь в больнице (18 смертей - только Южный Казахстан). В больницах и с населением работают психологи для того, чтобы «реинтегрировать детей с ВИЧ/СПИД в школы, социальную жизнь и т.д.». Туберкулезный диспансер предоставляет **некоторые элементы паллиативной помощи** в Казыгуртском районе Южно-Казахстанской области (один врач, шесть медсестер).

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии (отделение платных услуг)

Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии – это эквивалент американского Национального института изучения рака. Институт отвечает за все программы борьбы с раком в Казахстане, обеспечивая многодисциплинарный подход к лечению, образованию и подготовке в сфере лечения рака. Институт также отвечает за выработку политики борьбы с раком в Казахстане. Две национальные программы скрининга для выявления рака груди и рака шейки матки были запущены в 2008 году при поддержке Министерства здравоохранения, а в настоящее время институт работает над разработкой программ скрининга для выявления колоректального рака, рака простаты и рака желудка.[51]

Институт предоставляет **некоторые элементы паллиативной помощи** в форме стационарного обслуживания и услуг дневного ухода. Институт является «самофинансируемым», поскольку есть 20 «платных коек» для пациентов, «около пяти-шести коек» выделяется для «пациентов с неизлечимым раком» (3-я или 4-я

[51]http://www.uicc.org/membership/kazakh-research-institute-oncologyradiology

стадия), «четыре-пять коек» выделяются для пациентов, «получающих облучение», и «десять коек» выделяются для «операбельных пациентов». Кроме того, ежемесячно институт помогает «приблизительно 25 пациентам с ВИЧ/СПИД». В институте нет отдельного отделения для пациентов, **получающих некоторые элементы паллиативной помощи** – все группы пациентов получают помощь в том же отделении «из-за стоимости».

В институте «около 16 сотрудников»: один заведующий отделением, четыре врача (химиотерапевт, радиолог, хирург, кардиолог), пять медсестер и шесть «нянечек». Сотрудники института не проходили какого-либо специального обучения аспектам паллиативной помощи, но обучались аспектам борьбы с болью: обучение заняло две недели и основной акцент был сделан на общие аспекты лечения боли и на такие более специфичные аспекты, как «техника безопасного разведения лекарственных средств, используемых в химиотерапии». Сотрудники института хотели бы пройти дополнительное обучение в этих сферах и других сопутствующих сферах (например, применение опиоидов в онкологии).

Каждый год в институте «около 300 пациентов» получают опиоиды (около 30 пациентов в месяц). Лекарственные средства, которые в настоящее время можно получить в институте, включают в себя «антибиотики (для вливаний), анальгетики и гемостатики». У института «заканчивался морфин» в течение шести месяцев с мая по октябрь 2011 года. У института «есть директивы по снятию боли», но нет директив по «применению опиоидов для снятия боли» или по «получению доступа к опиоидам для снятия боли». Управление закупок отвечает за размещение заказов на поставку опиоидов, врач отвечает за назначение опиоидов, заведующий отделением отвечает за поддержание запасов лекарственных средств и учет применяемых опиоидов (наряду с врачами), либо врач либо дежурная медсестра берет на себя ответственность за раздачу опиоидов, тогда как ответственность за контроль за опиоидами лежит на начальнике управления

вместе с «комиссией, состоящей из пяти представителей Административного управления». Институт сталкивается с «некоторыми трудностями» в контроле за опиоидами из-за излишней и ограничительной бюрократии, например, из-за «лимитов на количество опиоидов, которые можно назначить в какое-то одно время». Препятствием для обеспечения пациентов адекватным снятием боли в Казахстане является «отсутствие трансдермальных опиоидов».

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД предоставляет **некоторые элементы паллиативной помощи** в форме «дневного ухода и психосоциальной помощи». Центр финансируется за счет «государственного бюджета и платных услуг». Есть шесть коек дневного ухода в Центре, где предоставляется помощь «приблизительно 30 пациентам в месяц». В Центре есть восемь работников: один врач, одна медсестра дневного ухода, три социальных работника и три волонтера. Сотрудники Центра прошли обучение «некоторым аспектам» паллиативной помощи («два дня»), но не прошли «никакого обучения» навыкам контроля боли, и сотрудники хотели бы пройти дополнительное обучение в целом ряде сфер, например, оказанию «паллиативной помощи пациентам с двойными инфекционными заболеваниями (ТБ и ВИЧ/СПИД)», поскольку эта группа пациентов сталкивается с «трудным ментальным/культурным отношением к ним в казахстанском обществе». Лекарственные средства, выдаваемые в Центре, включают в себя «антиретровирусные препараты (для профилактического лечения) и антибиотики (для симптоматического лечения)». У Центра «заканчивались некоторые антиретровирусные лекарственные препараты» в шестимесячный период с мая по октябрь 2011 года и у него нет директив по снятию боли или по получению доступа и применению опиоидов для снятия боли. Морфин в Центре не используется.

Национальный центр проблем туберкулеза

Национальный центр проблем туберкулеза предоставляет **некоторые элементы паллиативной помощи** в своем стационарном отделении, в котором есть «около 425 коек». Сотрудники Центра прошли обучение «некоторым аспектам» паллиативной помощи (например, двухдневный курс обучения «разработке протокола»), но не получили «никакого обучения» навыкам снятия боли. Сотрудники Центра хотели бы пройти дополнительное обучение, особенно в сфере оказания «паллиативной помощи пациентам с хроническим туберкулезом». В настоящее время в Национальном центре проблем туберкулеза нет «никаких лекарственных средств» и у Центра нет директив по снятию боли или по получению доступа и применению опиоидов для снятия боли. Препятствием для обеспечения пациентов адекватным снятием боли в Казахстане является «отсутствие пероральных опиоидов".

В разговоре с Аманом Жангиреевым из Национального центра проблем туберкулеза были выделены некоторые из неотъемлемых трудностей, имеющихся в этой сфере. В 1985 году «думали, что первый случай ВИЧ/СПИД в Казахстане является ТБ». «Указом президента» в 1998 году приостановили программу скрининга на ТБ и «вызвали эпидемию» этой болезни. С того времени наблюдается сокращение распространенности ТБ благодаря «лучшей диагностике» в отличие от «экономических причин», например, показатель смертности/заболеваемости ТБ «остается высоким в Западном Казахстане, несмотря на нефтяные доходы». Период с 2003 по 2005 годы описывается как «проблемное время, поскольку противотуберкулезные диспансеры не могли сотрудничать с Центрами профилактики и лечения ВИЧ/СПИД». В течение этого периода у «врачей были трудности с определением точных физических симптомов ТБ в случаях, представленных Министерством здравоохранения («МЗ»)» отчасти из-за «неточной статистики». Например, в 2005 году МЗ сообщило о «286 наркоманах в

Казахстане» (по оценкам из других источников фактическое количество ближе к 250 000), также была обнародована статистика, которая предположила, что «многоштаммный ТБ излечивается «легче», чем обычный ТБ». Действующая государственная статистика также характеризуется как «несоответствующая» (поскольку она «слишком благоприятная»). В Казахстане лечение одного пациента с ТБ стоит «около 50 долларов США в день». Врач получал дополнительные деньги за пациентов с ТБ, но эта система вознаграждения была подвержена злоупотреблениям, поэтому сейчас врачи направляют пациентов в больницу на лечение. Больные ТБ в Казахстане характеризуются как «намного более молодые», чем больные раком. У многих молодых людей/подростков развивается ТБ и в Казахстане один из самых высоких показателей распространенности устойчивой формы ТБ среди стран ЦВЕ/СНГ. У такого показателя распространенности «много финансовых затрат и социальных последствий».

Наиболее распространенной формой ТБ у больных ВИЧ/СПИД является «легочный/менингит» и только «4 из 100 пациентов не ощущают «никаких изменений» в жизненной емкости своих легких» после лечения ТБ. Однако другие формы ТБ конечно существуют – например, больные ТБ позвоночника и ТБ менингитом, которые характеризуются, как «трудноизлечимые». Аман полагает, что ТБ у больных ВИЧ/СПИД «может приходить волнами». Пациенты с ТБ/ВИЧ «не нуждаются в инъекционных лекарственных средствах (только пероральных), но существует проблема с доступностью/наличием». Кроме того, пациенты с ТБ/ВИЧ нуждаются в антибиотиках, но им также требуется антиретровирусная терапия (их сочетание может повредить печени). Анализ крови пациентов с ТБ/ВИЧ характеризуется как «непредсказуемый из-за изменений в течение короткого периода времени» и «быстро наступающей устойчивости к антибиотикам у больных ТБ/ВИЧ/СПИД», поэтому схемы лекарственного лечения должны регулярно меняться (даже в выходные дни, во время государственных праздников и т.д.).

ТБ устойчивый к многим лекарственным средствам может развиться после ТБ как вторичное заболевание. Аман возглавляет группу исследователей-клиницистов, которые разрабатывают новый противотурберкулезный препарат, который был протестирован на 66 пациентах с ВИЧ/ТБ на второй стадии ТБ. С точки зрения эффективности у пациентов «хорошая реакция» на лечение. В течение четырех-пяти месяцев у пациентов переставали развиваться бактерии ТБ «в 100 процентах случаев» и их как клиническое, так и психосоциальное состояние «значительно улучшалось».

В настоящее время в каждом туберкулезном диспансере есть одна палата исключительно для пациентов с ТБ/ВИЧ. Таким образом «в масштабах республики есть около пятнадцати коек » для пациентов с ТБ/ВИЧ, но лечение этой группы больных характеризуется, как «ниже стандарта». Паллиативная помощь для пациентов с ТБ/ВИЧ характеризуется, как «отличающаяся от помощи другим группам пациентов», поскольку лечение может быть отменено из-за роста числа побочных последствий (например, инфекций почек и т.д.). Также хотя «около 50% больных ТБ/ВИЧ могут нуждаться в паллиативной помощи», часто считается «неэтичным лечить их в обычной больнице» («болеющие рядом с умирающими») – они не могут обратиться в традиционный хоспис либо из-за заразности (в настоящее время незаконно принимать в хоспис лиц с ТБ/ВИЧ, которые могут считаться заразными). В настоящее время люди, больные ТБ/ВИЧ, и отсутствие возможности лечения являются «источниками инфицирования» и поскольку им недоступен хоспис или больницы, им неизбежно «приходится умирать дома». Аман также подчеркивает тот факт, что во многих случаях людей с ТБ/ВИЧ сторонятся родные и близкие, которые отказываются оставаться дома из-за стигмы и табу на эту болезнь, они почти всегда безработные и поэтому «очень социально уязвимы».

Таким образом Аман полагает, что Казахстану нужен новый хоспис для больных ТБ/ВИЧ. Благодаря поддержке местного Департамента здравоохранения Аману предоставили помещение на площадке существующего туберкулезного диспансера, где пациенты с ТБ/ВИЧ смогут бесплатно оставаться «настолько долго, насколько необходимо». Предполагаемый хоспис характеризуется, как «свободно стоящее здание», которое, есть надежда, будет особым местом, где больные смогут умирать в «нормальных условиях». В новом хосписе будет «от сорока до шестидесяти коек» и он, возможно, будет получать какие-то средства от государства в первый год как «пилотный проект» - такая поддержка может продолжаться, если будет продемонстрировано, что помощь пациентам в хосписе «затратоэффективна и также оправданна как с моральной, так и с этической точки зрения». В хосписе будет предлагаться паллиативная помощь детям, но признается неотъемлемая проблема того, что дети/молодые люди будут «делить социальное пространство с взрослыми». Основная цель нового хосписа заключается в предоставлении изолированного пространства из-за риска заражения, поскольку пациент с открытой формой ТБ может очень быстро заразить большое количество людей. Таким образом концепция хосписа для людей с ТБ/ВИЧ не только «морально правильна», но также «социально и финансово жизнеспособна». Однако Аман признает, что врачам и медсестрам потребуется специальное обучение и подготовка для того, чтобы оказывать необходимую помощь, но он «почти не знает другие» страны с опытом помощи пациентам с ТБ/ВИЧ. В этом контексте Аман предполагает, что «понадобится техническая поддержка» для того, чтобы подготовить членов междисциплинарной группы (например, социальных работников, психологов и т.д.) к моменту открытия хосписа. Аман также предполагает, что медикам потребуется «моральная и социальная поддержка».

ПОТРЕБНОСТЬ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В КАЗАХСТАНЕ

Представителям казахстанских хосписов задали серию вопросов о текущем состоянии паллиативной помощи в республике. Их ответы приведены в таблице ниже по тексту:

Таблица 1: Ответы на вопросы анкеты, данные представителями казахстанских хосписов

Вопрос	Ответы представителей хосписов
Какой на Ваш взгляд должна быть основная цель паллиативной помощи?	• И снятие боли и пожизненная помощь • Только пожизненная помощь • Помощь, которая избавляет от страданий
В какой еще помощи и/или поддержке на Ваш взгляд нуждаются хронически больные люди?	• Психологическая поддержка • Морально-эмоциональная поддержка • Финансовая поддержка • Доступ к медицинской помощи • Социальная поддержка
Какие услуги на Ваш взгляд государство должно предоставлять людям с такими хроническими заболеваниями, как рак и ВИЧ/СПИД?	• Лечение и помощь • Все услуги, которые предоставляются людям с другими заболеваниями • Обмен опытом с больными из других стран • Психоэмоциональная поддержка • Финансовая поддержка (выплаты, пособия) • Бесплатные опиоиды, бесплатное лечение в больнице, качественные медицинские услуги • Информация для родственников
Каким образом на Ваш взгляд рядом живущие люди должны оказывать поддержку людям с ВИЧ/СПИД и людям с раком?	• Морально и финансово • Отсутствие дискриминации и понимание • Оказывать помощь, снимать боль • Быть добрыми • Не клеймить
Какую информацию на Ваш взгляд следует включить в национальные принципы оказания паллиативной	• Облегчение боли и симптомов • Эмоциональная и психологическая поддержка • Правовые вопросы

помощи?	• Подготовка и обучение
Как бы Вы оценили общие результаты в сфере развития хосписов и паллиативной помощи в Казахстане?	• Начальный уровень • В начале развития • Результатов еще нет • Средние/умеренные
Каковы некоторые из наиболее значительных перемен, которые произошли в сфере хосписов и паллиативной помощи в Казахстане, и что содействовало этим переменам?	• Определение паллиативной помощи • Очень важно, что этот вопрос обсуждается и что разрабатываются директивы • Больше финансирования • Хоспис для детей
Какие события должны произойти сейчас, чтобы улучшить ситуацию с хосписами и паллиативной помощью в Казахстане?	• Разработка стандартов паллиативной помощи • Информирование населения • Определение нормативной базы паллиативной помощи • Необходимы изменения в законодательстве • Хоспис для больных ТБ • Хорошее финансирование/развитие спонсорства • Новые хосписы в регионах (сельских) и городах • Признание на государственном уровне
Каким образом предоставление паллиативной помощи развилось в больницах, интернатах, жилых домах, других местах проживания?	• Паллиативная помощь оказывается в интернатах • Развитие только началось • Во всех этих организациях сотрудников учат как помогать пациентам и этике паллиативной помощи
Сместился ли акцент при оказании паллиативной помощи в Казахстане с больных раком на удовлетворение потребностей «нераковых больных»?	• Да, на больных ВИЧ/СПИД и больных ТБ • Также должны быть астма, психоз, сердечные заболевания и т.д. • Совсем немного
Каковы наиболее значимые задачи в сфере хосписов и паллиативной помощи в Казахстане в следующие три года?	• Информирование населения • Создание системы паллиативной помощи • Финансирование • Обучение и образование

	• Изменение менталитета казахстанского общества • Отсутствие законодательства • Создание новых хосписов
Какую роль, по Вашим ожиданиям, Ваша ассоциация или организация будет играть в решении этих задач?	• Содействие организации паллиативной помощи для больных ВИЧ/СПИД • Оказание организационной и методологической помощи в создании туберкулезного хосписа • Готовить кадры • Обучение и консультирование
На фоне текущего экономического кризиса какими по Вашим ожиданиям будут будущие задачи и их последствия для паллиативной помощи в Казахстане?	• Принятие конкретного законодательства по паллиативной помощи • Появление лидера, который будет работать над развитием паллиативной помощи • Привлечение спонсоров и фондов • Поддержка от государства (финансовая) • Создание центра дальнейшего развития паллиативной помощи в Казахстане • Привлечение национальных компаний для решения внутренних проблем • Обучение врачей общей практики навыкам паллиативной помощи и снятия боли • Понимание, что это необходимо!

Представители хосписов заполнили Рабочие таблицы по стратегическому планированию, которые выявили ряд препятствий для развития паллиативной помощи в Казахстане. Первое указанное препятствие заключалось в нехватке услуг хосписов и паллиативной помощи в республике. Количество хосписов в Казахстане было охарактеризовано как «слишком маленькое и недостаточное для количества людей, нуждающихся в паллиативной помощи» в республике, неравномерное распределение услуг паллиативной помощи также приводит к отсутствию всеобъемлющего охвата всех сельских округов. Были указано несколько первопричин такой ситуации: отсутствие информированности и недооценка населением проблем, связанных с оказанием паллиативной помощи,

неадекватные механизмы финансирования, низкий уровень понимания государственных органов, что означает, что «нет конкретной государственной программы», отсутствие «чемпионов» паллиативной помощи в Казахстане, отсутствие законодательной базы (низкий уровень информированности у других медицинских работников и «отсутствие волонтеров/социальных работников/ собирателей денежных средств». В исследовании, проведенном в 2009 году в рамках проекта «Здоровое старение» совместно с международными организациями, предполагалось, что паллиативная помощь находится только на ранней стадии развития и очень востребована. Отсутствие организаций паллиативной помощи было упомянуто респондентами, как одна из основных проблем.[52]

Представители хосписов заявили о нескольких целях и задачах, которые, будучи достигнуты, по их мнению помогли бы в решении некоторых из этих проблем, например, более широкое вовлечение СМИ и стратегия коммуникации для повышения информированности о казахстанских хосписах, дополнительное законодательство, связанное с затратоэффективностью паллиативной помощи, разработка нормативной базы и стандартов паллиативной помощи и более масштабное образование в сфере паллиативной помощи среди медицинских работников.

Представители хосписов предположили, что необходимо предпринять ряд шагов для достижения этих целей, включая необходимость в «изменении отношения» правительства республики, участие международных донорских организаций, определение новых «чемпионов» паллиативной помощи и разработка «новых методологий и учебных программ». Были определены лица и группы, которые

[52] Аман-саулык (2010 год) «Социально-медицинские проблемы пожилых людей и инвалидов: сегодня и завтра». Астана, Аман-саулык. http://www.amansaulyk.kz/library/socium/9/

обладают полномочиями и/или ответственностью для принятия необходимых действий: правительственные ведомства (например, Министерство здравоохранения, Министерство социальной защиты, Министерство юстиции, Министерство финансов и т.д.), местные власти, организации здравоохранения, директора больниц и т.д. Отвечая на просьбу рассмотреть реалистичный временной график для выполнения этих шагов, представители хосписов предположили «от трех до пяти лет». Для достижения этих целей необходимы финансовые ресурсы для реализации «исследовательских программ и социального маркетинга», «необходима экономическая оценка» и потребуется «улучшение материально-технической базы».

Препятствием для развития паллиативной помощи в Казахстане, как было указано представителями хосписов, является отсутствие в республике Национальной ассоциации паллиативной помощи. Был предположен ряд первопричин этой проблемы: низкий уровень развития паллиативной помощи, отсутствие «чемпионов» паллиативной помощи и потому что «мало специалистов паллиативной помощи» в стране, что зачастую приводит к «потере преемственности» в этой области. Представители хосписов указали ряд целей и задач, которые, будучи достигнуты, по их мнению помогли бы в решении некоторых из этих проблем, например, «собрать специалистов и другие заинтересованные стороны для диалога» и «обмена опытом» с другими странами, где национальные ассоциации были успешно созданы.

Представители хосписов предположили, что для достижения этих целей необходимо предпринять ряд шагов, включая «признание паллиативной помощи в Казахстане», «создание сетей паллиативной помощи» и «семинары для специалистов паллиативной помощи». Были определены лица и группы, которые обладают полномочиями и/или ответственностью для принятия необходимых действий: правительственные ведомства (например, Министерство

здравоохранения, Министерство юстиции и т.д.), местные власти, (например, акимы, главы районов), «международные партнеры», все казахстанские хосписы, специалисты паллиативной помощи и международные «эксперты». Отвечая на просьбу рассмотреть реалистичный временной график для выполнения этих шагов, представители хосписов предположили «приблизительно один-два года». Для достижения этих целей потребуется государственное финансирование на «оказание финансовой поддержки семинарам и т.д.» Концепция создания Национальной ассоциации была идеей, которая была полностью поддержана. Представители Усть-Каменогорского хосписа отметили, что это рассматривалось после встречи за круглым столом в 2003 году, но после встречи не было «достаточной координации», чтобы продвинуться вперед.

Еще одно препятствие для развития паллиативной помощи в Казахстане носит демографический характер и связано с пожилыми людьми. Из «каждой 1 000 онкологических больных, 700 будут «неизлечимыми» и «большинство из них пожилые», паллиативная помощь «относится не только к онкологическим больным и больным ВИЧ/СПИД», но и к пожилым людям, а Казахстан является «стареющей нацией». Комментарии от представителей хосписов отражают недостаток ясности в этой конкретной сфере, паллиативная помощь «это не интернатная помощь, а интернатная помощь – это не паллиативная помощь», хотя, конечно, частично это так. В исследовании, проведенном в 2009 году в рамках проекта «Здоровое старение» совместно с международными организациями, предполагается, что недостаточный доступ пожилых людей к специализированной помощи и помощи крупных медицинских центров является одной из основных причин заболеваемости в этой группе.[53]

[53] Аман-саулык (2010 год) «Социально-медицинские проблемы пожилых людей и инвалидов: сегодня и завтра». Астана, Аман-саулык. http://www.amansaulyk.kz/library/socium/9/

Прочие препятствия для оказания казахстанским больным паллиативной помощи, определенные представителями хосписов, включают в себя «отсутствие понимания» о паллиативной помощи в обществе, «отсутствие преемственности и сотрудничества» с услугами первичной медико-социальной помощи и онкологическими больницами и «отсутствие координирующего центра паллиативной помощи». Кроме того, медицинские организации и организации социальной помощи «не работают совместно друг с другом», поэтому часто очень трудно разработать межведомственный подход (например, Министерство здравоохранения «не очень хорошо работает с Министерством социальной защиты»).

В Казахстане паллиативная помощь включает в себя и «медицинскую помощь» и «социальную помощь». Здравоохранение делится на стационарную помощь и «надомное» обслуживание, но социальная помощь также означает «надомное» обслуживание. Тем не менее обе формы «надомных» услуг отличаются друг от друга и предоставляются разными типами медицинских работников. Также социальная помощь не ограничивается только «надомными» услугами – она также охватывает другие виды услуг, такие как «внеурочные» или «кризисные» ситуации. Учитывая социально-культурный контекст страны, где концепция семьи очень важна, необходимо понимать, что люди хотят провести свои последние дни дома, а не в медицинском учреждении. Стационарные услуги необходимо развивать, но **вместе с** «надомными» услугами.

СУЩЕСТВУЮЩИЕ УСЛУГИ ХОСПИСА/ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

В настоящее время в пяти регионах Казахстана – Алматы, Павлодаре, Караганде, Усть-Каменогорске и Костанае – действуют пять стационарных хосписов/организаций паллиативной помощи, а надомная паллиативная помощь

предоставляется в Семее. Казахстанские хосписы характеризуются как «очень отличающиеся от аналогичных учреждений в развитых странах», поскольку они «финансируются почти полностью государством». Хосписы на 80% финансируются государством, а остальное финансирование поступает от международных организаций.[54]

Алматинский центр паллиативной помощи

Алматинский центр паллиативной помощи является государственным муниципальным учреждением, финансируемым в рамках договора с государством (и частично из местного бюджета). Центр открылся в 1999 году и в настоящее время располагает 100 койко-местами для стационарных больных, из которых 70 койко-мест «бюджетные» (предоставляются больным на безвозмездной основе), а 30 койко-мест платные, около 90% койко-мест для онкологических больных, 10% койко-мест для «других хронических больных в терминальной стадии». Пациентов направляют из других амбулаторных клиник, но есть «некоторые трудности» со специалистами из других областей, которые «неправомерно направляют пациентов в Центр». Критериями получения помощи в Центре являются «три-шесть месяцев жизни», но иногда специалисты «направляют больных раньше».

Центр обслужил «приблизительно 1,4 миллионов людей», оказывая паллиативную помощь «приблизительно 1 000 пациентов в год». Общее количество пациентов Центра в 2008 году достигло 1 952 человек, 2 026 человек в 2009 году и 2 079 человек в 2010 году. Средняя занятость койко-дней на одного пациента составила 17,3 в 2008 году, 17,0 в 2009 году и 16,0 в 2010 году. Основное заболевание, по которому получают помощь в Центре, это сердечно-сосудистые заболевания: 73% в 2008 году, 59% в 2009 году и 53% в 2010 году. Второе основное заболевание – это

[54] А. Кацага, М. Кульжанов, М. Карениколос, Б. Речел «Казахстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения в переходном периоде». 2012 г.

рак: 22% в 2008 году, 32% в 2009 году и 39% в 2010 году. Больные заболеваниями дыхательных путей составили 2% в 2008 году, 4% в 2009 году и 4% в 2010 году, лица с заболеваниями желудочно-кишечного тракта составили 2% в 2008 году, 5% в 2009 году и 4% в 2010 году, при этом граждане с ВИЧ/СПИД составили всего 0,1% в 2008 году, 0,1% в 2009 году и 0,1 % в 2010 году. Больные ВИЧ/СПИД охвачены «скорее в целом системой здравоохранения», а не «программами паллиативной помощи, как таковыми», хотя в Алматинском хосписе есть отдельное крыло исключительно для больных ВИЧ/СПИД. Центр зачастую «не может выйти» на больных ВИЧ из-за «разных потоков финансирования». Также в клиниках для больных ВИЧ/СПИД работники получают «дополнительные деньги» (60% к базовому окладу) за «опасные условия» работы с больными ВИЧ/СПИД – поскольку работники Центра не получают какой-либо дополнительной платы, они «неохотно работают с этой категорией больных».

В Центре работают около 175 человек, включая десять врачей и 63 «сестры-помощницы», соотношение врач-пациент достигает приблизительно 1:20, а соотношение медсестра-пациент достигает приблизительно 1:5. Однако Анархан Нуркеримова из Алматинского центра паллиативной помощи подчеркивает тот факт, что многие медсестры «испытывают страх ухода за умирающими людьми» и это часто удерживает их от участия в оказании паллиативной помощи. Есть также один юрист, один социальный работник, два священнослужителя и несколько волонтеров из религиозных организаций (таких как православная церковь), которые оказывают «большую психологическую и духовную поддержку» больным и членам их семей (они также оказывают некоторую практическую помощь, например, кормят и моют пациентов и т.д.). Главная медсестра проводит беседу со всеми волонтерами перед началом их работы в Центре. Волонтеров направляет в Центр «церковь», поэтому «их прошлый опыт не проверяется». Анархан полагает, что волонтеры «решают множество задач» в Алматинском хосписе. Психоэмоциональные проблемы медицинских работников, работающих в

паллиативной помощи - это сфера, в настоящее время не охваченная казахстанским законодательством, и казахстанские психологи, которые могут оказать помощь в этой сфере, обычно находятся только в университетах, «очень мало» психологов, работающих в медицинских учреждениях. Однако поддержка сотрудников хосписов, как сообщается, «не проблема», поскольку у хосписов есть «некоторые государственные бюджеты» на проведение психоэмоциональных инициатив в этой сфере.

Сотрудники Алматинского хосписа прошли обучение и подготовку в сфере паллиативной помощи в ряде стран, включая Россию, Румынию и Польшу, среди изученных ими тем можно назвать такие темы, как модели оказания услуг, контроль боли (включая оценку боли и новые методы ее лечения), философия хосписа, духовные аспекты паллиативной помощи, оказание психологической помощи пациентам и их близким и принятие многодисциплинарного подхода. Продолжительность обучения и подготовки варьировалась от «одного дня до двух недель». Сотрудники «хотели бы получить больше обучения и подготовки» в сферах духовности и паллиативной помощи, контроля боли и «руководства в лечении болезней помимо рака». Сотрудники Центра «на базовом уровне» проходят обучение тому, как сообщать больному и его семье о диагнозе/прогнозе, но «некоторые сотрудники боятся сообщать плохие новости» и дополнительное обучение и подготовка в сфере коммуникационных навыков «были бы полезными». Эта ситуация усугубляется тем, что «иногда сразу много смертей» происходит в Центре (вызывая «значительные эмоциональные трудности» у персонала), также потому что сотрудники больницы «редко сообщают» пациенту/близким о диагнозе/прогнозе до направления – они «предпочитают направлять их в Центр», чтобы им это сообщили. Критерии оценки качества паллиативной помощи в Центре «постоянно улучшаются», например, ежедневная деятельность в Центре включает в себя карты оценки боли (включая шкалу оценки серьезности боли при раке), использование рекомендованной ВОЗ Шкалы лечения

боли, списки оценки риска от пролежней и регулярно обновляемые списки помощи пациентам (для медсестер). Анархан полагает, что хоспис может на каком-то этапе действовать как методологический центр для всего Казахстана по аналогии с «первым московским хоспис-центром».

Лекарственные средства в настоящее время предлагаются в Центре «согласно формулярам и по потребностям государственного предложения» (это включает в себя «лекарственные средства для симптоматического лечения и инъекционные опиоиды»), хотя в стране есть «только инъекционный морфин». У Центра есть директивы по эффективному применению этих опиоидов (Приказ № 173) и у него «не заканчивались какие-либо жизненно важные лекарственные средства» в течение шести месяцев с мая по октябрь 2011 года. Директор (начальник аптеки) и заместитель директора (врач) отвечают за размещение заказов на опиоиды в Центре, врач (следуя приказу директора) или начальник аптеки отвечает за назначение опиоидов. Врач, начальник аптеки и старшая медсестра отвечают за поддержание запасов опиоидов, регистрацию применения опиоидов и раздачу опиоидов в Центре. Директор и заместитель директора по сестринскому уходу отвечают за контроль за опиоидами. Центр «сталкивается с некоторыми трудностями» в контроле за опиоидами, существует обеспокоенность, что «лекарственные средства будут применяться незаконно» или что «лекарственные средства могут быть украдены людьми со стороны». Также есть проблемы с избыточной бюрократией (например, нормативы истечения срока годности опиоидов должны строго соблюдаться) и отсутствием выбора и наличия опиоидов. «Около 50%» всех пациентов (500) Центра ежегодно обеспечиваются опиоидами. Препятствиями для обеспечения пациентов адекватным снятием боли в Казахстане являются отсутствие пероральных и трансдермальных форм опиоидов и «отсутствие межведомственного подхода» к опиоидам на министерством уровне (например, между Министерством здравоохранения, Министерством внутренних дел, Комитетом национальной безопасности и т.д.).

Анархан выделила некоторые социально-культурные трудности в развитии паллиативной помощи в Казахстане, например, недавно Алматинский хоспис организовал благотворительную прогулку, где члены семей и друзья пациентов совершили прогулку для поиска спонсоров для хосписа. Проверяющие органы обвинили сотрудников хосписа в коррупции и запретили ящики для сбора пожертвований.

Общество красного полумесяца («Кредо»), Караганда

Общественный фонд «Кредо» работает около двенадцати лет над многими проектами, но преимущественно с социально уязвимыми группами населения, ставя своей целью равенство всех маргинализированных групп. Цель «Кредо» заключается в повышении качества жизни людей путем «решения проблем» посредством такой деятельности, как увеличение юридических знаний у больных ВИЧ/СПИД и членов их семей или посредством оказания социальной поддержки. Например, «специальные социальные услуги» включены в приказ о создании «Кредо», услуги, предоставляемые и больному и членам семьи в трудных жизненных ситуациях – «Кредо» работает с детьми в детских домах, у которых были «проблемы с родителями», а также с людьми с «социально значимыми заболеваниями». Однако «Кредо» сталкивается с рядом трудностей при работе с этими группами, например, отсутствие дисциплины и низкая самооценка у больных.

Есть три точки выхода на «Кредо»: их представительство по оказанию социальных услуг находится в городе Абай, благотворительный дом и консультационный центр находятся в городе Темиртау. «Кредо» принимает клиентов, оценивает их потребности и разрабатывает индивидуальные планы помощи, исходя из коллективного подхода и организационных принципов. Масштаб плана помощи

включает в себя «все элементы ВОЗ, в том числе список и проблем и возможностей». Многие клиенты «Кредо» – это люди независимые, но «не знающие о казахстанских законах и законодательстве о правах человека», то есть о праве на получение помощи. Что касается доступности и наличия паллиативной помощи, «Кредо» разработало целостную программу паллиативной помощи для людей, инфицированных ВИЧ/СПИД. Написание отчета было профинансировано Фондом «Открытое общество Казахстан» и хотя не было «значительного интереса к отчету», некоторая определенная заинтересованность была выражена. Отчет завершается призывом к университетским преподавателям и врачам разработать методологическую базу, стандарты и процесс оценки для подготовки медицинских и социальных работников в сфере паллиативной помощи. «Кредо» полагает, что уровень знаний о паллиативной помощи и в обществе и у организаций «очень низкий» и что основной проблемой является предоставление информации населению, поскольку многие люди не знают о своем праве на паллиативную помощь. Также необходимо обсудить кто имеет право на надомную паллиативную помощь с равным доступом для всех. В Караганде паллиативная помощь для больных ВИЧ/СПИД оказывается только в небольших группах и оказание такой помощи более крупным группам характеризуется как «очень трудное». «Кредо» обратилось с письмом в Министерство здравоохранения для получения совета о том, как реализовывать инициативы по оказанию помощи более крупным группам людей.

«Кредо» уделяет основное внимание ВИЧ/СПИД, работая в тесном сотрудничестве с региональным центром ВИЧ/СПИД, который «предоставляет все необходимые лекарственные средства и оборудование». Миссия «Кредо» заключается в попытке изменить общественное мнение в отношении ВИЧ/СПИД, защитить права больных ВИЧ/СПИД и оказать им поддержку. Предыдущие проекты, реализованные «Кредо», включают в себя: ВИЧ/СПИД в пенитенциарной системе – «Кредо» работает в тюрьмах, также работает с семьями заключенных, работает с больными

ВИЧ/СПИД для повышения заинтересованности в лечении, реализует различные проекты сокращения вреда (обмен шприцев среди инъекционных наркоманов, кампании продвижения и просвещения, связанные с заболеваниями, передаваемыми половым путем, психологическая помощь людям, работающим в проектах сокращения вреда) и семинары для медицинских работников и людей, живущих с ВИЧ/СПИД, по правовым вопросам, связанным с ВИЧ/СПИД. Однако у «Кредо» недостаточно финансирования, поэтому разработка многих инициатив характеризуется как «достаточно медленная».

Люди, в основном работающие в «Кредо», являются консультантами, нацеленными на оказание социальной поддержки и повышения уровня знания у реципиентов. «Кредо» также привлекает психологов и социальных работников. Паллиативная помощь в социальной работе основывается главным образом на «понимании концепций в отличие от юридического документа», при этом социальные услуги «предоставляются только детям и пожилым людям». Согласно опыту «Кредо» паллиативная помощь должна быть совместной работой всех членов междисциплинарной группы, включая НПО.

Представители «Кредо» подчеркивают, что необходима преемственность помощи «от больницы до дома» и что необходимо работать совместно с государственными больницами. Пилотный проект оказания надомной паллиативной помощи был реализован в городе Темиртау для людей с ВИЧ/СПИД, эта группа включает в себя членов семей и друзей пациентов. Причина, по которой была выбрана эта конкретная группа для пилотного проекта, заключается в том, что этот регион был одним из первых в Казахстане, где был диагностирован ВИЧ/СПИД. «Кредо» полагает, что хотя «сформулированная стратегия оказания паллиативной помощи или стандарты оказания паллиативной помощи отсутствуют», правительство республики «начинает постепенно понимать», что требуется для обеспечения эффективной надомной паллиативной помощи. Однако пока «Кредо» считает, что

процесс реализации надомной паллиативной помощи мог бы ослабить давление на хосписы для оказания стационарной помощи, они признают, что это может оказаться «очень медленным процессом». Поскольку надомная паллиативная помощь ранее в Казахстане не оказывалась, это будет «очень большой работой». «Кредо» видит основной проблемой сотрудничество между органами власти и НПО, поскольку передача всей ответственности НПО «очень необычна» для государства.

Стационарная паллиативная помощь предоставляется в больнице сестринского ухода Управления хосписов Общества красного полумесяца, которая открылась в 2006 году в Караганде. Этот хоспис финансируется из республиканского бюджета. Там в общем пятьдесят стационарных койко-мест в больнице сестринского ухода: тридцать койко-мест в отделении сестринского ухода и двадцать койко-мест в хосписе. Хоспис обслужил «около пятисот тысяч человек», каждый месяц «около пятидесяти-ста больных ВИЧ/СПИД» и «один-пять онкологических больных» получают паллиативную помощь в хосписе. «Кредо» оказывает различные формы поддержки больным, включая как духовную, так и психолого-социальную помощь.

В больнице сестринского ухода работает «около сорока человек», включая семь врачей, восемь медсестер и двадцать две «сестры-помощницы». Сотрудники «Кредо» посетили Польшу, чтобы посмотреть как можно создать эффективную надомную паллиативную помощь и познакомились с опытом этой страны в том, как «наиболее эффективным способом привлекать волонтеров». В Польше есть «качественные системы набора» и собственный вебсайт волонтеров, проводятся проверки на получение права стать волонтером и разрешается стать волонтером только после испытательного срока. Также есть закон/указ, связанный с волонтерами польских хосписов, где волонтеры считаются теми, кто приносит «много пользы» хоспису и паллиативной помощи. В Казахстане волонтерами часто являются студенты и могут возникнуть трудности при приеме зрелых людей в

качестве волонтеров. «Кредо» попросило правительство республики профинансировать работу волонтеров. Хорошим примером волонтерской работы является Алматинский хоспис, в котором есть установившаяся система волонтерства и в который государственный медицинский университет регулярно направляет волонтеров. Особенно деликатным моментом волонтерства является работа с больными ВИЧ/СПИД и стигма, которая может быть наложена на этот видуволонтерской работы. «Кредо» полагает, что в паллиативной помощи важно привлекать волонтеров «на гуманистической основе» для того, чтобы оказывать поддержку больным людям.

Сотрудники прошли обучение «многим аспектам» паллиативной помощи, включая контроль боли. Это обучение длилось три дня, основное внимание уделялось оценке боли (на конкретных стадиях контроля боли). У большинства волонтеров и социальных работников «Кредо» есть некоторая квалификация (например, диплом социального работника) и сотрудники больницы «не чувствуют, что им необходимо» какое-либо дальнейшее образование и обучение. Однако «Кредо» полагает, что оказание надомной паллиативной помощи должно осуществляться с помощью многоотраслевой группы и что все члены этой группы должны иметь «соответствующее образование и подготовку в сфере паллиативной помощи». Подготовка в сфере паллиативной помощи предоставляется для врачей в Карагандинском медицинском университете посредством различных курсов (например, шестичасовой курс по паллиативной помощи предоставляется в рамках курса по онкологии и педиатрии), хотя нет отдельного курса по самой паллиативной помощи. Подготовка и обучение в сфере паллиативной помощи для социальных работников в рамках многоотраслевой команды характеризуется как «почти несуществующая» в Казахстане. У «Кредо» есть «некоторые внутренние ресурсы» для предоставления ограниченного объема обучения и подготовки, но необходима государственная поддержка для предоставления специализированных курсов паллиативной помощи.

Больница обеспечивает опиоиды «от пятидесяти до семидесяти пациентам в год» («шесть-семь пациентов в месяц»). Лекарственные средства, в настоящее время выдаваемые в больнице, включают в себя анальгетики (для симптоматического лечения) и «все необходимые опиоиды» (включая морфин и Промадол). У больницы «не заканчивались никакие лекарственные средства» в период шести месяцев с мая по октябрь 2011 года. У больницы есть директивы по получению доступа к опиоидам для снятия боли (и по применению опиоидов). Заместитель директора больницы отвечает за размещение заказов на поставку опиоидов и за контроль за опиоидами и за их назначение, врачи больницы также отвечают за назначение опиоидов. Заместитель директора, врачи и старшая медсестра отвечают за поддержание запасов и учет использования опиоидов. Старшая медсестра берет на себя основную ответственность за раздачу опиоидов. Больница «не сталкивается с какими-либо трудностями» в контроле за опиоидами, но признает, что есть препятствия для обеспечения пациентов адекватным снятием боли в Казахстане, например, избыточная бюрократия/контроль, отсутствие сертификации «жизненно важных лекарственных средств» и высокая стоимость опиоидов в республике.

Костанайское отделение паллиативной помощи

Костанайское отделение паллиативной помощи в онкологическом диспансере Карагандинской области – это государственное муниципальное учреждение, финансируемое из республиканского и местного бюджетов. Отделение паллиативной помощи открылось в 1999 году и обслужило «приблизительно двести пятнадцать тысяч человек», в отделении предоставляются услуги и стационара и дневного ухода. Есть пятнадцать стационарных койко-мест (обслуживающие «приблизительно четыреста пятьдесят больных» в год) и пять койко-мест для дневного ухода (обслуживающие «приблизительно сто двадцать

больных», получающих химиотерапию каждый месяц). Каждый месяц отделение паллиативной помощи обеспечивает уход «приблизительно сорока онкологическим больным» (больных ВИЧ/СПИД нет).

В отделении паллиативной помощи работает «около восемнадцати человек»: один врач (заведующий отделением), семь медсестер, девять «сестер-помощниц» и один священнослужитель (который встречается по просьбе пациента/членов семьи). Сотрудники прошли обучение «многим аспектам паллиативной помощи», включая контроль боли (продолжительностью один день, уделяя основное внимание боли, схемам лечения и навыкам коммуникации о боли с пациентом и членами семьи). Однако сотрудники отделения паллиативной помощи «нуждаются в дополнительном обучении и подготовке» в этой сфере (например, «контролю правильной дозировки опиоидов»).

Отделение паллиативной помощи предоставляет опиоиды «350-400 пациентам в год» («около 30 пациентов в месяц»). Лекарственные средства, в настоящее время выдаваемые в отделении, включают в себя Трамадол, анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты и т.д. и у отделения «не заканчивались никакие лекарственные препараты» в период шести месяцев с мая по октябрь 2011 года. Однако качество лекарственных средств, выдаваемых в отделении, характеризуется как «очень плохое» (импортируются из Индии). У отделения паллиативной помощи есть директивы по получению доступа к опиоидам для снятия боли (и по применению опиоидов). Директор аптеки и директор (заведующий отделением) оба несут ответственность за размещение заказов на поставку опиоидов, директор (заведующий отделением) и врачи отвечают за назначение опиоидов. Директор аптеки и старшая медсестра отвечают за поддержание запасов опиоидов, тогда как старшая медсестра, врач и заведующий отделением отвечают за ведение учета использования опиоидов. Врачи и медсестры отвечают за раздачу опиоидов в отделении, а директор (заведующий

отделением) и врач берут на себя основную ответственность за контроль за опиоидами. Отделение паллиативной помощи «не сталкивается с трудностями» в контроле за опиоидами, но признает, что препятствия для обеспечения больных адекватным снятием боли в Казахстане существуют, например, «ненадлежащее качество» опиоидов в республике.

Хоспис «Солярис», Павлодар

В городе Павлодар сравнительно высокий уровень распространенности рака, возможно этому способствует наличие металлургического и химического заводов в городе. Кроме того, южная часть Павлодарской области является частью Семипалатинского ядерного полигона. Центр паллиативной помощи при хосписе «Солярис» открылся в Павлодаре в 1999 году. В первые 18 месяцев его функционирования в хосписе работали только волонтеры и предоставлялись только надомные услуги с оказанием паллиативной помощи «приблизительно 70 больным». Хоспис работал с международными благотворительными организациями, донорскими организациями, государственными организациями и частными компаниями и СМИ для поиска финансирования, которое позволило бы ему провести жизненно необходимый ремонт здания. Хоспис получил государственную лицензию и ресурсы на покупку лекарственных средств, транспортировку и выплату заработной платы. В конце 2002 года было создано стационарное отделение на 15 человек.[55]

[55]http://www.hospicecare.com/newsletter2004/july04/index_Page348.htm

Хоспис в настоящее время финансируется государством из республиканского бюджета. Всего в хосписе 15 стационарных койко-мест, в хосписе также предоставляются услуги надомной паллиативной помощи («приблизительно четыре-пять посещений в неделю врачами и медсестрами»), дневной уход («один-два пациента, приходящие в неделю») и «психологическая поддержка». Хосписом было обслужено «приблизительно 330 000 человек». Каждый месяц хоспис предоставляет паллиативную помощь «приблизительно 15 больным ВИЧ/СПИД» и «приблизительно 30 онкологическим больным».

В хосписе работают «около 19 человек, включая двух врачей (один «терапевт» и один психиатр), пять медсестер, одна старшая медсестра, пять «нянечек», два волонтера и четыре администратора. Сотрудники хосписа были обучены «многим аспектам» паллиативной помощи, например, «структуре и процессам» паллиативной помощи (включая «оказание физической, психологической и социальной помощи умирающему человеку»). Сотрудники также прошли обучение аспектам контроля боли, например, двухнедельные курсы в России и Польше, где основное внимание уделялось схемам лечения при стационарном лечении и дневном уходе. Сотрудники хосписа ощущают, что им необходимо дополнительное обучение и подготовка в сфере «разработки директив по клинико-диагностическому лечению». Сотрудники хосписа «разработали проекты оказания паллиативной помощи» и «приняли участие в перспективных эффективных и социально значимых программах» с другими казахстанскими хосписами. Хоспис также принял участие в «разработке законодательства о паллиативной помощи» и в «продвижении обучения и международного обмена профессионалами». Также было подготовлено несколько публикаций (буклеты, брошюры и т.д.) для «разъяснения принципов паллиативной помощи» больным и членам их семей.

Хоспис обеспечивает опиоидами «около 200 пациентов в год» («около 7-10 пациентов в месяц»). Лекарственные средства, в настоящее время выдаваемые в

отделении, включают в себя анальгетики, препараты против тошноты, антибиотики и т.д. и у отделения «не заканчивались никакие лекарственные средства» в период шести месяцев с мая по октябрь 2011 года. У хосписа есть директивы по получению доступа к опиоидам для снятия боли (и по применению опиоидов). Директор хосписа отвечает за размещение заказов на поставку опиоидов, а врачи отвечают за назначение опиоидов. Старшая медсестра хосписа отвечает за поддержание запасов опиоидов и за ведение учета использования опиоидов. Старшая медсестра отвечает и за раздачу опиоидов (вместе с врачами), а директор хосписа и врачи берут на себя основную ответственность за контроль за опиоидами. Хоспис сталкивается с «некоторыми трудностями» при контроле за опиоидами, например, с ограничениями на хранение и назначение опиоидов («лимиты на количество, которое можно назначить» и т.д.).

Хоспис/Благотворительный фонд социальных услуг, Семей

Хоспис/Благотворительный фонд социальных услуг открылся в 2000 году в Семипалатинске (Семее), индустриальном городе на северо-востоке Казахстана. Оказание этих услуг финансируется частично государством и частично за счет благотворительных донорских организаций, например, ирландской благотворительной организацией «Зе грейтер Чернобыл косекс», у которой есть неафишируемые планы строительства нового хосписа на площадке общей городской больницы.[56] В рамках действующих услуг предлагается только надомная паллиативная помощь, охватывающая «приблизительно 300 000 человек». В предоставлении услуг задействованы «три-четыре человека» (один внештатный врач и две-три медсестры), которые оказывают «социальную, юридическую и

[56]http://www.greaterchernobylcause.ie/

психологическую помощь» больным и членам их семей. Снятие боли обеспечивается как услуга наряду с обучением родных тому, как ухаживать за больным на дому. «Социальная помощь» оказывается в виде приготовления пищи, уборки, помощи с получением пособий и пенсий и т.д. Согласно Министерству здравоохранения есть «как минимум 1 500 больных», которым требуется паллиативный уход в Семее. Бригада надомной помощи тесно сотрудничает с Центром семейных врачей и скорой помощью для оказания паллиативной помощи «приблизительно 160-180 больным в год» (с диагностированным раком 4-й степени). Правительство Германии также оказало некоторую финансовую поддержку этой услуге.

Усть-Каменогорский хоспис

Усть-Каменогорский хоспис – это хоспис в форме «товарищества с ограниченной ответственностью», финансируемого из республиканского бюджета. Хоспис открылся в 2000 году и обслужил «приблизительно 310 000 человек». Хоспис обеспечивает стационарный паллиативный уход. У него есть в целом 60 койко-мест (20 койко-мест в хосписе и 40 койко-мест в интернате). «Неизвестно» сколько человек с раком или ВИЧ/СПИД ежемесячно получают паллиативную помощь в хосписе. Особое внимание уделяется пищевым требованиям пациентов, получающих уход в хосписе. Практические формы поддержки также предоставляются пациенту и членам семьи (например, помощь в решении юридических вопросов, подготовке документов, решении бытовых проблем и т.д.)

В хосписе работает «приблизительно 28 человек»: 11 врачей (включая психиатра, онколога и терапевта»), 12 медсестер, один социальный работник, два священнослужителя и два волонтера. Сотрудники прошли обучение «многим аспектам» паллиативной помощи, включая «ежегодный трехдневный курс обучения контролю боли». Однако сотрудники хосписа «приветствовали бы»

дальнейшее обучение в этой конкретной сфере. Лекарственные средства, в настоящее время выдаваемые в отделении, включают в себя анальгетики и антибиотики, хотя у хосписа «заканчивались анальгетики» в период шести месяцев с мая по октябрь 2011 года. У хосписа нет директив по получению доступа к опиоидам для снятия боли (и по применению опиоидов) и «никто не отвечает» за размещение заказов на поставку опиоидов, поскольку у хосписа «нет лицензии на них».

Педиатрическая паллиативная помощь

Педиатрическая паллиативная помощь оказывается в Алматинском центре паллиативной помощи, но он был основан совсем недавно и б***о***льшая часть паллиативной помощи детям по-прежнему оказывается на дому. В 2012 году общественный фонд «поддержки людей с онкологическими заболеваниями» «Альсагер» открыл первый хоспис для детей с заболеваниями в терминальной стадии и их семей в Алматинском центре паллиативной помощи «Я с тобой: детский хоспис». Приблизительно 160 детей в терминальной стадии и их семьи будут получать паллиативную помощь от этого полнофункционального хосписа, в котором есть аптека. В хосписе работают психолог, врачи и медсестры. В хосписе восемь палат и есть мобильная бригада надомной помощи. В хосписе будет работать многоотраслевая команда, в том числе волонтеры. Также в хосписе будет помещение, где смогут ночевать родители.

Педиатрический хоспис финансируется на 25 процентов государством и на 75 процентов через специальную благотворительную программу, финансируемую казахстанской компанией мобильной связи «Билайн» и компанией, производящей аппараты для снятия боли. Помимо поддержки, оказываемой Фондом «Альсагер», государственные органы, коммерческие организации, церкви, международные

компании и их постоянные представительства, а также обычные казахстанцы объединили свои усилия, чтобы хоспис открылся.[57]

В интервью с Нагимой Плохих и Олжасом Жандосовым из Фонда «Альсагер» были представлены дополнительные данные о хосписе: Нагима является онкологом и координатором программы в Фонде «Альсагер», а Олжас также является врачом-онкологом. Они оба подчеркнули необходимость в детском хосписе в Казахстане, потому что это «другой вид помощи», который необходим. Фонд «Альсагер» инициировал этот проект в 2008 году, сподвигнув правительство республики на разработку конкретного закона о педиатрической паллиативной помощи. Нагима подчеркивает, что «у каждого человека есть право на получение паллиативной помощи» и особенно в случае детей, поскольку это особенно уязвимая группа населения. Нагима подчеркивает необходимость разработки нормативной базы и изменения законодательства, касающегося педиатрической паллиативной помощи. Правительство республики поддержало хоспис путем предоставления лекарственных средств через свою инициативу охраны здоровья на местном уровне. Нагима подчеркивает, что важно продемонстрировать правительству республики насколько эффективной может быть педиатрическая паллиативная помощь для того, чтобы обеспечить финансирование для создания других педиатрических хосписов во всех регионах страны.

Фонд «Альсагер» имеет связи с Национальным онкологическим центром в Турции и реализовал ряд инициатив по повышению информированности населения о новом педиатрическом хосписе, включая благотворительный концерт, мотоциклетный марафон и рекламу в СМИ. «Мастер-класс» по паллиативной помощи, организованный фондом «Альсагер», был представлен в Казахском

[57]http://minicassiavoice.com/breaking/burley-missionary-helps-open-hospice-in-kazakhstan-2/

научно-исследовательском институте онкологии и радиологии и городской больнице Алматы (13-17 июня 2011 года). Мастер-класс был посвящен открытию первого педиатрического хосписа в Казахстане и подготовке сотрудников хосписа в соответствующих сферах. Мастер-класс был дан профессором Михаилом Шавдиа с факультета онкологии Тбилисского государственного медицинского университета. Мастер-классу предшествовали шестимесячные регулярные консультации между профессором Шавдиа и приблизительно 30 сотрудниками хосписа с целью подготовки к открытию хосписа.[58] Однако у Нагимы есть ощущение, что сотрудники получили бы пользу от некоторого дополнительного обучения и подготовки в этой сфере. Нагима полагает, что Центр профилактики рака в Грузии был бы идеальным местом для обучения персонала, поскольку в Казахстане «такой же менталитет», как в Грузии.

С момента открытия педиатрического хосписа в апреле 2012 года «там было пролечено семнадцать детей» (до сентября 2012 года). Однако неясно, получают ли дети в хосписе «паллиативную помощь» как таковую. Кажется, хоспис еще не аккредитовался для предоставления этой формы помощи, как таковой, а скорее используется для текущего лечения детей, такого как химиотерапия и временная помощь их родителям. Максимальная продолжительность пребывания в педиатрическом хосписе составляет 25 дней (хотя общее количество пребываний неограничено).

Смертность

[58] http://www.tsmu.edu/eng/index.php?option=com_content&view=article&id=718:master-class-in-palliative-care-held-in-alma-ata-by-georgian-professor&catid=1:latest-news&Itemid=107

ООН сообщает об оценочном среднем вариантном общем показателе смертности в Казахстане (2010-2015 годы) на уровне 9,6/1 000 жителей.[59] Для нынешнего оценочного количества населения в 17 522 010 человек[60] это даст цифру общей смертности на уровне приблизительно 168 000 смертей. По оценкам Статистического агентства Республики Казахстан[61] общее количество смертей в Казахстане в 2011 году составило приблизительно 146 000. Таким образом можно принять средний показатель приблизительно на уровне 157 000 смертей в год в Казахстане.

Для оценки потребности в паллиативной помощи в республике можно использовать два различных существующих метода. Подход на основе количества людей, рекомендованный Гомесом и Стьернсвардом (2005 год),[62] рассчитал, что 60 процентов от общего количества умерших нуждался в паллиативной помощи. Если принимается срединный показатель общей смертности на уровне приблизительно 157 000 смертей в год, это ведет к общему оценочному количеству приблизительно 94 200 больных, каждый год нуждающихся в паллиативной помощи в Казахстане.

Метод Хиггинсона (2003 год)[63] базируется на 100-процентной смертности от рака и 66-процентной смертности от других хронических болезней. Количество «хронических неонкологических больных» оценивается путем включения

[59] Статистический отдел ООН, данные получены 5 марта 2012 года на: http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3A65

[60] https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/kaz.html

[61] http://www.eng.stat.kz/news/Pages/n1_15_02_2012.aspx

[62] Х.Г. Гомес, Дж. Стьернсвард. «Программа ВОЗ по паллиативной помощи для населения», кап V, 2005 г.

[63] И. Хиггинсон. «Паллиативная помощь для лондонцев: потребности, опыт и будущая стратегия», НСУХСПП, 2003 г.
http://data.un.org/Data.aspx?q=cause+of+death+moldova&d=POP&f=tableCode%3a105%3bcountryCode%3a498

смертности от болезней кровеносной, дыхательной, пищеварительной и других связанных с ними систем. Согласно данным от Статистического агентства Республики Казахстан[64] количество смертей от рака в 2011 году по оценкам составило приблизительно 17 900, количество смертей от других причин (например, ранения, отравления, аварии, внешних причин и т.д.) составило приблизительно 17 800. Таким образом с этими цифрами можно предположить, что общее количество смертей в Казахстане в группе «неонкологических хронических больных» составило приблизительно 121 300 человек. При использовании этого метода, прогнозируется общее количество больных, нуждающихся в паллиативной помощи, на уровне приблизительно 97 900 человек (17 900 онкологических больных и 80 000 хронических неонкологических больных).

С учетом того, что больше больных будут нуждаться в паллиативной помощи до года своей смерти, если мы предположим, что минимум 94 200 больным в год будет требоваться паллиативная помощь, и предположим в среднем два месяца обслуживания, мы спрогнозируем минимальную ежедневную численность на уровне приблизительно 15 500 больных, получающих услуги в какое-либо известное время, тогда вся потребность будет удовлетворена. Кроме того, поскольку обычно в оказании помощи каждому больному прямо участвуют два или более членов семьи, помощь будет оказываться минимум приблизительно 282 600 людям в год.

Потребность в медицинской рабочей силе

Представители хосписов полагают, что в Казахстане есть «приблизительно 150 тысяч медсестер», что составляет «70 процентов» от общего количества медицинского персонала в стране. Однако медсестры распределены

[64] http://www.eng.stat.kz/news/Pages/n1_15_02_2012.aspx

неравномерно, при этом крупные города Алматы и Астана страдают от нехватки персонала, тогда как в других частях страны « медсестер много». Такая же дилемма с врачами и в Казахстане в среднем один врач на каждые 2,2 медсестры. Таким образом «Министерству здравоохранения необходимо внедрить больше медсестер в систему первичной медико-социальной помощи».

В настоящее время численность населения Казахстана составляет приблизительно 17,52 миллионов человек. Используя подход количества населения, мы также можем спрогнозировать потребность в услугах надомной паллиативной помощи и количестве стационарных койко-мест/единиц в хосписе паллиативной помощи. Чтобы обеспечить надомную и стационарную паллиативную помощь как минимум приблизительно 15 500 больным в день, потребуется значительное перераспределение такого ресурса, как профессиональные медицинские работники и для городской и для сельской местности.

Для расчета потребности в кадрах для оказания надомной помощи и стационарной помощи используются два метода: один метод базируется на прогнозируемом среднесуточном показателе численности, а второй метод базируется на эпидемиологическом «подходе на основе численности людей».

Используя минимальный среднесуточный показатель численности (15 500 пациентов в день) для надомной помощи, мы будем использовать коэффициент одного штатного эквивалента (ШЭ) медсестры на каждые пять пациентов на дневном обслуживании, а для врачей мы будем использовать один ШЭ на каждые 25 обслуживаемых пациентов. Кроме того, для оказания клинических услуг необходимы другие сотрудники, в том числе социальные работники, помощники для надомной помощи, терапевты и водители. По оценкам для каждых 10 обслуживаемых пациентов необходим один ШЭ других клинических вспомогательных сотрудников.

Используя эти данные, мы можем спрогнозировать, что потребуется приблизительно 3 100 медсестер, 620 врачей и 1 550 других клинических вспомогательных сотрудников.

При использовании подхода на основе численности людей, применяются следующие коэффициенты:

Для надомной помощи:
3 врача на 100 000 человек
12 медсестер на 100 000 человек
6 других клинических сотрудников на 100 000 человек

Для стационарной помощи:
1,5 врачей на каждых 10 пациентов
15,5 медсестер на каждых 10 стационарных пациентов
4 других клинических сотрудников на каждых 10 стационарных пациентов

Используя эти коэффициенты, мы спрогнозируем потребность в следующих сотрудниках для 17 522 000 пациентов:

Для надомной помощи:
525 врачей
2 102 медсестер
1 051 других клинических сотрудников

Для стационарной помощи (для 825 койко-мест – см ниже)
124 врачей
1 278 медсестер

330 других клинических сотрудников

Сопоставление спрогнозированной потребности по методам	
Всего сотрудников по методу, основанному на численности	Всего сотрудников по методу ССПЧ
649 врачей	620 врачей
3 380 медсестер	3 100 медсестер
1 381 других клинических сотрудников	1 550 других клинических сотрудников
Всего 5 410 клинических сотрудников	**Всего 5 270 клинических сотрудников**

Видно, что общая потребность в кадрах, полученная с использованием и того и другого метода, дает относительно одинаковую цифру: если взять среднее, потребуется приблизительно 5 340 клинических сотрудников, чтобы полностью удовлетворить потребность в паллиативной помощи.

Этот прогноз не включает в себя административных сотрудников. Если мы используем оценочный показатель в 25% дополнительных административных сотрудников, мы добавим дополнительно приблизительно 1 335 человек – или всего приблизительно **6 675** сотрудников. Бригады паллиативной помощи в целом хорошо справляются с нагрузкой на уровне не более 50 пациентов. Можно создавать дополнительные бригады при одном административном органе для заданной географической зоны по мере продолжения увеличения масштаба. Чтобы оказывать помощь при минимальном суточном показателе численности приблизительно в 15 500 пациентов, в конечном итоге потребуется приблизительно **310** таких бригад для оказания услуг в масштабе всей страны.

Потребность в койко-местах

Чтобы оценить потребность в койко-местах стационарного хосписа или паллиативной помощи, можно использовать среднесуточный показатель численность (минимум 15 500 пациентов) и коэффициент, применяемый к количеству пациентов, нуждающихся в стационарной помощи в какой-либо известный день. В Соединенных Штатах Америки этот коэффициент составляет 3% от количества дней в хосписе, однако эта цифра не учитывает других больных, получающих паллиативную помощь вне хосписа, поэтому будет использоваться оценочная цифра в 5%. Если мы применим этот коэффициент к среднему минимальному суточному показателю численности в 15 500 пациентов, необходимо будет приблизительно 775 койко-мест. Еще один метод, используемый в Испании для оценки потребности в койко-местах, предусматривает пять койко-мест на 100 000 человек. Использование этого метода ведет к прогнозированию приблизительно 876 койко-мест. С учетом того, что огромное большинство больных в Казахстане умирают у себя дома и есть желание продолжить эту тенденцию, помощь должна оказываться с тем, чтобы не делать слишком большой акцент на стационарную паллиативную помощь. Для целей планирования, потребности в оборачиваемости количества занятых койко-мест и роста численности было бы разумно оценить потребность в койко-местах в приблизительно **825** койко-мест на всю страну в настоящее время. Однако Анархан Нуркеримова из Алматинского центра паллиативной помощи полагает, что «нет необходимости в 100 койко-местах на один регион – возможно 10 койко-мест на один регион будет достаточно при условии, что есть надлежащим образом обученные медсестры и волонтеры для оказания **«надомной помощи».**

ОБУЧЕНИЕ И ПОДГОТОВКА

Препятствием для развития паллиативной помощи в Казахстане, выявленным представителями хосписов, является отсутствие в республике возможностей для образования и обучения в сфере оказания паллиативной помощи. Был предложен ряд основополагающих причин этой проблемы: недостаток в республике знаний о паллиативной помощи, отсутствие опытных преподавателей и инструкторов в этой сфере и низкий уровень информированности о паллиативной помощи среди медицинских работников и в казахстанском обществе. Представители хосписов указали ряд целей и задач, достижение которых на их взгляд будет содействовать решению некоторых этих проблем, например, обмен опытом со странами и регионами, где паллиативная помощь «лучше развита», увеличение количества подготовленных преподавателей в сфере оказания паллиативной помощи в Казахстане, разработка «соответствующих учебных программ» и приглашение международных «экспертов» в области паллиативной помощи для проведения презентаций в Казахстане. Например, Михаил Шавдиа, профессор факультета онкологии Тбилисского государственного медицинского университета, дал мастер-класс по паллиативной помощи в Казахском научно-исследовательском институте онкологии и радиологии и больнице города Алматы (13-17 июня 2011 года). Приблизительно 300 специалистов-медиков (включая множество онкологов) из всех регионов Казахстана побывали на мастер-классе, который включил в себя конкретную лекцию на тему «Основные принципы борьбы с хронической болью».

Представители хосписов предположили, что необходимо предпринять ряд шагов для того, чтобы достичь эти цели и задачи, включая необходимость «увеличения кадров», подготовку «новых учебных материалов и программ» и «поиск врачей, интересующихся оказанием паллиативной помощи». Были определены люди и группы, обладающие полномочиями и/или ответственностью, чтобы предпринимать эти определенные необходимые шаги: государственные ведомства (например, Министерство здравоохранения, Министерство образования и т.д.), Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения,

учебные заведения (Государственный медицинский университет, Алматинский государственный институт пожизненного образования и т.д.) и «другие ключевые заинтересованные стороны и обученные люди». Отвечая на просьбу рассмотреть реалистичный временной график для таких шагов, представители хосписов предположили «приблизительно три года». Чтобы достичь эти цели и задачи потребуется дополнительное финансирование для «разработки учебных программ и поездок и создания ресурсных центров».

Республиканский медицинский колледж

Республиканский медицинский колледж был создан в 1937 году как акушерская школа для девушек-казашек из детских домов различных регионов страны. В августе 1954 года школа была преобразована в Республиканский медицинский колледж в соответствии с Постановлением Совета министров Казахской Советской Социалистической Республики. В апреле 1996 года он стал называться Республиканским медицинским колледжем «подготовки и переподготовки медицинских работников среднего звена». Проводится обучение в семи дисциплинах: медицина, сестринский уход, акушерство, лабораторная диагностика, санитария и эпидемиология, фармацевтика и стоматология. Колледж предлагает обучение более чем сорока специальностям, включая подготовку в сфере паллиативной помощи в клинической специализации (охрана здоровья и сестринский уход). Колледж также предлагает обучение с получением дипломов в области общей практики и т.д. В Республиканском медицинском колледже есть 270 преподавателей и 1 700 учащихся. Для учащихся проводятся практические лабораторные занятия, а колледж тесно сотрудничает с 25 больницами республики. Республиканский медицинский колледж превратился в один из крупнейших казахстанских центров подготовки персонала среднего звена, принимающего с 1996 года в среднем 2 000 студентов бакалавриата в год, в

основном из Алматы. Свыше 32 000 выпускников Республиканского медицинского колледжа в настоящее время работают в Казахстане.

В Казахстане пятьдесят восемь медицинских колледжей, при этом приблизительно половиной руководит государство, а половина финансируется из частных источников. Если там будут внедряться программы обучения оказанию паллиативной помощи, их будет «необходимо разрабатывать на республиканском уровне исходя из решения, принятого Министерством здравоохранения». Сотрудникам Республиканского медицинского колледжа необходимо пройти подготовку и обучение для получения дополнительных знаний о паллиативной помощи до разработки учебной программы в колледже.

Учебная программа, разработанная Республиканским медицинским колледжем, «развернута по всему Казахстану» для всех медсестер. Однако в Казахстане «весьма необходим» конкретный курс бакалавриата по оказанию паллиативной помощи для медсестер и он должен предоставляться не только медсестрам хосписов, но и «всем медсестрам», занятым в системе первичной медико-социальной помощи – особенно тем, которые оказывают надомную паллиативную помощь. Паллиативная помощь включена в первую специализацию, выбираемую медсестрами (онкология и т.д.) в период их интернатуры. Эта первоначальная специализация длится шесть месяцев, после чего медсестры могут поменять дисциплину и пройти «курсы для продолжающих обучение в высшем учебном заведении». В Алматинском хосписе, являющемся базой для обучения учащихся колледжа, которые также посещают лекции, которые читают представители хосписов, осуществляется практическая работа, например, «Уроки благотворительности» Урмурзиной Гульшары Газизовны. Занятия в клиниках проводятся опытными и квалифицированными преподавателями из медицинских организаций и научных центров. Дальнейшей целью Республиканского

медицинского колледжа является создание Ассоциации медсестер паллиативной помощи и, возможно, выпуск журнала, который мог бы издаваться ассоциацией.

Республиканский медицинский колледж в настоящее время работает над разработкой курса подготовки и обучения в сфере паллиативной помощи в двух конкретных частях:

1 Курсы усовершенствования (считаются гибкими, например, для медсестер). Некоторые курсы проводятся в рамках государственного заказа по программе, которая предполагает 108 часов обучения (при двухнедельном обучении в сфере паллиативной помощи как специальности).
2 Обучение студентов предпоследнего курса. Этот курс не включает в себя паллиативную помощь, как отдельный предмет, но паллиативная помощь включена в другие дисциплины, такие как хирургия, гериатрия и т.д. В 2010 году правительство республики внедрило новые образовательные стандарты, и эта государственная программа образования «представляет собой задачу» при внедрении паллиативной помощи в существующую учебную программу.

Алматинский городской медицинский колледж

В Алматинском городском медицинском колледже есть разные методы обучения, включая обучение на рабочем месте, формальные лекции, самообучение и практический опыт, включающий в себя изучение конкретных случаев и презентации. Национальные стандарты сестринского ухода, которые были разработаны Министерством здравоохранения, первоначально оговаривали в целом 360-часовую программу для медсестер, но с того времени этот объем сократился до в целом 180 часов, это повлияло на подготовку медсестер и «способность оказывать эффективную помощь». Стандарты сестринского ухода включат в себя изучение таких аспектов, как спорт и математика и т.д., что

рассматривается большинством медсестер как «и неприемлемое и неэффективное». Алматинский хоспис совместно с колледжем провел конференцию по подготовке медсестер, колледж «хотел бы быть базой» для обучения медсестер паллиативной помощи, а также для медсестер, работающих в системе первичной медико-социальной помощи.

В последние годы роль и ответственность казахстанских медсестер значительно изменились, и теперь медсестры могут обеспечивать борьбу с болью у пациентов в последние дни их жизни. Это происходит частично благодаря обучению навыкам паллиативной помощи, предоставляемому в Алматинском городском медицинском колледже. Это обучение включает в себя организацию паллиативной помощи, оценку симптомов у пациента, диеты и питания, обучение охране здоровья и разнице между базовой помощью и паллиативной помощью.

В Центре курсов усовершенствования для медсестер учат основам теории и практики паллиативной помощи и это считается «очень важным» для медсестер. У учащихся колледжа, которых учат таким вещам, как качество жизни больных и как оказывать и социальную и психологическую помощь, появляется базовое понимание паллиативной помощи. Медсестер также учат важности тесной работы с семьей больного и необходимости вовлечения семьи в паллиативную помощь. Медсестры в колледже заявили, что они считают программу паллиативной помощи «очень интересной» и подчеркнули необходимость развития «клинического мышления» и ознакомления со всеми аспектами и принципами паллиативной помощи.

Первым курсом обучения паллиативной помощи, созданным в колледже, был курс для медсестер, а не врачей. После семинара по паллиативной помощи и контролю боли в Зальцбурге директор колледжа внедрил курс усовершенствования для медсестер «Сестринский уход в паллиативной помощи», включающий в себя 108

часов обучения навыкам паллиативной помощи, которое состоит из 18 часов работы с больными, 54 часов практического опыта в условиях больницы или хосписа и 36 часов самообучения. Этот факультативный модуль сейчас характеризуется как один из «основных курсов» в колледже. Паллиативная помощь рассматривается в колледже как отдельная программа, но все курсы усовершенствования в настоящее время содержат в своих учебных программах элемент паллиативной помощи. Практическая работа осуществляется в Алматинском центре паллиативной помощи, который служит базой для обучения студентов колледжа.

Однако существует необходимость в создании конкретной программы обучения навыкам паллиативной помощи для медсестер. Курс должен быть «в основном теоретическим», но также включать в себя тридцать шесть часов практики для соответствия национальным стандартам, которые должны «основываться на оказании помощи, а не лечения». В настоящее время в колледже восьми-десятичасовое обучение студентов предпоследнего курса навыкам паллиативной помощи в различных дисциплинах (например, педиатрии, хирургии и т.д.). В колледже попытались внедрить конкретную программу обучения навыкам паллиативной помощи для медсестер, включающую в себя 48 часов занятий, но это посчитали нереалистичным, поскольку медсестрам, оказывающим паллиативную помощь, нужна «больше практика, а не теория».

Основной проблемой при создании сестринского ухода в паллиативной помощи как отдельной специальности является то, что внедрение дополнительных стандартов требует детальной демонстрации для Министерства здравоохранения того факта, что нехватка знаний о паллиативной помощи в Казахстане является «большой проблемой». Невозможно обеспечить дополнительные стандарты обучения медсестер навыкам паллиативной помощи без изменения образовательных стандартов, которые в свою очередь должны утверждаться

Министерством здравоохранения – могут измениться темы, но не необходимое количество учебных часов. Однако эту проблему с национальными стандартами сестринского ухода можно было бы решить, если бы в Министерство здравоохранения было направлено письмо, разъясняющее ситуацию – аналогичная проблема существовала с стоматологической помощью в Казахстане и письмо в Министерство здравоохранения позволило осуществить необходимые изменения.

Медсестрам, которые работают с больными в конце их жизни, необходимо знать психологические аспекты паллиативной помощи, например, психоэмоциональный стресс и причины его развития. Медсестрам также необходимо знать процесс оказания паллиативной помощи с учетом диагноза/прогноза пациента, а также иметь представление об их заболеваниях и симптомах. Еще одним важным моментом обучения медсестер является способность различать пациентов с точки зрения их личности, страхов, настроения и социально-культурных различий (языковой барьер, работа, вероисповедание и духовные факторы и т.д.). Сейчас существует «необходимость разработки стандартов и оценки программ сестринского паллиативного ухода в Алматинском городском колледже».

Государственный медицинский университет

Казахский государственный медицинский институт открылся в городе Алма-Ата в феврале 1931 года с одним медицинским факультетом, где учились 135 студентов. В 1933 году институт был переименован в Алма-Атинский государственный медицинский институт. В августе 1996 года постановлением правительства он был переименован в Казахский государственный медицинский институт, а в июне 2001 года в Казахский национальный медицинский университет. В университете в настоящее время обучаются десять тысяч студентов тридцати шести различных национальностей. Университет предлагает обучение по девяти специальностям,

включая и охрану здоровья населения и сестринский уход. Университет предлагает магистратуру по ряду специальностей. В постсоветский период университет построил клинику с ординатурой и принял другую модель и подход, в соответствии с которыми он заключил соглашение с больницами о предоставлении практического опыта студентам. В настоящее время все алматинские больницы работают совместно с университетом, а также с больницами и в нескольких других городах. Казахский национальный медицинский университет также заключил тридцать три соглашения с международными больницами и иностранными университетами. В базе данных Университета 870 докторов – это «все основные казахстанские доктора». Колледж заинтересован в разработке пилотного проекта для поиска других заинтересованных медиков в других странах.

Хотя в рамках государственной программы не предлагается специализированного курса по паллиативной помощи (паллиативная помощь внедряется только в рамках различных дисциплин), университет тесно сотрудничает с профессором Кульжановым и КВШОЗ (например, в настоящее время разрабатывается учебная программа для обучения медсестер навыкам паллиативной помощи), а также сотрудничает с Алматинским центром паллиативной помощи, являющимся базой для обучения студентов-медиков. Больница сестринского ухода также используется как база для практического обучения, но и хоспис и больница сестринского ухода работают по «старым стандартам» лечения, которые основывались на государственной схеме «одна медсестра на сорок пациентов». Необходимо внедрить курс обучения навыкам социальной работы с тем, чтобы социальные работники могли работать со всеми вопросами, связанными с паллиативной помощью, но есть проблема с функцией социальных работников и их ответственностью в структуре хосписа. Хотя ответственность социального работника эквивалентна ответственности медицинского работника в хосписе, это «неприемлемо», поскольку социальные работники не проходят какого-либо

специального обучения навыкам паллиативной помощи в университете и поэтому им непонятны их роль и ответственность в хосписе.

Государственный медицинский университет обладает «стратегическим, глобальным мышлением», которое охватывает все казахстанское общество, а особенно две группы услуг. Все образование в республике базируется на государственном стандарте образования, а в государственном стандарте нет такой дисциплины, как паллиативная помощь, но ее можно было бы разработать, как только ректор утвердит разрабатываемую учебную программу по паллиативной помощи. В университете есть семьдесят отделений, которые работают в основном в терапевтической сфере, но также имеют дело с хроническими больными. Таким образом есть заинтересованность в разработке учебной программы по паллиативной помощи. Дополнительные курсы по паллиативной помощи могли бы предоставляться посредством дистанционного обучения. В настоящее время нет исследований в сфере помощи, оказываемой до конца жизни, за исключением исследований «в сфере геронтологии». В целом внедрение учебной программы по паллиативной помощи во все аспекты обучения медсестер и участие университета в разработке таких учебных программ являются «довольно новыми концепциями» – но такая разработка представляется «возможной в будущем».

Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения

Информированность о паллиативной помощи в Казахстане «очень незначительная» даже среди врачей, поэтому Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения («КВШОЗ») планирует внедрить одно-двухнедельные курсы для повышения информированности о хосписах и паллиативной помощи в республике. КВШОЗ также рассматривает возможность разработки специальной учебной программы для руководителей больниц, социальных работников и т.д. под названием «Основы паллиативной помощи,

задачи паллиативной помощи и будущее планируемое развитие в Казахстане». Это будет краткосрочный курс в отличие от магистратуры или докторантуры, 144 часов обучения навыкам паллиативной помощи будут предоставляться в рамках этого курса. Для медсестер необходима 144-часовая программа обучения навыкам паллиативной помощи, но в КВШОЗ она еще не разработана. В настоящее время разрабатывается программа для медсестер «Основы паллиативной помощи, сестринский паллиативный уход», предусматривающая семьдесят два часа учебных занятий.

КВШОЗ пытается сподвигнуть студентов магистратуры и докторантуры выбирать темы паллиативной помощи и проводить свои собственные исследования. В 2011 году восемнадцати студентам, обучающимся в магистратуре КВШОЗ, был предложен факультативный модуль «Основы паллиативной помощи», двенадцать студентов из восемнадцати выбрали этот модуль, который предусматривает 15 часов лекций и 27 часов семинаров по теме паллиативная помощь. Студенты, обучающиеся в магистратуре и выбирающие паллиативную помощь как факультативный модуль в рамках своей учебы, осуществляют семьдесят пять часов научной работы для получения одного кредита (тридцать часов самообучения). Обучение навыкам паллиативной помощи также включает в себя такие темы, как организация, теория и этика паллиативной помощи. Компонент мастерского курса, связанный с паллиативной помощью, ранее предоставлялся посредством формальных лекций, но сейчас он предоставляется на более практической основе посредством семинаров и т.д., рассматривающих такие моменты, как боль при раке, педиатрия, ВИЧ/СПИД и т.д. Также ожидается, что студенты реализуют индивидуальные проекты и некоторые из них реализовали такие проекты в Алматинском центре паллиативной помощи (как избавиться от стигмы, снять табу и т.д.). Совместно с КВШОЗ и Республиканским медицинским колледжем Центр также разрабатывает учебную программу по паллиативной помощи для медсестер и клиническую базу для обучения медсестер. КВШОЗ также заинтересован в

вовлечении своих сотрудников в исследования в сфере паллиативной помощи, потому что это новая и не очень развитая сфера как для КВШОЗ, так и для казахстанской системы здравоохранения. Таким образом КВШОЗ «получит большую пользу» от участия в процессе.

НАЛИЧИЕ ОПИОИДОВ

Во время бесед с пациентами и теми, кто им помогает в Алматинском центре паллиативной помощи, респондентов просили описать свои болевые ощущения в их высшей точке (1=слабая, 10=сильная). Ответы варьировались от «8/10 очень сильная и непрерывная» до «10/10 во время химиотерапии, когда ощущались «спазмы и сокращения желудка», которые продолжались «около одной недели». Когда ощущалась максимальная боль, для ее облегчения выдавались лекарственные средства, она облегчалась – но только постепенно (не сразу – в некоторых случаях «только спустя тридцать минут»). Большинство респондентов «не знали» какой вид лекарственных средств им назначали.

Семи представителям хосписов задали серию вопросов о доступности и наличии опиоидов в Казахстане. Их ответы приведены в таблице ниже по тексту:

Таблица 2: Ответы представителей хосписов на вопросы об опиоидах

Вопрос	Ответы представителей хосписов
Считаете ли Вы, что казахстанская практика контроля боли для лиц с раком и ВИЧ/СПИД адекватна?	• Да, потому что врачи назначают по медицинским показаниям (два представителя хосписов) • Нет (пять представителей хосписов)
Если не считаете, почему на Ваш взгляд она неадекватна и что можно сделать, чтобы изменить ситуацию?	• Из-за «врачебных проблем» • Ограниченный доступ к опиоидам • Недостаток знаний/информации • Избыточный контроль за опиоидами

	• Необходимость пересмотра нормативно-правовой документации • Необходимость изменения законов и программ • Предоставляется слишком мало информации
Считаете ли Вы, что нынешние меры контроля за опиоидами в казахстанских больницах/организациях здравоохранения адекватны?	• Да (четыре представителя хосписов) – потому что они «контролируются надлежащими приказами и многими организациями», «регулируются нормативными документами» и «контролируются не только Департаментом здравоохранения, но и прокуратурой» • Нет (три представителя хосписов) – «необходимо расширить масштаб услуг для достижения «полномасштабного охвата»
Считаете ли Вы, что казахстанские врачи/медсестры/ медицинские работники понимают как помогать людям, испытывающим боль?	• Да (шесть представителей хосписов) – потому что «они понимают, что необходимы адекватное лечение боли и помощь», «они знают как применять опиоидные анальгетики», они обеспечивают «не только лекарственные средства, но и сочувствие и понимание больного» и они «обучены лечить больных» • Нет (один представитель хосписа) – «из-за недостатка знаний»
Считаете ли Вы, что казахстанские врачи/медсестры/ медицинские работники понимают как помогать людям с другими симптомами помимо боли?	• Да (пять представителей хосписов) – потому что они «понимают и могут помочь пациентам с таким симптомами» и «потому что они профессионалы» • Нет (два представителя хосписов) – из-за «плохой диагностики/отсутствия медикаментов» и «недостатка знаний (в некоторых регионах)»
Есть ли у больниц/медицинских организаций директивы по снятию боли и по применению опиоидов для снятия боли?	• Да (один представитель хосписа) • Нет (три представителя хосписов) – «есть не директивы, а обычные правила обезболивания» • Не знаю (три представителя хосписов)

Есть ли стандартный процесс назначения и приобретения опиоидов в Казахстане?	• Да (шесть представителей хосписов) • Нет (один представитель хосписа)
Что касается таких опиоидов, как морфин, кто отвечает за его назначение и раздачу в больницах/медицинских организациях?	• Первый руководитель медицинской организации • Врач/заместитель директора больницы • **Врач, но опиоиды назначаются консилиумом**.
Знаете ли Вы о каких-либо трудностях, с которыми сталкиваются в больницах/медицинских организациях при контроле за опиоидами?	• Ограничения на количество, которое можно назначить • Ограниченное наличие • Недостаточный заказ опиоидов
Что на Ваш взгляд может препятствовать в казахстанских больницах/медицинских организациях обеспечению пациентов адекватным обезболиванием?	• Нормативно-правовые ограничения • Неадекватный доступ к опиоидам • Ограничительные нормативы, такие как максимальное количество доз на одного пациента • Отсутствие информированности у пациента и его близких • Слишком много контролирующих организаций
Существуют ли в Казахстане какие-либо инициативы по содействию изменению установок в отношении «опиофобии»?	• Нет (семь представителей хосписов)
Осуществляются ли в Казахстане какие-либо инициативы, рассматривающие доступ к жизненно важным лекарственным средствам для снятия боли и контроля симптомов, как юридическое права и право человека?	• Нет (семь представителей хосписов)
Какие инициативы в настоящее время осуществляются в Казахстане для улучшения ситуации с доступностью и наличием опиоидов?	• Никакие (семь представителей хосписов)

Какие инициативы необходимы в Казахстане для улучшения ситуации с доступностью и наличием опиоидов?	• Информирование медицинских работников и население об этой проблеме • «Чемпионы» должны быть настойчивыми в доведении этих идей до министров правительства • Необходим более широкий выбор различных форм опиоидов (пероральные таблетки и т.д.) • Наличие качественных программ паллиативной помощи • Программы обучения и подготовки для медицинских работников для агитации самым лучшим возможным способом • Изменение Республиканского формуляра • Назначение, исходя из медицинских показаний • Предоставлять информацию через СМИ о назначении опиоидов больным

Доступность и наличие опиоидов в Казахстане характеризуется представителями хосписов как «очень деликатная тема» в казахстанской системе здравоохранения. Доступность опиоидов характеризуется как «большая проблема». Комитет по борьбе с наркобизнесом и контролю за оборотом наркотиков при Министерстве внутренних дел Республики Казахстан характеризуется как «очень, очень остро реагирующий» на этот вопрос. Все алматинские организации «следуют Директивам ВОЗ по борьбе с болью», но опиоиды «применяются только в крайних случаях» (перечень опиоидов, применимых в Казахстане, смотрите в **Приложении G**), например, в Алматинском центре паллиативной помощи опиоиды применяются редко и «в основном через сопротивление» за исключением предсмертных состояний. Пациенты, которые приходят в Центр для снятия боли, обеспечиваются другими медикаментами, которые снимают боль «очень эффективно».

Значительным препятствием для развития паллиативной помощи в Казахстане, определенной представителями хосписов, является отсутствие доступности и наличия опиоидов в республике. В 2011 году из 31 медикамента в Перечне жизненно важных лекарственных средств «только четыре» были в наличии в Казахстане. Было выделено несколько связанных с этим проблем, включая низкий уровень потребления опиоидов, связанный с квотами МСКЛС – «ограниченное количество из-за неточной оценки». «Фармацевтический комитет» приходит ко всем казахстанским медикам, чтобы установить средний объем потребления за последний год (исходя из документации о пациентах). В рамках Статьи 8 правительство Республики Казахстан делает оценочный запрос в Международный совет по контролю за лекарственными средствами («МСКЛС») об опиоидных анальгетиках на следующий календарный год. В Казахстане это оценочное количество (которое, как предполагается, отражает спрос в масштабах страны на опиоидные анальгетики) не базируется на тщательной оценке потребностей населения.

Статья 91 «Права пациентов» Кодекса Республики Казахстан об охране здоровья народа и системе здравоохранения гласит, что у пациентов есть право «на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских технологий», тем не менее в Казахстане отсутствует выбор опиоидов – например, нет в наличии перорального морфина, а получить морфин внутривенно можно только в больнице. В 2010 году в Республиканском лекарственном формуляре (который служит как рекомендация при закупке лекарственных препаратов для казахстанских медицинских организаций) содержатся только **5** из **12** зарегистрированных анальгетиков. Представители хосписов сообщили о недостатке у врачей знаний/информированности о применении опиоидов и о боязни пристрастия/зависимости от опиоидов у больных и членов их семей. Также в некоторых слоях казахстанского общества

существует культурное поверие, что «боль необходима, боль жизненно важна для диагностики» и что пациент «не должен просить об обезболивании».

Основным препятствием для доступности и наличия опиоидов в Казахстане, выявленным представителями хосписов, является чрезмерно строгое законодательство и бюрократия в сфере лицензирования, транспортировки, методов назначения, порядка хранения и т.д. Граждане Казахстана могут покупать опиоидные анальгетики только в аптеках и у медицинских организаций, имеющих лицензию на осуществление такого рода деятельности. Опиоиды могут применяться в медицинских целях медицинскими учреждениями, но они должны иметь специальную лицензию. Кроме того, дозировка должна «быть написана буквами и словами, а не цифрами», и больной должен представить официальное письмо, подтверждающее, что он должен получить опиоиды – «фирменный» документ с желтой линией». Что касается хранения, есть дополнительные трудности, например, Промадол должен храниться при «соответствующей температуре», но это не всегда возможно, поскольку он также должен «храниться в сейфе». Количество опиоидов, которое можно назначить, также характеризуется как «проблематичное» – опиоиды для больных в конечной стадии заболевания можно назначать «на один месяц», но для других групп больных они могут назначаться «только на одну неделю». В Казахстане есть ограничения на суточную дозировку морфина, а количество дней, на которое морфин может назначаться и продаваться за один раз, также ограничено. Врачи могут назначать опиоиды, используя специальный бланк назначения, который должен визироваться главным врачом. Эти назначения действительны только в течение следующих семи дней. Среди других препятствий можно назвать страх врача перед уголовным преследованием за «неумышленные технические нарушения», связанные с опиоидами (врачи «не знают свои права»), предрассудки и стигму, связанную с употреблением опиоидов, и стоимость – в среднем опиоиды стоят «приблизительно 1 000 тенге за трехдневный запас» (6 долларов).

Основным документом, в настоящее время регулирующим казахстанскую систему здравоохранения, является **Кодекс Республики Казахстан об охране здоровья народа и системе здравоохранения**. В этом кодексе есть несколько статей, гарантирующих лекарственные средства гражданам Республики Казахстан. Однако есть только один закон, прямо касающийся применения опиоидных анальгетиков – Закон Республики Казахстан № 279-I от 10 июля 1998 года «О наркотических средствах, психотропных веществах, прекурсорах и мерах противодействия их нелегальному обороту и злоупотреблению ими». Однако в качестве еще одного препятствия для доступности/наличия опиоидов в стране было упомянуто «устаревшее/отсутствие соответствующего законодательства». Например, применение трансдермальных опиоидов регулируется и поликлиники их запасают, но они используются редко, поскольку «нет норматива о дозировке, поэтому его нельзя назначать». Было упомянуто «отсутствие сотрудничества» между государственными ведомствами в сфере опиоидов. Например, заявка на возможность назначать трансдермальные опиоиды была подана в Министерство юстиции в 2009 году, но «ответа не было более двух лет». Летом 2011 года Министерство юстиции согласилось издать приказ (Приказ № 173), но он был немедленно заблокирован Министерством здравоохранения, которое настояло на том, что Министерство юстиции «не может издать такой приказ».

Представители хосписов указали на несколько целей и задач, которые на их взгляд будут содействовать решению некоторых из этих проблем: предоставление информации об опиоидах пациенту и членам его семьи, улучшение ситуации с доступностью и наличием опиоидов «в законных медицинских целях», обучение и подготовка врачей «для повышения понимания и информированности об опиоидах», изменение отношения врачей с тем, чтобы была «корректная оценка потребности в опиоидах», и инициативы агитации за «ликвидацию чрезмерных ограничений на опиоиды». Министерство здравоохранения частично отвечает за

строительство новых фармацевтических заводов, которые могут удовлетворить общереспубликанский спрос на опиоиды в рамках государственной программы «30 производственных лидеров Казахстана», программы, координируемой и финансируемой Фондом устойчивого развития «Самрук-Казына».[65]

Представители хосписов полагают, что необходимо предпринять ряд шагов для того, чтобы достичь эти цели и задачи, включая «статистические индикаторы для демонстрации необходимости в опиоидах для юридических лиц», «разработку нормативных документов, связанных с назначением опиоидов», освещение в СМИ для улучшение отношения населения к опиоидам, «эффективный контроль за фармацевтическими препаратами» и «обучение и подготовку в сфере опиоидов для врачей и медсестер в форме обучения студентов предпоследнего курса и курсов усовершенствования». Были определены люди и группы, обладающие полномочиями и/или ответственностью, чтобы предпринимать эти определенные необходимые шаги: государственные ведомства, например, Министерство здравоохранения, парламент Казахстана и международные «эксперты» в сфере паллиативной помощи. Отвечая на просьбу рассмотреть реалистичный временной график для таких шагов, представители хосписов предположили «приблизительно один-три года». Чтобы достичь эти цели и задачи потребуется дополнительное государственное финансирование для организации кампаний в СМИ и инициатив в сфере обучения/подготовки, подготовки специалистов по контролю за фармацевтическими препаратами и создание технических/рабочих групп по разработке законодательных актов. Снятый ФСК фильм «Золотая рыбка» о наличии и доступности опиоидов в республике был впервые показан на VII Конгрессе онкологов и радиологов стран СНГ в Астане в сентябре 2012 года.

[65]http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/kazakhstan/areas-of-work

Соглашение о двухлетнем сотрудничестве в 2010-2011 годах между ВОЗ/Европой и Казахстаном определяет не только приоритетные действия, но и ожидаемые результаты. Цель сотрудничества заключается в «увеличении возможностей для разработки и реализации национальной политики доступа, качества и применения жизненно важных медицинских изделий и технологий». Для достижения этой цели «будет разработано предложение по обучению для укрепления регулирующих возможностей Национального агентства по лекарственным препаратам в сфере регулирования медицины» и «Республиканского лекарственного формуляра, разработанного в соответствии с рекомендациями ВОЗ и используемого как основа для закупа жизненно важных лекарственных средств».[66]

ПОЛИТИКА

Что касается политики, представители хосписов полагают, что несколько законодательных препятствий влияют на развитие паллиативной помощи в Казахстане: они включают в себя социально-экономический этап развития республики относительно других стран, культурные традиции, верования и ценности, отсутствие основы для агитации за внедрение паллиативной помощи в казахстанскую систему здравоохранения и «бюрократические механизмы». Предполагается, что законодательство, связанное с паллиативной помощью, «несовершенно» , поскольку оно создается людьми «с менталитетом, который не понимает проблемы» и что «хотя некоторые нормативы и законы есть, нет практических механизмов для их реализации».

Препятствием для развития паллиативной помощи в Казахстане, которое было определено представителями хосписов, является отсутствие межведомственного

[66]http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/kazakhstan/areas-of-work

сотрудничества/координации в республике. Были предложены несколько основополагающих причин этой проблемы: расхождение между Министерством здравоохранения и Министерством социальной защиты – «отсутствие взаимоотношений между ними» и «отсутствие официального механизма сотрудничества между этими организациями», отсутствие эффективных каналов коммуникации и информации между государственными ведомствами и «финансовые трудности» у врачей, работающих в паллиативной помощи – «большие объемы денег» распределялись другим медицинским специальностям/дисциплинам и только «очень небольшой объем» предназначался паллиативной помощи (который «иногда отвлекался» на другие специальности). Кроме того, «заказ на развитие паллиативной помощи» характеризовался как «очень плохой, разделенный и фрагментированный». Еще одна проблема политики относится к отсутствию казахстанских стандартов паллиативной помощи. Был предложен ряд основополагающих причин этой проблемы: низкий уровень развития паллиативной помощи, отсутствие «чемпионов» паллиативной помощи, потому что «у страны мало опыта в этой сфере» и СМИ «относительно мало информированы об этой проблеме». Представители хосписов указали на несколько целей и задачи, которые, будучи достигнутыми, будут содействовать решению некоторых из этих проблем: например, создание рабочих групп, состоящих из «специалиста, экспертов и «чемпионов» паллиативной помощи, психологов, социальных работников, религиозных и духовных лидеров, медицинских работников, юристов и правозащитников», «больше кадров» (включая волонтеров), проведение «оценки потребностей» в паллиативной помощи, которая может содействовать этой дисциплине в казахстанской системе здравоохранения», содействие «изменению менталитета» у чиновников и разработка «документа с указанием миссии» паллиативной помощи с детальными и конкретными инструкциями о предоставлении паллиативной помощи в Казахстане.

Представители хосписов полагают, что необходимо предпринять ряд шагов для того, чтобы достичь эти цели и задачи, включая: необходимость увеличения финансирования, «разъяснение целей и задач на министерском и парламентском уровне», использование «международного опыта и знаний», разработка эффективной кампании в СМИ/социальных сетях для улучшения каналов коммуникации и информации между организациями, проведение «анализа ситуации с паллиативной помощью» в Казахстане для «создания стратегического плана развития», обмен опытом с другими странами, которые успешно создали базы для агитационной деятельности, совершенствование законодательной базы паллиативной помощи, предоставление обучения и подготовки для «информирования врачей о том, что значит паллиативная помощь», содействие «б***о***льшей взаимосвязи с религиозными/духовными организациями», поскольку в Казахстане есть «проблема с определением такого понятия, как «умирание»» (включая проблемы с другими медицинскими специальностями/дисциплинами).

Были определены люди и группы, обладающие полномочиями и/или ответственностью, чтобы предпринимать эти определенные необходимые шаги: государственные ведомства и министры – например, Министерство здравоохранения, Министерство социальной защиты, Министерство финансов и т.д. (следует включить вице-министров), местные органы власти, такие как «аким» (глава района) и областные департаменты здравоохранения, парламент Казахстана, религиозные организации и «духовные группы» (с «заинтересованностью в паллиативной помощи»), «международные партнеры», все казахстанские хосписы и СМИ. Отвечая на просьбу рассмотреть реалистичный временной график для таких шагов, представители хосписов предположили «приблизительно три-пять лет» из-за бюрократических ограничений и неспособности эффективно лоббировать».

Для достижения этих целей и задач и «развития материально-технической базы» паллиативной помощи в Казахстане потребуется финансирование для осуществления «технического анализа и стратегического планирования» за счет «и республиканского и местных бюджетов», также потребуется «частное финансирование», состоящее из «независимого фонда поддержки паллиативной помощи». Таким образом будет необходимо «представить статистические индикаторы потребности» – например, национальный реестр количества пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, который «специфичен для каждой болезни» (количество больных раком, ВИЧ/СПИД, ТБ и т.д.). Также будет необходимо продемонстрировать затратоэффективность паллиативной помощи и разработать «эффективные механизмы финансового контроля».

Нормативно-правовая основа для оказания услуг паллиативной помощи в Казахстане

В Казахстане существует «правовая иерархия»: есть **Законы** (которые обеспечивают «зонтик» или основу, но без детализации, просто базовые принципы), для детализации Законов есть государственные **Стандарты** и после этого идут конкретные **Правила**. КВШОЗ приняла участие в исследованиях паллиативной помощи в Казахстане как части «процесса стимуляции» в рамках постановления правительства, касающегося паллиативной помощи. Начинается разработка нормативной базы паллиативной помощи и намечается прогресс в законодательстве – есть некоторые приказы, статьи и документы, которые оговаривают, «что такое паллиативная помощь» (исходя из определения ВОЗ) и какие больные имеют право на нее. В социологическом исследовании, проведенном Фондом Сорос Казахстан, говорится, что когда был создан ***Кодекс Республики Казахстан об охране здоровья народа и системе здравоохранения (18 сентября 2009 года)***, приказы о паллиативной помощи были восприняты правительством и эта дисциплина была включена в Кодекс. Кодекс является

основным документом, в настоящее время регулирующим казахстанскую систему здравоохранения, и в нем есть несколько ссылок на паллиативную помощь.

Еще одним законодательным актом, относящимся к обеспечению охраны здоровья в Казахстане, является Указ о государственной программе развития здравоохранения в Республике Казахстан «СаламаттыҚазақ стан» на 2011-2015 годы. Эта государственная программа утверждается с целью реализации Указа президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года № 922 «О Стратегическом плане развития Республики Казахстан до 2020 года». Его основная цель заключается в улучшении здоровья граждан Казахстана для обеспечения устойчивого социального и демографического развития страны.

Среди положений об охране здоровья следует отметить следующие:

- Постановление № 184 «О стандартизации в здравоохранении», принятое правительством Республики Казахстан 16 февраля 2004 года;
- Постановление № 1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупа лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», принятое правительством Республики Казахстан 30 октября 2009 года;
- Приказ № 481 «Об утверждении Правил проведения медицинского обследования с целью признания гражданина больным заразной формой туберкулеза», изданный министром здравоохранения Республики Казахстан 30 сентября 2009 года;

- Постановление № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», принятое правительством Республики Казахстан 15 декабря 2009 года;
- Постановление № 2299 «Об утверждении Правил и условий оказания платных услуг в организациях здравоохранения», принятое правительством Республики Казахстан 30 декабря 2009 года;
- Постановление № 183 «О Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы», принятое правительством Республики Казахстан 25 февраля 2011 года, с поправками от 23 мая 2011 года;
- Постановление № 336 «Об утверждении Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы», принятое правительством Республики Казахстан 29 марта 2012 года;

Паллиативная помощь в настоящее время включена в следующие правовые документы Республики Казахстан:

- Казахстанский кодекс от 18.09.2009 **Кодекс Республики Казахстан об охране здоровья народа и системе здравоохранения (18 сентября, 2009 года)** (ст. 32; 34; 53) **(Приложение H)**
- Постановление правительства от 26.11.2009, № 1938 «**Об утверждении перечня категорий населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу» (Приложение J)**
- Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 02.11.2009 № 632 «**Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода» (Приложение K)**

- Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан (предложено 12.05.2009/принято 07.04.2010) № 238 «**Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения» (Приложение L)**
- **Государственная программа развития здравоохранения в Республике Казахстан «Саламатты Қазақ стан» на 2011-2015 годы** – Раздел 2.3.1. «Совершенствование паллиативной помощи для пациентов» **(Приложение M);**
- Постановление № 1343 «**Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода»**, принятое правительством Республики Казахстан 15 ноября 2011 года.

Существует проблема с финансированием лечения, поскольку оно адаптируется к Медицинским протоколам и Клиническим директивам по помощи. Постановление правительства Республики Казахстан гласит, что паллиативная помощь должна предоставляться согласованно в соответствии с клиническими стандартами, но в настоящее время нет клинических стандартов, поэтому в настоящее время наблюдается правовой вакуум. На ранней стадии работы Алматинского центра паллиативной помощи в Техническом задании («ТЗ») оговаривалось, что пациенты могут получать лечение там «настолько долго, насколько необходимо». Пребывание на лечении в среднем составляет 20-25 дней, но это большая проблема, поскольку правительством устанавливается лимит на стационарное лечение. Стоимость одного койко-дня в 2010 году составила 5 000 тенге (приблизительно 34 доллара), но независимо от продолжительности лечения в хосписе правительство заплатит только максимум 50 000 тенге (10 дней). Дополнительные койко-дни не могут классифицироваться как стационарные или даже как помощь в хосписе, а скорее как **долгосрочная социальная помощь** – необходимо четко различать эти понятия. Проблема неадекватного финансирования и нечеткого разграничения медицинской/социальной помощи

вызвала большую обеспокоенность у нескольких представителей хосписов. В Казахстане есть различие между Министерством социальной защиты и Министерством здравоохранения, которое занимается в основном медицинской помощью. Паллиативная помощь рассматривается как «отданная» медицинским работникам, но *воспринимается* как часть социальной помощи. Это является фундаментальной задачей для Казахстана, характеризуемой как «очень трудная для решения» - как социальная работа может быть включена в бюджет государственной больницы.

В 2007 году начался проект паллиативной помощи между «Кредо» и Фондом Сорос Казахстан. В ходе исследования религиозным организациям и больницам были розданы социальные анкеты и подготовлен отчет о потребностях в паллиативной помощи. Рекомендации должны были внедряться на правительственном уровне. Была создана рабочая группа по развитию паллиативной помощи в Караганде, а «Кредо» подготовило отчет. Рабочая группа по методологическому обоснованию организации паллиативной помощи в Казахстане провела свое первое заседание 15 мая 2009 года, где членам рабочей группы был представлен отчет «Кредо» и разработана нормативно-правовая база паллиативной помощи. На втором заседании рабочей группы 31 июля 2009 года была представлена концепция паллиативной помощи в Казахстане и предложены дополнительные программы медицинского образования. Во втором заседании рабочей группы «Кредо» принял участие преподаватель медицинского колледжа и там всеми членами рабочей группы были сформулированы предложения по дополнительным пунктам в Приказ министра здравоохранения от 28.12.2006 № 657 «Об утверждении Положения о деятельности организаций, оказывающих паллиативную помощь и реабилитацию». Члены рабочей группы А. Сагындыкова, М. Кульжанов, А. Нуркеримова и И. Мингазова продолжили работу над этим приказом после заседания. Группа также поработала над моделями оказания надомной паллиативной помощи, предоставляемыми междисциплинарными и

многодисциплинарными группами совместно с НПО и «Кредо». «Кредо» разработало проекты документов, касающихся решения проблем паллиативной помощи, но подчеркнуло необходимость обращения особого внимания на другие национальные стандарты и приказы при разработке стандартов паллиативной помощи в Казахстане. Рекомендации, данные в отчете, были приняты на правительственном/республиканском уровне и шесть казахстанских хосписов начали работать над разработкой стандартов паллиативной помощи. «Кредо» предположило, что к развитию паллиативной помощи в Казахстане можно было бы подойти двумя разными путями:

- *Реформирование существующих положений о здравоохранении:* Хотя у этой стратегии есть ряд преимуществ (например, не потребуется разработка дополнительных программ или государственное финансирование), «Кредо» предположило, что у нее больше недостатков, например, паллиативная помощь зависела бы от финансирования из местного бюджета и уровня осведомленности местных органов здравоохранения о паллиативной помощи. При этом подходе отсутствовал бы единый стандарт оказания паллиативной помощи, а в регионах услуги паллиативной помощи развивались бы неравномерно;

- *Разработка национальной концепции паллиативной помощи:* Хотя у этой стратегии есть некоторые недостатки (например, отсутствие адекватной межведомственной координации) «Кредо» предположило, что у нее больше преимуществ, поскольку паллиативная помощь могла бы реализовываться на разных уровнях и полностью внедриться в национальную политику общественного здравоохранения. Это обеспечило бы финансовую стабильность и гарантировало бы доступ и равное распределение услуг паллиативной помощи для людей с различными

видами заболеваний. Хотя этот подход повлек бы за собой систему государственного контроля, он также позволил бы НПО добиться наращивания возможностей своих сотрудников и создания высококачественных сетевых услуг и учебных систем.

Оба эти подхода были полностью рассмотрены и после третьего заседания членов рабочей группы 22 октября 2009 года в Национальную программу реформирования здравоохранения (2010-2015 годы) были включены несколько пунктов, связанных с паллиативной помощью, приказ «Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода» был пересмотрен и были дополнительно налажены партнерские отношения с заинтересованными организациями. Несколько организаций активно участвуют в разработке политики паллиативной помощи в Казахстане. Например, НПО «Ассоциация социальных работников, инвалидов и волонтеров» (общественное объединение, развивающее профессиональную социальную помощь гражданам) участвует в разработке нормативно-правовой документации и законов, включая «три, специально относящихся к паллиативной помощи».

«Кредо» подчеркнуло необходимость разработки и внедрения клинических директив, связанных с паллиативной помощью, создания инициатив по подготовке и обучению и врачей и медсестер, внедрения связанной с этим стратегии содействия информированности о паллиативной помощи среди социальных работников и реализации протоколов паллиативной помощи, касающихся лечения. «Кредо» внимательно изучило стандарты паллиативной помощи и в Польше и в Соединенных Штатах Америки и предположило необходимость коррекции этих стандартов с учетом социально-культурных условий Казахстана. «Кредо» признало, что изучение стандартов было предпринято только в контексте надомной паллиативной помощи и подчеркнуло необходимость разработки структурного плана достижения всех этих целей в рамках стандартов. «Кредо» подчеркивает,

что для разработки эффективных стандартов паллиативной помощи существует безусловная необходимость в междисциплинарной рабочей группе и в дискуссии с другими медицинскими работниками, например, каждый член междисциплинарной группы должен отлично знать нормативы, связанные с контролем инфекций, и это должно оговариваться в стандартах паллиативной помощи. Однако некоторые ключевые заинтересованные стороны выразили обеспокоенность относительно уровня социально-культурной информированности, которая будет демонстрироваться в рамках разработки стандартов паллиативной помощи в Казахстане, и опасности «простого навязывания американской/британской модели» оказания паллиативной помощи.

Однако последовательность документов, относящихся к паллиативной помощи, которые необходимо разработать, оказывается скорее неясной и хотя оказание паллиативной помощи включено в правовую базу, она не рассматривается адекватно и «зачастую неразвита». Есть некоторые протоколы оказания паллиативной помощи, но необходимо понять не устарели ли они. Если законодательство о паллиативной помощи будет и далее улучшаться, «необходимо будет проделать много организационной и структурной работы». Кроме того, представители хосписов полагают, что правительственные ведомства, участвующие в развитии паллиативной помощи, «не считают, что это важно». Они также полагают, что в Казахстане «всегда одно и тоже», законы формулируются, но не всегда реализуются – поддержка государства не гарантирована только потому, что был принят закон. Было заявлено, что Министерство здравоохранения «согласно с необходимостью» и надомной помощи и хосписов-стационаров. В рамках разработки стандартов необходимо составить список «граждан, нуждающихся в паллиативной помощи», а также необходимо изменить стандарты социальной помощи, поскольку «отсутствует механизм» оказания паллиативной помощи в контексте социальной помощи. Однако, если будут разрабатываться стандарты социальной работы, связанные с паллиативной помощью, существует

риск того, что они могут быть актуальны только для социальной работы, поэтому «жизненно важен междисциплинарный подход».

Среди других трудностей политики можно назвать тот факт, что есть казахстанский закон, которые оговаривает «где может быть предоставлено медицинское лечение». Хосписы включены в этот список и это означает, что «требуется много дополнительных отчетов». Еще одной проблемой в работе с государством является последовательность кадровых перестановок в соответствующих государственных ведомствах, например, в МЗ или Министерстве социальной защиты («МСЗ»). Наращивание возможностей в Казахстане, как сообщается, «очень важно вследствие недостатка опыта оказания паллиативной помощи», а кадровые перестановки в МЗ или МСЗ «препятствуют наращиванию возможностей и агитационной деятельности».

Проводимая в Казахстане работа по разработке стандартов паллиативной помощи имела продолжение и в октябре 2012 года как результат совместной инициативы ФСК, РЦРЗ, КВШОЗ и ИИПП, стандарты будут переданы в Министерство здравоохранения («МЗ») как жизненно важный инструмент и руководство для продолжения развития и предоставления паллиативной помощи в Казахстане и как неотъемлемая часть нормативно-правовой базы здравоохранения. Предусматривается, что стандарты будут содействовать совершенствованию и развитию программы и повлияют на планирование и реализацию услуг паллиативной помощи путем определения стоимости паллиативной помощи и таким образом объема услуг, который предоставляется государством.

Стандарты подкрепляются определением паллиативной помощи, данным Всемирной организацией здравоохранения, и признают, что увеличение масштабов паллиативной помощи требует подхода к охране здоровья населения с четырьмя опорами: политика, обучение, наличие лекарственных средств и

реализация. Стандарты могут рассматриваться как набор критериев, выполняемых какой-либо потенциальной услугой хосписа/паллиативной помощи, и предназначены для содействия развитию и совершенствованию паллиативной помощи на всех уровнях помощи и в рамках организационных возможностей различных организаций, оказывающих эту помощь. Таким образом ожидается, что эти стандарты будут влиять на планирование и оказание услуг паллиативной помощи на всех уровнях оказания медицинских услуг. Кроме того, растущая необходимость в определении конкретных индикаторов качества и эффективности паллиативной помощи является движущей силой этих всеобъемлющих стандартов, которые могут также использоваться медицинскими органами и финансовыми органами для того, чтобы оценить существующие и развивающиеся услуги паллиативной помощи в Казахстане и создать основу для разработки показателей эффективности, которые могут содействовать совершенствованию программы.

Группа, которая содействовала разработке и обнародованию этих стандартов, попыталась определить их не как планку, а просто как ядро базовых требований для обеспечения качества услуг паллиативной помощи, предоставляемых пациентам на поздних и терминальных стадиях заболевания. Подразумевается, что это инструмент улучшения качества и они не дублируют и не заменяют клинические стандарты, в настоящее время поддерживаемые организациями, предоставляющими эти услуги. На самом деле они предназначены для дополнения этих стандартов.

Первичной аудиторией этих стандартов оказания паллиативной помощи является Министерство здравоохранения Республики Казахстан, отвечающее за планирование здравоохранения в республике. Также они предназначены для других ведущих казахстанских организаций здравоохранения, тех, кто вырабатывает политику, чиновников и всех других министерств, законодателей, должностях лиц общественного здравоохранения, медицинских работников,

участвующих в практике и развитии паллиативной помощи, неправительственных организаций («НПО») и гражданского общества.

Чтобы обеспечить широкомасштабную реализацию важно, чтобы паллиативная помощь была внедрена во все уровни казахстанской системы здравоохранения и моделей предоставления, включая специализированные, областные и районные организации. Таким образом эти стандарты были разработаны и нацелены на всех тех, кто предоставляет услуги людям с ограничивающими жизнь заболеваниями, и они применимы ко всем разновидностям помощи т.е. к надомной помощи, стационарным услугам, амбулаторным программам, программам дневной помощи, больничному обслуживанию и т.д.

Процесс разработки стандартов был интенсивным с точки зрения процесса участия и осуществлялся посредством консультаций с заинтересованными сторонами на разных уровнях. Эти заинтересованные стороны внесли вклад в разработку различных аспектов стандартов в основном через комитеты или консультации. Для обсуждения результатов работы по разработке стандартов регулярно в течение трех лет (2009-2012 годы) проводились заседания рабочей группы и в Алматы и Астане, а подгруппы просили разработать конкретные главы и привлекать чиновников, работающих в соответствующих сферах, например, к разработке нормативно-правовой документации по этическим вопросам, междисциплинарного подхода к развитию услуг, разработке программ обучения в форме инициатив по обучению и подготовке в сфере паллиативной помощи и разработке клинических протоколов паллиативной помощи. Рабочая группа состояла из координаторов из ФСК, КВШОЗ и РЦРЗ, других международных и местных экспертов в паллиативной помощи и связанных с ней сферах, ключевых лиц, вырабатывающих государственную политику в сфере здравоохранения (например, представителей Министерства здравоохранения, Министерства социальной защиты), организаций, предоставляющие услуги больным ВИЧ/СПИД,

туберкулез и рак (например, хосписы, онкологические учреждения, интернаты и т.д.), ключевого персонала, работающего в этих организациях (например, руководителей, директора, врачей, медсестер и других членов многодисциплинарных групп – социальных работников, офисных работников, психологов, терапевтов, фармацевтов и т.д.), религиозных и духовных лидеров, юристов/правозащитников и всех соответствующих НПО.

Томасом Линчем, международным консультантом в сфере паллиативной помощи, была тщательно изучена казахстанская нормативно-правовая база паллиативной помощи, были также изучены стандарты, директивы, политика, нормативно-законодательные акты по паллиативной помощи с рекомендациями для Рабочей группы о том, какие элементы из них следует включить в казахстанский вариант с учетом конкретных социальных, культурных и экономических условий. Опыт, знания и информация, предоставленные иностранными партнерами, наряду с вкладом, сделанным казахстанскими специалистами, привели к адаптации международного опыта к казахстанским социально-экономическим условиям, а также к конкретным положениям национальной системы здравоохранения. Проект документа был изучен на заседании рабочей группы в Астане в сентябре 2012 года всеми ключевыми заинтересованными сторонами и представителем министерства здравоохранения, проект стандартов был согласован в принципе всеми участниками, после чего их разработка была завершена для распространения и внедрения. Клинические директивы, которые были разработаны на третьем заседании рабочей группы в ноябре 2011 года, не включены в этот вариант стандартов (планируется включить их на более поздней стадии). Разработка этих стандартов паллиативной помощи является частью более широкого процесса повышения информированности ключевых заинтересованных сторон, политиков и тех, кто вырабатывает политику, об изменениях, необходимых в политике охраны здоровья населения для того, чтобы разработать законодательную основу для внедрения паллиативной помощи в казахстанскую систему здравоохранения.

ПРАВА ЧЕЛОВЕКА, ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В КАЗАХСТАНЕ

Казахстанская политика здравоохранения тесно связана с концепцией паллиативной помощи и наличием и доступностью опиоидов как фундаментального права человека. В беседе от 11 сентября 2012 года Бахыт Туменова охарактеризовала работу международной неправительственной организации в сфере здравоохранения и прав человека «Аман-саулык».

Бахыт полагает, что «подход, основанный на правах человека» «очень новый для Казахстана». Ее организация отмечает пятую годовщину создания «единственного НПО в Казахстане, где медики защищают право человека на здоровье». В Казахстане работают «другие организации, защищающие пациентов», но они занимаются конкретными болезнями (эпилепсия, диабет и т.д.) и «зачастую тесно сотрудничают с фармацевтическими компаниями». Аман-саулык «отличается», потому что эта организация «независима, финансово стабильна и не получает деньги от фармацевтических компаний». Организация «финансируется полностью» «международными проектными организациями», связанными с «ментальным здоровьем, обеспечением лекарственных средств и ВИЧ/СПИД». Получая финансирование от международных организаций, Аман-саулык также получает некоторое финансирование от казахстанских «компаний и частного сектора» и это означает, что эта НПО «хорошо оснащена» и «находится в хорошем положении относительно других НПО». Организация работает над разными проектами, такими как «Доступ к услугам женского здравоохранения в сельской местности» и «Женщины в тюрьме», однако паллиативная помощь также характеризуется как «очень важная часть» работы организации. Бахыт полагает, что люди «начинают понимать право на паллиативную помощь снизу доверху» и что «гражданскому

обществу следует отстаивать интересы» казахстанцев в этой сфере. Организация оказывает «помощь лицам, формирующим общественное мнение и политику», и она «расширила паллиативную помощь с точки зрения прав человека».

На телефон «горячей линии» Аман-саулык по вопросам прав человека поступило «17 000 вопросов за последние пять лет». Что касается горячей линии, «приблизительно 70%» вопросов поступают от людей, которые «старше 50 лет», «34% звонков» поступают от людей «с конкретной болезнью». В фильме «Золотая рыбка», снятом ФСК и показанном на VII конгрессе онкологов и радиологов стран СНГ в Астане в сентябре 2012 года, рассказывалось о людях, которые первоначально обращались на горячую линию Аман-саулык. ФСК готовится снять еще один фильм на эту тему и уже «попросил больше пациентов паллиативной помощи» из организации сняться в нем. Организация хотела бы, чтобы горячая линия работала 24/7 – в настоящее время «по вечерам или выходным специалистов нет», но это необходимо, когда «много вопросов», поскольку медицинские работники также часто отсутствуют в это время. Недавно было опубликовано ежемесячное информационное письмо об организации (только на русском языке) и у организации есть два вебсайта «Медицинское право на здоровье» и «Аман-саулык». НПО также предлагает онлайн-консультации и, признавая, что они «не настолько личные» как при разговоре с человеком, у них «есть преимущества», поскольку это «поощряет дискриминированных пациентов» (например, людей с ЗППП или ВИЧ/СПИД) к обращению в организацию, так как это анонимно. Бахыт полагает, что горячей линией пользуются «самые пожилые люди», поскольку у них часто «ограничен доступ к Интернету», тогда как «молодые люди» больше склонны пользоваться Интернетом. Концепция вебсайта характеризуется как «достаточно новая», хотя уже было «более чем 8 000 обращений» (а множество обращений от одного и того же человека считается за одно, поэтому в целом обращений было намного больше).

В рамках проекта «Аман-саулык» лица, обученные в сфере прав человека на семинаре ФОО в Зальцбурге, «обучили 120 казахстанских НПО» «праву на здоровье» – «еще 60 студентов юридических и медицинских ВУЗов» прошли аналогичное обучение. После официальной презентации пособия «будет дальнейшее обучение врачей» помимо «других защитников» и «НПО по консультированию населения». Во всех тренингах есть отдельный раздел о «паллиативной помощи с точки зрения прав человека», который «проводится юристами». Кроме того, был подготовлен буклет о паллиативной помощи и правах человека (хотя его нет на английском языке), который «подходит к паллиативной помощи под углом прав человека». Организацией было осуществлено несколько инициатив обучения в сфере прав человека/здравоохранения в юго-восточном регионе Казахстана, потому что в этом регионе зафиксирован «самый высокий показатель онкологических заболеваний» в стране и он является «беднейшим регионом в Казахстане». Хотя «было только 25 мест», Бахыт полагает, что «заявки подали 52 человека» на прохождение этот тренинга. Бахыт также подчеркивает необходимость в «расширении инициатив обучения/подготовки», считая, что «имеет смысл» «инвестировать в врачей, юристов и защитников для генерирования нового образа мышления».

Что касается прав человека в Казахстане, нет «современных директив» как таковых, но безусловно есть документы, которые позволяют пациентам выражать свои желания, касающиеся помощи при уходе из жизни, хотя они «могут не уважаться», если врачи не соглашаются с ними, например, когда не дают еду и воду (пациента кормили бы через трубочку и направили к психиатру). Концепция «не выздоравливать» («НВ») «плохо понимается» и «не считается необходимой» - не рассматривается как проблема, поскольку оживление пациента - это «врачебный долг» (даже если это не в их интересах). На самом деле вопрос «независимости» «не особенно хорошо понимается в целом».

Бахыт не знает «о случаях», связанных с современными директивами об отказе от лечения. Однако она подчеркивает «очень высокий показатель самоубийств» в Казахстане, «в частности, среди молодых девушек». Это характеризуется как «очень деликатная тема», которую «никто не хочет обсуждать», но она может быть связана с проблемами «уязвимости, бедности и безработицы» или «сочетанием этих факторов». Бахыт полагает, что такие вопросы, как отказ от лечения должны «решаться пациентом/семьей совместно с медицинским работниками», но что это «личное решение, не правовое».

Есть несколько других этических аспектов, связанных с оказанием паллиативной помощи в Казахстане, например, родственники обычно предпочитают, чтобы больной умер дома и часто чувствуют «стыд», если их любимый человек умирает в больнице или больничных условиях, поскольку они считают это «долгом семьи». Это часто «вызывает большой стресс» (особенно у людей работающего возраста) с ответственностью, «часто лежащей на плечах небольшого количества людей (обычно женщин), которые характеризуются как «недостаточно подготовленные» для оказания такой помощи. В определенных ситуациях часто вследствие «больших финансовых затруднений», когда члены семьи не могут оставить свою работу, взрослые дети могут «бросить своих пожилых родителей» - больные будут взяты в хоспис в этих обстоятельствах, только если они находятся «в 6 часах от смерти».

Во многих больницах есть несколько отделений, которые отделяют больных раком или ВИЧ/СПИД от других больных, которые «не хотят смешиваться с ними». По казахстанскому законодательству люди, знающие, что у них ВИЧ/СПИД, не обязаны сообщать об этом своему партнеру, однако, если партнер заражается ВИЧ/СПИД, человека могут привлечь к уголовной ответственности. Участники рабочей группы привели несколько конкретных примеров моральных и этических дилемм, с которыми они столкнулись: недавний этический случай в Казахстане с участием

матери с ВИЧ/СПИД, которая передала вирус ребенку при родах, но отказалась от АРТ для ребенка по религиозным соображениям. Мать отказалась от этого лечения, потому что она считала, что они «оба все равно умрут». Больные раком могут также отказываться от лечения по этим причинам.

Навыки коммуникации между медицинскими работниками и пациентами в конце жизни могут также вызвать этическое беспокойство. Например, в Казахстане «одна медсестра на двадцать пациентов», поэтому медсестры перегружены и «общение с пациентом и его родственниками очень ограничено». Еще одна этическая проблема связана с коммуникацией между врачом и пациентом, например, случай с только вышедшей замуж женщиной с раком груди, когда врач «очень грубо» сообщил мужу, что у его жены рак груди 4-й стадии. Проблемы, связанные с коммуникацией, усложняются тем, что в Казахстане есть основополагающая проблема с агрессией пациентов к медицинским работникам, за пределами Казахстана медицинские работники обычно «очень уважаемы», тогда как в Казахстане медицинские работники «не уважаются» из-за своей низкой зарплаты.

Организация «Аман-саулык» должна была официально представить практическое пособие по правам человека в здравоохранении 17 сентября 2012 года. «**Права человека в помощи больным: руководство для практика**» является результатом совместного проекта Инициативы по праву и здравоохранению («ИПЗ») Программы «Открытого общества» по охране здоровья населения и Программы по правам человека и грантам на управление («ППЧГУ») Фонда «Открытое общество» («ФОО») и Фонда Сорос Казахстан («ФСК»).

Права человека в помощи больным: руководство для практика

Важные нормы международного и регионального права, касающиеся стандартов прав человека при оказании медицинской помощи, включены в Руководство для практика. Права и обязанности пациентов и медицинских работников

определяются с помощью положений национальной конституции, законов и подзаконных актов. Руководство также предназначено для юристов, руководителей медицинских учреждений и защитников прав пациентов. Руководство, разработанное как практическое пособие «как делать», предназначено для содействия пониманию того, каким образом используются правовые инструменты для защиты базовых прав при оказании медицинской помощи. В Руководстве системно рассматриваются различные законодательные акты, положения и приказы, применимые к пациентам и организациям, предоставляющим медицинские услуги, и классифицируются по праву или ответственности. В Руководстве конкретно рассматриваются «права человека в помощи пациентам», которые объединяют права пациентов и организаций, предоставляющих медицинские услуги. Концепция прав человека в помощи пациентам отсылает к применению общих принципов прав человека ко всем заинтересованным сторонам в оказании медицинской помощи. Эти общие принципы прав человека можно найти в таких международных и региональных договорах, как *Международная конвенция о гражданских и политических правах, Международная конвенция об экономических, социальных и культурных правах, Европейская конвенция о защите прав человека и фундаментальных свобод* и *Европейская социальная хартия.* Эти права универсальны и могут применяться в контексте оказания медицинской помощи точно так же, как они могут предоставляться в любом другом контексте. Однако в Казахстане сфера прав человека в помощи пациентам по-прежнему новая и развивающаяся. Многие положения законодательных актов, процитированные в Руководстве, не были авторитетно истолкованы судом, а те, которые были истолкованы, по-прежнему открыты для дополнительных заявлений и толкований. По-прежнему существуют огромные пробелы в понимании того, каким образом на практике применять права человека в помощи пациентам.

В Конституции Республики Казахстан (1995 год) говорится, что Республика Казахстан уважает принципы и правила международного права (Статья 8). Согласно Конституционному совету эти правила означают, что Республика Казахстан старается учитывать принципы и правила международного права в процессе разработки национального законодательства. Когда разрабатывалась Конституция Республики Казахстан применялись базовые международные документы, касающиеся прав и свобод человека и гражданина – Всеобщая декларация прав человека, принятая Резолюцией 217A (III) Генеральной ассамблеи Организации Объединенных Наций 10 декабря 1948 года. Однако действующие законы Республики Казахстан должны соответствовать конституционному положению Республики Казахстан и только международные договора, ратифицированные Республикой Казахстан, отменяют действие этих законов.

Среди важных международных конвенций и договоров, которые Казахстан ратифицировал или к которым он присоединился, необходимо отметить следующие:

- *Конвенция о правах ребенка* – принята 20 ноября 1989 – ратифицирована 8 июня 1994 года;
- *Международная конвенция об экономических, социальных и культурных правах* - принята 16 декабря 1966 года - ратифицирована 21 ноября 2005 года – вступила в силу 24 апреля 2006 года;
- *Международная конвенция о гражданских и политических правах* - принята 16 декабря 1966 года - ратифицирована 28 ноября 2005 года - вступила в силу 24 апреля 2006 года;
- *Рамочная конвенция ВОЗ о контроле за табачными изделиями* - принята 21 мая 2003 года - ратифицирована 25 ноября 2006 года;

- *Конвенция о психотропных веществах* - принята 21 февраля 1971 года - присоединились 29 июня 1998 года;
- *Конвенция ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ* - принята 20 декабря 1988 года - присоединились 29 июня 1998 года;
- *Конвенция о правах лиц с ограниченными возможностями* - принята 13 декабря 2006 года – подписана 11 декабря 2008 года;
- *Модельный закон о защите прав и достоинства человека в биомедицинских исследованиях в государствах-участниках СНГ* - принят 18 ноября 2005 года;
- *Конвенция против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания* - принята 10 декабря 1984 года - присоединились 29 июня 1998 года;
- *Единая конвенция о наркотических средствах* - принята 30 марта 1961 года - присоединились 1 июля 1998 года.

Юридическая охрана здоровья в Республике Казахстан

Основной закон Республики Казахстан – ***Конституция Республики Казахстан*** *(1995 год: Статья 29)* - гласит, что:

- Граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья;
- Граждане Республики вправе получать бесплатно гарантированный объем медицинской помощи, установленный законом;
- Получение платной медицинской помощи в государственных и частных лечебных учреждениях, а также у лиц, занимающихся частной медицинской практикой, производится на основаниях и в порядке, установленных законом.

Базовое право граждан на охрану здоровья также предусматривается **Статьей 88 Кодекса Республики Казахстан** «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года. Кодекс регулирует социальные отношения в здравоохранении с целью реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и направлен на рационализацию законодательства о здравоохранении, гармонизацию его с международными стандартами и нормами и повышение статуса национальной медицины, качества медицинской помощи и уровня медицинских слуг, предоставляемых гражданам, а также на обеспечение высококачественных фармацевтических препаратов, медицинских изделий и медицинской техники:

Согласно **Статье 88** Кодекса граждане Республики Казахстан имеют право на:

- получение гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в соответствии с перечнем, утвержденным правительством Республики Казахстан;
- обеспечение лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными или льготными лекарственными средствами и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне в соответствии с перечнем, утверждаемым уполномоченным органом;
- свободный выбор медицинской организации, качественную и своевременную медицинскую помощь;
- дополнительные медицинские услуги сверх гарантированного объема бесплатной медицинской помощи за счет собственных средств, средств

организаций, системы добровольного страхования и иных незапрещенных источников;

- получение медицинской помощи за рубежом за счет бюджетных средств при наличии показаний в порядке, определяемом Правительством Республики Казахстан;
- возмещение вреда, причиненного здоровью неправильным назначением и применением медицинскими работниками лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
- удостоверение факта временной нетрудоспособности с выдачей листа временной нетрудоспособности или справки о временной нетрудоспособности;
- безвозмездное получение от государственных органов, организаций и лечащего врача в пределах их компетенции достоверной информации о методах профилактики, диагностики, лечения заболевания и медицинской реабилитации, клинических исследованиях, факторах, влияющих на здоровье, включая состояние окружающей среды, условия труда, быта и отдыха, здоровом питании и безопасности пищевых продуктов, в том числе заключения санитарно-эпидемиологической экспертизы;
- получение от государственных органов, независимых экспертных организаций и субъектов в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники информации о безопасности, эффективности и качестве реализуемых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
- обжалование действий (бездействия) медицинских и фармацевтических работников в организацию здравоохранения, вышестоящий орган и (или) в судебном порядке;
- ходатайство о привлечении независимых экспертов в случае несогласия с выводами государственной медицинской экспертизы.

Другие соответствующие Статьи Кодекса включают в себя:

- Подпункты 1 и 4 **Статьи 112 Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (доступность и качество добровольного анонимного и (или) конфиденциального медицинского обследования на бесплатной основе для больных ВИЧ и СПИД, недопущение каких-либо форм дискриминации в связи с характером заболевания). Подпункт 5 Статьи 112 Кодекса об охране здоровья предусматривает государственные гарантии профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИД;
- *Кодекс чести медицинских и фармацевтических работников Республики Казахстан* был включен в Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения и оговорен в **Статье 184**. Кодекс определяет моральную ответственность медицинских и фармацевтических работников в их деятельности перед гражданами и обществом в целом, подпункт 2 пункта 2 Статьи 184 предусматривает, что медицинские и фармацевтические работники должны «способствовать укреплению здоровья граждан Республики Казахстан»;
- С момента принятия Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения были признаны утратившими силу 11 законов Республики Казахстан (**Статья 186**), которые регулировали общественные отношения в сфере здравоохранения, оказания медицинской помощи, обеспечения лекарственными средствами, осуществления профилактической деятельности и т.д.

Права казахстанских больных

Право на доступ

Каждый человек имеет право на доступ к медицинской помощи, которая необходима для его или ее здоровья. Медицинская помощь должна гарантировать всем равный доступ, без дискриминации по наличию финансовых ресурсов, месту проживания, виду заболевания или времени доступа к услугам (Европейская хартия прав пациентов).

Соответствующее законодательство включает в себя:

- Статья 29 **Конституции Республики Казахстан** гласит, что граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья;
- Пункт 2 Статьи 14 **Конституции Республики Казахстан** гласит, что никто не может подвергаться какой-либо дискриминации по мотивам происхождения, социального, должностного и имущественного положения, пола, расы, национальности, языка, отношения к религии, убеждений, места жительства или по любым иным обстоятельствам;
- Пункт 3 Статьи 39 **Конституции Республики Казахстан** устанавливает запрет на ограничение прав и свобод, предусмотренных рядом статей Конституции, включая Статью 14;
- Подпункты 2) и 3) Статьи 87 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (предусматривающие предоставление гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и равный доступ к медицинской помощи). Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется безвозмездно в медицинских учреждениях независимо от формы собственности, в соответствии с профилем их деятельности согласно их лицензии и при условии заключения договора на предоставление гарантированной бесплатной медицинской помощи с территориальным Департаментом Комитета оплаты медицинских услуг при Министерстве здравоохранения или с областными органами здравоохранения (Правила,

гарантирующие предоставление гражданам гарантированного объема бесплатной медицинской помощи от 19 ноября 2009 года);

- Подпункт 2 пункта 1 Статьи 91 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (оказание медицинской помощи в очередности, определяемой исключительно на основе медицинских критериев, без влияния каких-либо дискриминационных факторов);
- Подпункты 1 и 4 Статьи 112 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (доступность и качество добровольного анонимного и/или конфиденциального медицинского обследования на бесплатной основе для больных ВИЧ и СПИД, недопущение каких-либо форм дискриминации в связи с характером заболевания);
- **Постановление № 2136** «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», принятое правительством Республики Казахстан 15 декабря 2009 года;
- **Постановление № 1263** «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи», принятое правительством Республики Казахстан 1 ноября 2011 года;
- Статья 45 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** оговаривает правила, определяющие порядок оказания первичной медико-санитарной помощи (далее именуемой «ПМСП») и порядок прикрепления граждан к организациям ПМСП. Статья 45 разъясняет, что ПМСП – это доврачебная или квалифицированная медицинская помощь без круглосуточного медицинского наблюдения, включающая комплекс доступных медицинских услуг, оказываемых на уровне человека, семьи и общества. Согласно Статье 45 Кодекса Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения ПМСП оказывается участковыми терапевтами, педиатрами, врачами общей практики, фельдшерами,

акушерами и медицинскими сестрами. Статья 45 также гласит, что деятельность организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, строится по территориальному принципу в целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам по месту их жительства и (или) прикрепления с учетом права свободного выбора медицинской организации;

- Подпункт 3 пункта 3 Статьи 184 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (оказание медицинской помощи любому, нуждающемуся в ней).

Право на информацию

Информация пациентам, видимо, предоставляется урывками и иногда спорадически. В ходе бесед с пациентами и теми, кто оказывает им помощь в Алматинском центре паллиативной помощи, один респондент заявил, что ему «ничего не говорят» о его заболевании и что ему не предоставляется «никакой информации» – хотя тот, кто оказывал ему помощь, был «полностью информирован» о диагнозе/прогнозе, но «отказывался говорить ему что-либо». На момент беседы ему по-прежнему «ничего не говорили» о заболевании – хотя на этой стадии он заявил, что ему «больше не интересно». В отличие от него другой респондент сказал, что он получил «достаточно информации»» о своем лечении и о том, что ему «следует ждать в будущем».

Хотя в Казахстане, видимо, есть элемент совместного принятия решения с участием пациента, членов семьи и клиницистов, существует много трудностей, связанных с прогнозированием и диагностированием, которые являются «все еще большими проблемами». Многие пациенты не знают о своих диагнозах и думают, что ничего серьезного нет, например, больные, получающие химиотерапию, «часто верят, что

им станет лучше» – даже образованные люди могут не знать о своем диагнозе/прогнозе. Больные, которые не знают о своем диагнозе и которым сказали, что они страдают от «чего-то другого», а не от рака, часто испытывают большое потрясение, когда им приходится посетить хоспис. Однако даже если больной может не знать о своем состоянии, члены семьи часто знают. Хотя согласно казахстанской конституции есть «право на информацию», часто именно члены семьи берут на себя ответственность за это и принимают решения от лица больного. Еще одна этическая проблема в этой сфере связана с высокой распространенностью ВИЧ/СПИД среди молодых людей. Этическая дилемма заключается в том, сообщать ли молодому человеку о его диагнозе в случае, если это повысит риск суицида.

У каждого человека есть право на доступ ко всем видам информации, касающейся его/ее состояния здоровья, медицинской помощи и того, как ею пользоваться, и все это обеспечивают научные исследования и технологические инновации. В соответствии с законодательством Республики Казахстан медицинские организации и специалисты должны обеспечивать пациентов всей информацией, касающейся методов лечения или предстоящей операции, включая информацию о возможных рисках, неудобстве, побочных эффектах и альтернативах. Медицинские организации и специалисты должны предоставлять информацию на языке, известном пациенту, в форме, которая понятна человеку, не являющемуся специалистом в этой сфере (Европейская хартия прав пациента). Бахыт полагает, что предоставление информации «дает людям знания и опыт, необходимые им», чтобы принимать осознанные решения. Однако она признает, что предоставление информации пациентам в этой сфере «очень недостаточное». Есть «юридическая обязанность» у врачей по информированию пациентов об их прогнозе/диагнозе, но это делается в «очень общем виде». Пациенты дают письменное согласие «перед лечением» и имеют право на «базовую информацию» о получаемом ими

лечении, но это изложено в «общемедицинских документах» и «не связанно конкретно с паллиативной помощью».

Соответствующее законодательство включает в себя:

- Пункт 2 Статьи 20 **Конституции Республики Казахстан** предусматривает право на свободное получение и распространение информации любым, не запрещенным законом способом;
- Пункт 3 Статьи 18 **Конституции Республики Казахстан** обязывает государственные органы, общественные объединения, должностные лица и средства массовой информации обеспечить каждому гражданину возможность ознакомиться с затрагивающими его права и интересы документами, решениями и источниками информации;
- Подпункт 9 пункта 1 Статьи 88 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (получение информации о безопасности, эффективности и качестве реализуемых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники);
- Подпункт 6 пункта 1 Статьи 91 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (получение независимого мнения о состоянии своего здоровья и проведение консилиума);
- Пункт 2 Статьи 91 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (получение информации о своих правах и обязанностях, оказываемых услугах, стоимости платных услуг, а также о порядке их предоставления);
- Пункт 4 Статьи 91 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения**: При получении медицинской помощи пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, включая данные о возможном риске и преимуществах предлагаемых и альтернативных методов лечения, сведения о возможных последствиях

отказа от лечения, информацию о диагнозе, прогнозе и плане лечебных мероприятий в доступной для пациента форме, а также разъяснение причин выписки его домой или перевода в другую медицинскую организацию;

- Подпункт 2 Статьи 114 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (информирование населения через средства массовой информации об эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции и о мерах профилактики);
- Пункт 5 Статьи 115 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (Организации здравоохранения, выявившие при медицинском обследовании факт ВИЧ-инфекции, письменно уведомляют обследуемого о полученном результате, информируют о необходимости соблюдения мер предосторожности, направленных на охрану собственного здоровья и здоровья окружающих, а также предупреждают об административной и уголовной ответственности за уклонение от лечения и заражение других лиц);
- Подпункт 1 пункта 1 Статьи 157 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (профилактика незаразных болезней путем информирования населения через средства массовой информации и обучающие программы по вопросам профилактики заболеваний);
- Пункт 9 Статьи 91 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (право на исчерпывающую информацию о назначаемом лекарственном средстве);
- Подпункт 3) пункта 6 **Правил оказания стационарной помощи**, утвержденных постановлением правительства Республики Казахстан 5 декабря 2011 года (при плановой госпитализации пациента в стационар медицинская организация информирует пациента о дате госпитализации в стационар);

- Пункт 16 **Правил оказания стационарной помощи**, утвержденных постановлением правительства Республики Казахстан 5 декабря 2011 года (при поступлении в стационар пациенту представляются сведения о правилах внутреннего распорядка медицинской организации, данных (фамилия, имя, отчество) и профессиональном статусе медицинских работников, которые будут оказывать медицинские услуги).

Право на согласие

У каждого человека есть право доступа ко всей информации, которая может позволить ему или ей активно участвовать в принятии решений, касающихся его или ее здоровья. Эта информация является предпосылкой к какой-либо процедуре и лечению, включая участие в научных исследованиях (Европейская хартия прав пациента). В медицинской практике согласно Международной конвенции о гражданских и политических правах («МКГПП») информированное согласие означает добровольное принятие пациентом лечебных процедур после того, как врач предоставит пациенту достаточно информации. Научные исследования в биомедицинской сфере придают особую важность получению информированного согласия от пациента. Добровольное информированное согласие означает, что организации, оказывающие медицинскую помощь, не применяли силу, ложь, угрозы и т.д. во время принятия пациентом решения.

Соответствующее законодательство включает в себя:

- Пункт 1 Статьи 16 **Конституции Республики Казахстан** предусматривает право каждого на личную свободу;
- Статья 17 **Конституции Республики Казахстан** оговаривает, что достоинство человека неприкосновенно. Никто не должен подвергаться пыткам,

насилию, другому жестокому или унижающему человеческое достоинство обращению или наказанию;

- Статья 29 **Конституции Республики Казахстан** предусматривает право на охрану здоровья;
- Подпункт 3 Статьи 91 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (медицинская помощь должна предоставляться после получения информированного устного или письменного добровольного согласия пациента);
- Пункт 1 Статьи 139 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (хирургическое вмешательство, переливание крови, ее компонентов и применение инвазивных методов диагностики применяются с письменного согласия больных);
- Пункт 17 **Правил оказания стационарной помощи**, утвержденных постановлением правительства Республики Казахстан 5 декабря 2011 года (медицинская помощь предоставляется после получения письменного добровольного согласия пациента либо его законного представителя);
- Подпункт 3 пункта 2 Статьи 184 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (в своей деятельности медицинские и фармацевтические работники должны принимать решения исключительно в интересах пациента).

Право на свободный выбор

У каждого человека есть право свободно выбирать среди различных медицинских процедур и организаций на основе достаточной информации (Европейская хартия прав пациентов). В соответствии с законодательством Республики Казахстан пациент имеет право решить, какие диагностические обследования и виды лечения он/она пройдёт и с каким медицинским работником он/она

проконсультируется и какую больницу посетит. Органы здравоохранения должны обеспечить это право пациента путем предоставления ему информации о различных медицинских центрах и врачах, которые предлагают определенные виды лечения, а также о результатах их деятельности. Любые препятствия, мешающие реализации этого права, должны быть устранены. Пациент, который не доверяет своему врачу, имеет право выбрать другого врача.

Соответствующее законодательство включает в себя:

- Статья 29 **Конституции Республики Казахстан** гласит, что граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья;
- Подпункт 3 пункта 1 Статьи 88 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (свободный выбор медицинской организации, качественную и своевременную медицинскую помощь);
- Подпункт 3 пункта 1 Статьи 91 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (выбор, замену врача или медицинской организации);
- Подпункт 2 пункта 3 Статьи 184 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** обязывает медицинских и фармацевтических работников в отношениях с пациентами оказывать медицинскую помощь каждому, кто в ней нуждается. Это общее требование, установленное этикой поведения медицинских и фармацевтических работников.

Право на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность

У каждого человека есть право на конфиденциальность личной информации, включая данные, касающиеся состояния его или ее здоровья, и потенциальный диагноз и терапевтические процедуры, а также на неприкосновенность его или ее частной жизни в ходе выполнения диагностических исследований, посещений

специалистов и медицинского/хирургического лечения в целом (Европейская хартия прав пациентов). Законодательство Республики Казахстан с соответствующими положениям о неприкосновенности частной жизни и конфиденциальности направлено на соблюдение международных стандартов в сфере здравоохранения.

Соответствующее законодательство включает в себя:

- Пункт 1 Статьи 18 **Конституции Республики Казахстан** предусматривает право на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, защиту своей чести и достоинства;
- Подпункт 7 пункта 1 Статьи 87 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (государство гарантирует гражданам Республики Казахстан, что сведения, классифицированные как врачебная тайна, будут сохранены);
- Пункт 3 Статьи 95 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения**, озаглавленный «врачебная тайна», определяет: «С согласия пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим физическим и (или) юридическим лицам в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, использования этих сведений в учебном процессе и иных целях»;
- Пункт 4 Статьи 95 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (общие положения о врачебной тайне): Представление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается в следующих случаях: в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю; при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность

для окружающих; по запросу органов дознания и предварительного следствия, прокурора, адвоката и/или суда в связи с проведением расследования или судебного разбирательства; при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему или недееспособному лицу для информирования его законных представителей; при наличии оснований полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных деяний;

- Подпункт 1 Статьи 112 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (анонимность и/или конфиденциальность медицинского обследования ВИЧ-инфицированных/больных СПИД);
- Пункт 1 Статьи 115 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (анонимное медицинское обследование на ВИЧ);
- Пункт 1 Статьи 131 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (медико-социальная реабилитация по желанию пациента может осуществляться анонимно);
- Пункт 2 Статьи 142 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (сведения об анатомическом даре разглашению не подлежат);
- Статья 144 **Уголовного кодекса** РК «Разглашение врачебной тайны»;
- Согласно подпункту 4 пункта 2 Статьи 184 **Кодекса чести медицинских и фармацевтических работников Республики Казахстан** разглашение конфиденциальных сведений о пациенте является, с одной стороны, нарушением этики, а с другой стороны это нарушает право пациента на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность.

Право на соблюдение стандартов качества

У каждого человека есть право на доступ к высококачественным медицинским услугам на основе спецификации и соблюдения точных стандартов (Европейская

хартия прав пациентов). Доступ к медицинским услугам, их качество и своевременность определяются как один из фундаментальных принципов государственной политики Республики Казахстан в сфере здравоохранения. Качество медицинской помощи является уровнем соответствия медицинских услуг стандартам, принятым уполномоченным органом и основывающимся на современном уровне развития медицинской науки и технологий. Положения следующих законов гарантируют качество, содержание и объем медицинской помощи, оказываемой на бесплатной и/или платной основе в соответствии с едиными медицинскими стандартами, создание контроля за качеством предлагаемых медицинских услуг и, в некоторых случаях, проверки качества этих услуг.

Соответствующее законодательство включает в себя:

- Статья 29 **Конституции Республики Казахстан** обеспечивает право на охрану здоровья;
- Подпункт 1 пункта 2 Статьи 33 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (субъекты здравоохранения должны оказывать качественную медицинскую помощь в соответствии с лицензией);
- Подпункт 4 Статьи 87 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (государство гарантирует гражданам Республики Казахстан качество медицинской помощи);
- Подпункт 3 пункта 1 Статьи 88 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (право на качественную и своевременную медицинскую помощь);
- Статья 114 **Уголовного кодекса** Республики Казахстан: Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинскими и фармацевтическими работниками;

- **Постановление № 2296:** «Об утверждении Правил осуществления государственного контроля в области здравоохранения», принятое правительством Республики Казахстан 30 декабря 2009 года;
- **Постановление № 1577:** «Правила организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг», принятое правительством Республики Казахстан 22 декабря 2011 года;
- Подпункт 5 пункта 2 Статьи 184 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** требует от медицинских и фармацевтических работников добросовестно и качественно исполнять свои служебные обязанности.

Право на безопасность

У каждого человека есть право быть свободным от вреда, наносимого плохим функционированием медицинской помощи, неправильными медицинскими методами и ошибками, и право на доступ к медицинской помощи и лечению, которое отвечает высоким стандартам безопасности (Европейская хартия прав пациентов). В контексте конституционного права на охрану здоровья реализация права на безопасность означает, что медицинские процедуры должны включать в себя диагностику, лечение и профилактические процедуры, лекарственные средства, изделия и технику, используемые в медицине, которые прошли стандартизацию и контроль качества. Право на безопасность должно пониматься в том смысле, что только профессиональные медицинские организации могут оказывать медицинскую помощь.

Соответствующее законодательство включает в себя:

- Статья 13 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** гласит, что медицинская и фармацевтическая деятельность подлежит лицензированию;
- Пункт 1 Статьи 15 **Конституции Республики Казахстан** гласит, что каждый имеет право на жизнь;
- Статья 29 **Конституции Республики Казахстан** гласит, что граждане Республики Казахстан имеют право на охрану здоровья;
- Статья 84 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (запрещение, приостановление или изъятие из обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, не отвечающей требованиям безопасности для здоровья человека);
- Подпункт 5 Статьи 87 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (доступность, качество, эффективность и безопасность лекарственных средств как гарантия обеспечения прав в сфере здравоохранения);
- **Постановление № 1729**: «Об утверждении Правил организации и проведения закупа лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи», принятое правительством Республики Казахстан 30 октября 2009 года;
- **Постановление № 2135**: «Об утверждении Правил обеспечения лекарственными средствами граждан», принятое правительством Республики Казахстан 15 декабря 2009 года;
- **Постановление № 2296**: «Об утверждении Правил осуществления государственного контроля в области здравоохранения», принятое правительством Республики Казахстан 30 декабря 2009 года;

- **Постановление № 856**: «Об утверждении Правил обеспечения своевременного прохождения профилактических, предварительных и обязательных медицинских осмотров лицами, подлежащими данным осмотрам», принятое правительством Республики Казахстан 8 сентября 2006 года;
- Статья 184 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** не ссылается прямо на этические стандарты в контексте «права на безопасность», но подпункт 1 пункта 2 Статьи 184 обязывает медицинских и фармацевтических работников руководствоваться этим Кодексом и Кодексом чести в своей практике, потому что ряд статей в Кодексе о здоровье народа и системе здравоохранения, перечисленные в вышеуказанном разделе «Национальное законодательство», прямо оговаривают соблюдение права на безопасность. Подпункт 1 пункта 2 Статьи 184 может рассматриваться как значимое условие Кодекса чести в медицине.

Право на избежание ненужных страданий и боли

У каждого человека есть право на избежание как можно большего количества страданий и боли на каждой стадии своей болезни (Европейская хартия прав пациентов). Медицинские учреждения и организации должны взять на себя обязанность принимать все возможные меры в этом отношении, такие как паллиативное лечение и содействие доступу пациентов к такому лечению. Соблюдение этого права особенно значимо для пациентов в последней стадии, которые страдают от хронической боли. Все действия медицинских работников должны сконцентрироваться на содействии освобождению их от страданий.

Соответствующее законодательство включает в себя:

- Статья 29 **Конституции Республики Казахстан** обеспечивает право на охрану здоровья;
- Подпункт 6 пункта 2 Статьи 34 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (гарантированный объем бесплатной медицинской помощи включает в себя паллиативную помощь и сестринский уход для категорий населения, установленных Правительством Республики Казахстан);
- Статья 53 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (паллиативная помощь и сестринский уход) гласит, что паллиативная помощь оказывается под руководством врача неизлечимым больным в терминальной (конечной) стадии заболевания в специализированных структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (хосписах) или в форме стационара на дому. Сестринский уход осуществляется в случаях, не требующих врачебного наблюдения, в специализированных структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (больницах сестринского ухода) или в форме стационара на дому;
- Подпункт 5 пункта 1 Статьи 91 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских технологий);
- Статья 141 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (осуществление эвтаназии запрещается);
- **Постановление № 1938:** «Об утверждении перечня категорий населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу», принятое правительством Республики Казахстан 26 ноября 2009 года;

- **Постановление № 1343**: «Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода», принятое правительством Республики Казахстан 15 ноября 2011 года;
- Подпункт 3 пункта 2 Статьи 184 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (принятие решений исключительно в интересах пациента).

Право на персонализированное лечение

У каждого человека есть право на диагностические или терапевтические программы, специально разработанные в максимально возможной степени под его или ее личные потребности (Европейская хартия прав пациентов). Пациент должен быть обеспечен индивидуальным подходом к лечению, исходя из его личных потребностей. Экономические факторы не должны превалировать над правом на высококачественную медицинскую помощь. Каждый пациент должен быть обеспечен индивидуальным подходом с точки зрения методов лечения, серьезности заболевания, возраста, индивидуальной специфики организма, адаптации к лекарственным средствам и т.д.

Соответствующее законодательство включает в себя:

- Статья 29 **Конституции Республики Казахстан** обеспечивает право на охрану здоровья.
- Статья 52 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** гласит, что восстановительное лечение и медицинская реабилитация оказываются гражданам, страдающим… последствиями… хронических заболеваний;
- Пункт 4 Статьи 89 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** гласит, что… ВИЧ-инфицированные, больные СПИД имеют право на

получение бесплатной медико… поддержки в организациях образования, здравоохранения в соответствии с законодательством Республики Казахстан в области здравоохранения;

- Подпункт 1 пункта 1 Статьи 91 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (достойное обращение в процессе диагностики, лечения и ухода, уважительное отношение к своим культурным и личностным ценностям);
- Подпункт 3 пункта 2 Статьи 184 **Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения** (принятие решений исключительно в интересах пациента).

ТОЧКА ЗРЕНИЯ БОЛЬНОГО И РОДСТВЕННИКА, КОТОРЫЙ ЕМУ ПОМОГАЕТ

Для получения самого широкого возможного представления о потребностях больных казахстанских граждан в паллиативной помощи и тех, кто ее предоставляет, я постарался поговорить с людьми с самыми разными заболеваниями и в максимально возможном количестве регионов Казахстана. К сожалению, я смог побеседовать только с пациентами (взрослыми и детьми) либо с диагностированным раком либо с диагностированным ВИЧ/СПИД (и с теми, кто им помогал там, где это было необходимо) и все эти беседы проводились в Алматинском центре паллиативной помощи (хотя многие пациенты и те, кто им помогает, приезжают из разных регионов, зачастую находящихся на расстоянии до 1 000-1 800 км). Поскольку развитие паллиативной помощи в Казахстане представляет собой «еще незавершенную работу», я хотел бы расширить диапазон бесед, чтобы охватить другие ограничивающие жизнь заболевания в других регионах страны. Кроме того, я провел ряд неформальных встреч с пациентами и членами их семей в ходе моих четырех поездок в Казахстан (2010-2012 годы).

Взрослыми пациентами были и мужчины и женщины в возрасте от 60 до 74 лет (рак или ВИЧ/СПИД), уроженцы самых разных мест (но в основном из Алматы). Их текущая продолжительность пребывания в хосписе варьировалась от одного дня до 21 дня, продолжительность их болезни варьировалась от «нескольких недель» до «шести месяцев». Все люди, которые им помогали и с которыми я беседовал, были в браке с каким-либо пациентом и у всех пар были дети и внуки, которые жили либо дома либо отдельно от своих родителей/дедушек и бабушек. Пациенты и те, кто им помогает, имели разные уровни образования, от среднего до высшего. Те, кто им помогает, были первостепенными или основными лицами, ухаживающими за ними, никто из них не получал какое-либо вознаграждение за свою помощь и не имел какой-либо оплачиваемой работы. Никто из тех, кто помогает, не получал какого-ибо формального образования или обучения в этой сфере, хотя некоторые получали «неформальные советы» от медицинского персонала или родственников о «наилучшем способе» помощи их любимым (питание, послеоперационные упражнения и т.д.). Пациенты и те, кто им помогает, были либо мусульманского либо христианского вероисповедания. В целом предпочтительным местом помощи в настоящее время для большинства пациентов и тех, кто им помогает, является хоспис, потому что они «не могли делать нормальные вещи» и «дома не было профессиональной помощи». Хотя большинство подчеркивало, что в «обычных обстоятельствах» они предпочли бы, чтобы за ними ухаживали «на дому».

Пациентами-детьми были и мальчики и девочки (от 11 до 14 лет), но все, кто им помогает, были женщинами (в возрасте от 37 до 45 лет). Никто из тех, кто помогает, не получал какого-либо формального образования или обучения в этой сфере, хотя некоторые отметили, что им было бы полезно пройти какое-либо психологическое обучение навыкам «общения с больным ребенком». И пациент и тот, кто ему помогает, зачастую преодолевали длинное расстояние, чтобы получить лечение в Центре – до 1 800 км в один конец (36 часов в дороге), в

некоторых случаях НПО или благотворительные организации финансировали стоимость их поездки в хоспис. Все дети, с которыми я беседовал, были школьного возраста, но никто не ходил в школу - их учили в хосписе и на дому, когда они восстанавливались после лечения. Дети, с которыми я беседовал, находились в хосписе от трех до 25 дней (максимально возможное количество дней), некоторые дети и их родители были в хосписе и до этого. Дети, с которыми я беседовал, проходили лечение от своей болезни (у всех онкология) в течение одного-двух лет; некоторых детей направил Институт онкологии. Дети и их родители были либо мусульманского либо христианского вероисповедания. Все дети проживают со своими родителям (которые были в браке) в своих домах, часто с другими братьями и сестрами.

Во-первых, пациентам и тем, кто им помогает, был задан ряд субъективных вопросов об удовлетворенности жизнью, их нынешнем состоянии здоровья, подвергались ли они (или человек, которому они помогали) когда-либо дискриминации из-за своей болезни и как они себя чувствуют эмоционально в настоящее время. После первоначального набора вопросов пациентов и тех, кто им помогает, спросили о том, что помогает им чувствовать себя счастливее, и об их самых больших страхах и потребностях в настоящее время. Следует отметить, что в некоторых обстоятельствах либо пациент с раком либо тот, кто ему помогает (или оба) могут не знать о своем диагнозе/прогнозе и это может повлиять на их ответы на субъективные вопросы, которые им задаются.

Дискуссия

Если исходить из ограниченного количества проведенных бесед с пациентами и теми, кто им помогает (взрослые и дети), обе группы выглядят очень довольными лечением и помощью, которую они получают в хосписе. Один человек, с которым состоялась беседа, заявил, что помощь, получаемая от сотрудников хосписа «очень

хорошая» и что с первого дня поступления в хосписе он почувствовал «тепло и заботу» и что сотрудники помогли ему почувствовать «большой оптимизм» относительно своего положения. Еще один человек отметил, что с момента поступления в хоспис он «чувствует себя намного лучше», «ест три раза в день» и «не чувствует боли». Когда пациентов спросили о их нынешнем состоянии здоровья, большинство посчитали, что оно «ни плохое, ни хорошее». Большинство тех, кто им помогает, также дали двойственный ответ, полагая, что состояние их собственного здоровья также «ни плохое, ни хорошее».

Никто из пациентов [и тех, кто им помогает] не сказал, что они когда-либо ощущали стигму или дискриминацию из-за своей болезни [или болезни своего любимого человека]. На самом деле большинство заявили обратное – что в казахстанском менталитете «не дискриминировать» людей в «трудном положении», а скорее «оказать большую социальную поддержку» зачастую из самых разных источников. Когда их спросили, ощущали ли они стигму или дискриминацию с момента начала своей болезни, один человек отреагировал достаточно сердито и сказал, что это «глупый вопрос» – все, что он когда-либо видел с момента начала своей болезни было «много любви и поддержки со стороны родных и друзей», однако следует отметить, что в некоторых случаях родные и друзья были единственными, кто знал о болезни пациента (поскольку это не считалось «еще чьим-то делом»). Пребывание в хосписе изменило отношение некоторых пациентов к этому: один пациент отметил, что до того, как он попал в хоспис, он всегда думал, что это «место для смерти», а теперь он характеризует его « как просто любая другая больница».

Что касается их эмоционального состояния, большинство пациентов и тех, кто им помогает, отметили, что они «ни счастливы, ни несчастливы», хотя один пациент сказал, что «слишком рано говорить». Основным способом облегчения негативных эмоциональных состояний и у пациентов и у тех, кто им помогает, является

разговор с родными, друзьями и соседями, чтение книг и религиозная и духовная деятельность. Один пациент сказал, что он «чувствует себя очень хорошо эмоционально» и что это «благодаря Богу» и его сильной религиозной вере, он чувствует себя самым счастливым, «когда молится» и получает большое утешение и поддержку от христианской молельни в хосписе («куда регулярно приходит священник»), а также от волонтеров, которые проводят много времени, оказывая пациентам хосписа «психологическую поддержку». Один пациент отметил, что с волонтерами хосписа «легко говорить» и что эта форма коммуникации «отличается» от разговора с медицинскими работниками (о вопросах здоровья/болезни и схемах лечения и т.д.). Эмоцией, часто выражаемой респондентами, было горе, например, один человек, который помогал пациенту-ребенку, чувствовал себя «очень несчастным» из-за «возможной причины» болезни своего ребенка, считая, что она вызвана «токсичной окружающей средой», связанной с местной атомной станцией. Один интервьюируемый сказал, что хотя он в настоящее время не чувствует физической боли, но чувствует «неприятное ощущение» во «всем теле», которое он охарактеризовал, как «душевная боль». И наоборот другой интервьюируемый предположил, что он «чувствует себя хорошо», потому что у него есть любящий партнер и дети/внуки, которые «все устроены» и это дает ему «большое удовлетворение».

Наиболее часто выражаемым страхом у пациентов и тех, кто им помогает, был страх смерти, страх будущего. Также высказывался страх за благополучие любимых людей. Однако некоторые интервьюируемые не высказали «никакого страха» и «не боялись» будущего, ожидающего их. Один интервьюируемый отметил, что он верит во врачей хосписа и «в Бога», полагая, что «врачи – это друзья Бога». Отвечая на вопрос, если ли у него какие-либо страхи, беспокойство или озабоченность, один интервьюируемый просто ответил «не в моем возрасте».

Наиболее часто выражаемой потребностью была работа и финансовые вопросы, нехватка денег у неработающего (или на пенсии) пациента вкупе с невозможностью того, кто ему помогает, работать (из-за своей обязанности помогать пациенту) и ростом расходов, связанных с лекарствами, транспортом и т.д. Один интервьюируемый подчеркнул тот факт, что «в семье нет работающего» и что государство дотирует семью – они получают в целом 300 долларов в месяц, что было охарактеризовано, как «просто недостаточно». Еще один интервьюируемый сказал, что он хотел бы получать «массаж/физиотерапию», но он «не может себе позволить» такое лечение, поскольку это «слишком дорого». Кроме того, была выражена потребность в б***о***льшей социальной, личностной и психологической поддержке, а также потребность в более конкретной информации и советах – особенно о болезни и о том, что ожидать в будущем.

Исходя из ограниченного масштаба этой выборки и признавая ограничения, связанные с проведением такого исследования, можно с осторожностью заключить, что несмотря на трудности, с которыми могут столкнуться пациенты и те, кто им помогает, в Казахстане, их общая удовлетворенность жизнью, здоровье и эмоциональное состояние «средние». О дискриминации, связанной с их болезнью, ни пациенты, ни те кто им помогает, не говорили совсем, однако следует отметить, что большинство интервьюируемых и/или те, кто им помогает, были больны раком, и что ответы от больных других категорий могли бы значительно отличаться. Пациентами и теми, кто им помогает, были выражены несколько различных страхов. Общение с родными, друзьями и другими пациентами – все это очень важные источники поддержки, как и молитва – духовная помощь, оказываемая пациентам и тем, кто им помогает, зачастую характеризовалась, как «очень важная» для них.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ВОПРОСЫ

Препятствием для развития паллиативной помощи в Казахстане, определенным представителями хосписов, является недостаток информированности о ней среди медицинских работников и населения Казахстана. Был выделен ряд связанных с этим проблем, включая отсутствие сюжетов о хосписах и паллиативной помощи в казахстанских СМИ, которые «не сообщают населению об этой проблеме», и «уполномоченные органы, которые не слушают». Представители хосписов отметили ряд целей и задач, которые по их мнению содействовали бы решению некоторых из этих проблем, например, создание рабочих групп для «просвещения медицинских работников и населения», дополнительное финансирование для «привлечения и мотивации СМИ к продвижению паллиативной помощи» и увеличение количества инициатив по образованию и обучению в сфере паллиативной помощи «для медицинских работников».

Паллиативная помощь в Казахстане характеризуется представителями хосписов как «очень чувствительная сфера» системы здравоохранения. Это конкретное замечание также актуально в контексте социальных и культурных верований о смерти и умирании, стигме и табу на тему «хоспис» и т.д. Основной проблемой для развития паллиативной помощи в Казахстане традиционно является «отношение общества» к этой дисциплине – «только 3% знают, что это значит», поэтому это «не считается важным». Население недостаточно информировано о паллиативной помощи, люди думают, что все это «имеет отношение к смерти и боли», поэтому это табу и стигма и таким образом «закрыто для дискуссии». Фондом Сорос было проведено социологическое исследование с целью определения информированности о паллиативной помощи в четырех группах: население, религиозные организации, НПО и медицинские работники. Ожидалось, что население в городах, где есть хосписы, будут осведомлены лучше, чем население в городах, где нет хосписов, но на самом деле не было зафиксировано разницы. В исследовании также сообщается о плохом понимании паллиативной помощи теми, кто вырабатывает политику, и обнаруживается, что ресурсы предназначены для

«излечения больных», а не для «людей, которые в любом случае умрут». Даже осведомленность медицинских работников о паллиативной помощи была крайне низкой, например, в 2000 году в Усть-Каменогорске был создан хоспис без осознания существования хосписа в Алматы.

Представители хосписов полагают, что необходимо предпринять ряд шагов для того, чтобы достичь эти цели и задачи, включая необходимость «организации конференций и семинаров», акцент на «развитие и результаты развития паллиативной помощи в других странах» и «участие врачей из других дисциплин в конференциях по паллиативной помощи». Были определены люди и группы, обладающие полномочиями и/или ответственностью, чтобы предпринимать эти определенные необходимые шаги, например, специалисты паллиативной помощи и Министерство здравоохранения, поскольку «местные департаменты здравоохранения не слышат». Отвечая на просьбу рассмотреть реалистичный временной график для таких шагов, представители хосписов предположили «приблизительно один-три года». Для достижения этих целей и задач потребуется дополнительное государственное финансирование «на разработку образовательных программ». Однако в Казахстане происходит некоторое повышение осведомленности – пять лет назад хосписы несли на себе стигму и многие люди не понимали их функцию, а теперь люди относятся к хосписам «более позитивно» по сравнению с предшествующими поколениями, потому что они знают, что там более квалифицированный персонал, хорошее оборудование и т.д. Это произошло также благодаря конкретным инициативам, разработанным ФСК в отношении Всемирного дня хосписов и паллиативной помощи, в которых принимают участие НПО, журналисты, молодежные организации, хосписы/больничные отделения, медицинские университеты и колледжи, чтобы совместно работать над решением вопросов повышения осведомленности общества о паллиативной помощи. Предоставляются небольшие гранты организациям, чтобы позволить им участвовать, и поддерживаются самые разные

мероприятия, например, в 2012 году ФСК спонсировал фильм о паллиативной помощи под названием «Облегчи мою боль», снятый Общественным фондом «Аврора». Тогда же в 2012 году в городе Кызыл-Орда была запущена социальная медиа-кампания по повышению осведомленности о хосписах и паллиативной помощи, двумя НПО (Молодежный центр реконструкции и развития и креативная группа «Расар») и рядом других организаций был отмечен Всемирный день хосписов и паллиативной помощи. Мероприятия включили в себя «креативный конкурс» и статьи в прессе.[67] В сентябре 2012 года паллиативная помощь впервые стала главной темой программы VII Конгресса онкологов и радиологов стран СНГ в Астане на уровне и пленарной сессии и научных сессий. В ходе пленарной сессии Томас Линч сделал презентацию на тему «Разработка стандартов паллиативной помощи в Республике Казахстан». Включение паллиативной помощи впервые в повестку вызвало большой интерес со стороны СМИ. Был дан ряд интервью на региональном телевидении, продвигающих концепцию паллиативной помощи. Кроме того, полномасштабное интервью с Томасом Линчем будет показано на Казахстанском государственном телеканале при праздновании Всемирного дня хосписов и паллиативной помощи 13 октября 2012 года. Интервью продолжительностью около одного часа будет показано целиком, как ожидается, многомиллионной аудитории и также будет размещено на Ютуб для того, чтобы его могла посмотреть еще более широкая аудитория. Есть надежда, что такое масштабное освещение серьезно повысит осведомленность о развитии паллиативной помощи в Казахстане.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

[67] http://www.worldday.org/events/?2636964_entryid45=91855

В настоящей оценке потребностей рассчитано, что приблизительно 94 200-97 900 казахстанских больных ежегодно нуждается в паллиативной помощи, при минимум 15 500 больных, обслуживаемых в какой-либо известный период. Кроме того, поскольку обычно два или более члена семьи прямо вовлечены в уход за каждым больным, уход будет предоставляться минимум приблизительно 282 600 больным в год. Чтобы оказать надомную и стационарную паллиативную помощь таких масштабов потребуется значительное перераспределение ресурсов в виде медицинских работников и для городской и для сельской местности, потребуется приблизительно **6 675** сотрудников и **825** койко-мест паллиативной помощи, чтобы полностью удовлетворить эту потребность.

В последние годы в Казахстане были достигнуты хорошие результаты в развитии паллиативной помощи с вовлечением множества очень заинтересованных людей и организаций. Однако в исследовании, проведенном Томасом Линчем в 2011 году, представители хосписов выявили ряд проблем, которые по-прежнему существуют в стране: нехватка услуг хосписов и паллиативной помощи, отсутствие возможностей образования и обучения, препятствия, связанные с законодательством и политикой, для развития этой дисциплины, недостаток осведомленности и понимания паллиативной помощи у медицинских работников и в целом у казахстанского общества, препятствия для доступности и наличия опиоидов, отсутствие межведомственного сотрудничества/координации (например, между Министерством здравоохранения и Министерством социальной защиты), отсутствие стандартов паллиативной помощи, отсутствие Национальной ассоциации паллиативной помощи и отсутствие базы для агитации за внедрение паллиативной помощи в казахстанскую систему здравоохранения.

В настоящее время есть пять организаций, оказывающих стационарную паллиативную помощь в пяти регионах Казахстана – Алматы, Павлодаре, Караганде, Усть-Каменогорске и Костанае. Также есть одна организация,

оказывающая надомную паллиативную помощь в Семее. Б***о***льшая часть паллиативной помощи казахстанским детям по-прежнему оказывается на дому, хотя «какая-то часть детской паллиативной помощи» может оказываться в Алматинском центре паллиативной помощи. Организации, в настоящее время работающие в сфере паллиативной помощи, видимо, оказывают отличную помощь, зачастую в очень трудных и ответственных условиях, а пациенты (взрослые и дети) и те, кто им помогает, видимо «очень довольны» лечением и уходом, которые они там получают. Казахстанские хосписы характеризуются как «очень отличающиеся от аналогичных учреждений в развитых странах», поскольку они «финансируются почти полностью государством», а остальное финансирование поступает от международных организаций. Также в Казахстане есть ряд правительственных и неправительственных организаций, *работающих в сфере паллиативной помощи* (но не предоставляющие услуги паллиативной помощи), например, больницы, туберкулезные центры и онкологические диспансеры. Эти учреждения зачастую обеспечивают «**некоторые элементы**» паллиативной помощи, но их не следует классифицировать как «организации, оказывающие паллиативную помощь».

Из-за огромных размеров страны охват паллиативной помощью в Казахстане далек от всеобщего, развитие происходит скорее хаотично, чем согласно какой-либо конкретной стратегии и это часто ведет к тому, что большие зоны малоохвачены. Количество хосписов в Казахстане характеризуется, как «слишком маленькое и недостаточное для количества людей, нуждающихся в паллиативной помощи». Был предположен ряд основополагающих причин этой проблемы, включая «неадекватные механизмы финансирования» и тот факт, что «нет конкретной государственной программы», связанной с паллиативной помощью. Кроме того, многие работники, прошедшие обучение навыкам паллиативной помощи, «не хотят работать в сельской местности». Например, хотя медсестры составляют «большую долю» в общем количестве медицинского персонала в Казахстане, они

распределены неравномерно (такая же дилемма с врачами). Еще одним препятствием для развития паллиативной помощи в Казахстане, определенном представителями хосписов, является демографическое препятствие, связанное со «старением населения». Паллиативная помощь в Казахстане включает в себя и «медицинскую помощь» и «социальную помощь». Медицинская помощь делится на стационарную помощь и «надомное обслуживание», а социальная помощь также означает «надомное» обслуживание. Тем не менее обе формы «надомного» обслуживания отличаются друг от друга и предоставляются разными типами медицинских работников. Паллиативная помощь не является «помощью интернатного типа, а помощь интернатного типа не является паллиативной помощью», хотя есть «безусловно элементы и в том и в этом».

В Казахстане есть ряд отличных инициатив по образованию и обучению навыкам паллиативной помощи, например, в Центре курсов усовершенствования для медсестер при Алматинском городском медицинском колледже, где проводится обучение медсестер навыкам паллиативной помощи. Паллиативная помощь считается в колледже отдельной программой, но все курсы усовершенствования в настоящее время содержат в своих учебных программах элемент паллиативной помощи. Международные эксперты в сфере паллиативной помощи приезжали в республику для проведения курсов, а несколько казахстанских экспертов в сфере паллиативной помощи также посетили международные курсы за границей. Например, при поддержки ФСК и ИИПП медицинские работники прошли подготовку и обучение навыкам паллиативной помощи в Румынии, Польше и России. Представители хосписов полагают, что их сотрудников обучили «многим аспектам» паллиативной помощи, например, «структуре и процессам» паллиативной помощи, аспектам контроля боли и т.д. Несколько инновационных инициатив образования и обучения в сфере паллиативной помощи разрабатываются в КВШОЗ.

Однако представители хосписов определили несколько трудностей, связанных с возможностями образования и обучения навыкам паллиативной помощи в республике, например, «нехватка опытных преподавателей и инструкторов» в этой дисциплине. В целом представители хосписов полагают, что их сотрудникам было бы полезно пройти дополнительное обучение и подготовку в ряде конкретных сфер, например, «разработке директив по клиническому и диагностическому лечению». Хотя паллиативная помощь включена в первую специализацию, которую медсестры выбирают в Республиканском медицинском колледже (онкология и т.д.), «очень необходим» специфичный курс по паллиативной помощи для будущих медсестер, учащихся на предпоследнем курсе, и он должен предлагаться не только медсестрам хосписов, но «всем, кто оказывает надомную паллиативную помощь». В Государственном медицинском университете не предлагается специальный курс по паллиативной помощи (паллиативная помощь внедряется только в рамках разных дисциплин), хотя университет безусловно «тесно сотрудничает с Алматинским центром паллиативной помощи», который служит базой для обучения студентов-медиков. Основной проблемой для будущего является контраст между огромной потребностью в услугах паллиативной помощи в Казахстане и ограниченным количеством обученных профессионалов для оказания такой помощи. Нехватка квалифицированных работников паллиативной помощи из-за отсутствия образования и обучения может негативно повлиять на оказание паллиативной помощи в Казахстане.

Представители хосписов заявили, что в их организациях предлагаются «ограниченные формы опиоидов» и что у них «редко заканчиваются лекарственные средства». У большинства хосписов есть директивы по получению доступа к опиоидам для снятия боли и по эффективному применению этих опиоидов. Однако возникают «некоторые трудности», например, обеспокоенность по поводу того, что «лекарственные средства будут применяться незаконно/могут быть украдены людьми со стороны» и «качество имеющихся лекарственных

средств». Было выделено несколько проблем, связанных с доступностью и наличием опиоидов, включая низкий уровень применения опиоидов, связанный с квотами МСКЛС. В Казахстане отсутствует выбор опиоидов – например, пероральный морфин не предлагается, а инъекционный морфин предлагается только в больнице. Представители хосписов сообщили о недостатке у врачей знаний/информированности о применении опиоидов и страхе пристрастия/зависимости от опиоидов у пациентов и членов семьи. Население в целом также думает, что боль и страдания – это «нормально», в некоторых сегментах казахстанского общества есть культурное поверие, что «боль необходима» и что пациент «не должен просить об обезболивании».

Также упоминались излишне строгое законодательство и бюрократия в сфере лицензирования, транспортировки, методов назначения, порядка хранения и т.д., например, необходима специальная лицензия, дозировка должна «указываться буквами и словами, а не цифрами» и пациент должен представить официальный «фирменный» документ. Что касается хранения, есть дополнительные трудности, например, Промадол должен храниться при «соответствующей температуре», но это не всегда возможно, поскольку он также должен «храниться в сейфе». Количество опиоидов, которое может быть назначено, также характеризуется, как «проблематичное» – опиоиды для больных в терминальной стадии могут назначаться «на один месяц», а для всех других групп пациентов они могут назначаться «только на одну неделю». Врачи могу назначать опиоиды, используя только специальный бланк назначения, который должен быть завизирован главным врачом. Эти назначения действительны только в течение следующих семи дней. Среди других препятствий можно назвать страх врача перед уголовным преследованием за «неумышленные технические нарушения», связанные с опиоидами (врачи «не знают свои права»), и стоимость – в среднем опиоиды стоят «приблизительно 1 000 тенге за трехдневный запас» (6 долларов). В качестве еще одного препятствия для доступности/наличия опиоидов в стране было упомянуто

«устаревшее/отсутствие соответствующего законодательства», так же, как «отсутствие сотрудничества» между государственными ведомствами; «отсутствие междисциплинарного похода» к опиоидам на министерском уровне (например, между Министерством здравоохранения, Министерством внутренних дел, Комитетом национальной безопасности и т.д.).

В Казахстане разрабатывается нормативная база паллиативной помощи и наметился прогресс в сфере законодательства – есть некоторые приказы, статьи и документы, которые оговаривают «что является паллиативной помощью (исходя из определения, принятого в ВОЗ) и какие больные имеют право на нее и что паллиативная помощь в настоящее время включена в ряд юридических документов. Проводимая в Казахстане работа по разработке стандартов паллиативной помощи имела продолжение и в октябре 2012 года как результат совместной инициативы ФСК, РЦРЗ, КВШОЗ и ИИПП, стандарты будут переданы в Министерство здравоохранения («МЗ») как жизненно важный инструмент и руководство для продолжения развития и предоставления паллиативной помощи в Казахстане и как неотъемлемая часть нормативно-правовой базы здравоохранения. Предусматривается, что стандарты будут содействовать совершенствованию и развитию программы и повлияют на планирование и реализацию услуг паллиативной помощи путем определения стоимости паллиативной помощи и таким образом объема услуг, который предоставляется государством.

Однако последовательность документов, относящихся к паллиативной помощи, которые необходимо разработать, оказывается скорее неясной и хотя оказание паллиативной помощи включено в правовую базу, она не рассматривается адекватно и «зачастую неразвита». Представители хосписов выделили несколько проблем, связанных с законодательством и политикой, включая социально-экономический этап развития Казахстана относительно других стран, культурные

традиции, верования и ценности и «бюрократические механизмы». Предполагается, что законодательство, связанное с паллиативной помощью, «несовершенно», поскольку оно создается людьми «с менталитетом, который не понимает проблемы» и что «хотя некоторые нормативы и законы есть, нет практических механизмов для их реализации». Отсутствие основы для агитации за внедрение паллиативной помощи в казахстанскую систему здравоохранения было также упомянуто как возможное препятствие, так же, как «последовательность развития паллиативной помощи», которая характеризовалась, как «очень плохая, разделенная и фрагментированная». Диспропорция между недостаточным финансированием и нечетким разделением медицинской помощи/социальной помощи также вызывала обеспокоенность у ряда представителей хосписов, так же как кадровые перестановки в соответствующих подразделениях правительства, которые «препятствовали наращиванию возможностей и агитационной деятельности». Отсутствие единых документов, касающихся оказания паллиативной помощи в масштабах страны, и отсутствие директив по оценке качества таких услуг приводит к отсутствию координации и внедрения этой дисциплины во все структуры и услуги медицинской помощи. Это, в свою очередь, приводит к ограничению возможностей услуг паллиативной помощи. Казахстанская политика здравоохранения тесно связана с концепцией паллиативной помощи и наличием и доступностью опиоидов, как фундаментального права человека, однако большинство респондентов признают, что «подход на базе прав человека» «очень новый для Казахстана» и что прежде чем он будет полностью принят, «может пройти какое-то время».

Препятствием для развития паллиативной помощи в Казахстане, определенным представителями хосписов, является недостаток информированности о ней среди медицинских работников и населения Казахстана. Был выделен ряд связанных с этим проблем, включая отсутствие сюжетов о хосписах и паллиативной помощи в казахстанских СМИ, которые «не сообщают населению об этой проблеме», и

«уполномоченные органы, которые не слушают». Представители хосписов отметили ряд целей и задач, которые по их мнению содействовали бы решению некоторых из этих проблем, например, создание рабочих групп для «просвещения медицинских работников и населения», дополнительное финансирование для «привлечения и мотивации СМИ к продвижению паллиативной помощи» и увеличение количества инициатив по образованию и обучению в сфере паллиативной помощи «для медицинских работников». Паллиативная помощь в Казахстане характеризуется представителями хосписов как «очень чувствительная сфера» системы здравоохранения. Это конкретное замечание также актуально в контексте социальных и культурных верований о смерти и умирании, стигме и табу на тему «хоспис» и т.д. Основной проблемой для развития паллиативной помощи в Казахстане традиционно является «отношение общества» к этой дисциплине – «только 3% знают, что это значит», поэтому это «не считается важным». Население недостаточно информировано о паллиативной помощи, люди думают, что все это «имеет отношение к смерти и боли», поэтому это табу и стигма и таким образом «закрыто для дискуссии». Однако в Казахстане реализуются некоторые отличные инициативы повышения осведомленности. Пять лет назад хосписы несли на себе стигму и многие люди не понимали их функцию, а теперь люди относятся к хосписам «более позитивно» по сравнению с предшествующими поколениями, потому что они знают, что там более квалифицированный персонал, хорошее оборудование и т.д. Это происходит также благодаря самым разным конкретным инициативам, разработанным такими организациями, как ФСК.

Есть несколько этических аспектов, связанных с оказанием паллиативной помощи в Казахстане, например, родственники обычно предпочитают, чтобы больной умер дома и часто чувствуют «стыд», если их любимый человек умирает в больнице или больничных условиях, поскольку они считают это «долгом семьи». Это часто «вызывает большой стресс» (особенно у людей работающего возраста) с ответственностью, «часто лежащей на плечах небольшого количества людей

(обычно женщин), которые характеризуются как «недостаточно подготовленные» для оказания такой помощи. В определенных ситуациях часто вследствие «больших финансовых затруднений», когда члены семьи не могут оставить свою работу, взрослые дети могут «бросить своих пожилых родителей» - больные будут взяты в хоспис в этих обстоятельствах, только если они находятся «в 6 часах от смерти». У казахстанских больных в терминальной стадии и их родных есть также серьезные финансовые проблемы из-за потери доходов вкупе с попутным ростом расходов (транспортировка, медикаменты и т.д.). Навыки коммуникации между медицинскими работниками и пациентами в конце жизни может также вызывать этическую обеспокоенность. Хотя, видимо, присутствует элемент совместного принятия решения с участием пациента, родственников и клиницистов, существует множество трудностей, связанных с прогнозом и диагнозом, которые «по-прежнему являются серьезными вопросами». Нет «современных директив» как таковых, но безусловно есть документы, которые позволяют пациентам выражать свои желания, касающиеся помощи при уходе из жизни, хотя они «могут не уважаться», если врачи не соглашаются с ними.

Несмотря на ограниченную информацию о паллиативной помощи и у казахстанских медиков и в целом у общества, хорошие результаты были получены сравнительно небольшим количеством врачей и медсестер, специализирующихся в этой дисциплине, вместе с другими очень заинтересованными энтузиастами. Эти «чемпионы» паллиативной помощи содействовали ускорению темпов развития паллиативной помощи в Казахстане и расширению базы поддержки этой дисциплины. Например, в сентябре 2012 года паллиативная помощь впервые вошла как основная тема в программу VII Конгресса онкологов и радиологов стран СНГ в Астане (и на пленарном заседании и на научном заседании), приведя к ряду телевизионных интервью, в которых продвигалась концепция паллиативной помощи (включая полномасштабное интервью с Томасом Линчем во Всемирный день хосписов и паллиативной помощи 13 октября 2012 года).

ОБЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Реализация

- Увеличить количество организаций, оказывающих помощь, и рабочей силы, занятой в оказании паллиативной помощи (особенно в сельской местности республики);
- Разработать новые модели, позволяющие оказывать паллиативную помощь на «более широкой и дешевой основе»;
- Большинство казахстанцев умирают дома и предпочли бы так и делать. Необходимо развивать стационарное обслуживание в будущем, но **вместе с** надомной паллиативной помощью;

- Обеспечить непрерывную паллиативную помощь на всех уровнях медицинской помощи от первичной помощи до третичной помощи;
- При поддержке Министерства здравоохранения уделить основное внимание созданию бригад паллиативной помощи в онкологических стационарах, например, профинансировать пилотную бригаду в составе врачей и медсестер паллиативной помощи в Республиканской онкологической больнице, что может быть принято к реализации на республиканском уровне (потребуется полная поддержка руководства онкологической больницы);
- Роль гражданского общества и НПО должна намного четче заявляться в Казахстане;
- Подчеркнуть актуальность паллиативной помощи за пределами онкологических больниц для включения других групп с заболеваниями, ограничивающими жизнь (например, ВИЧ/СПИД, ТБ и т.д.);
- Увеличить возможности реализации качественной паллиативной помощи в самых разных секторах) (например, в интернатах, пенитенциарной системе и т.д.);
- Содействовать концепции междисциплинарного сотрудничества в паллиативной помощи между медицинскими работниками различных специализаций;
- Развивать процесс консультаций между медсестрами, врачами-практиками первичного здравоохранения и онкологами для создания партнерских отношений в паллиативной помощи;
- Оказывать психологическую и эмоциональную поддержку всем медицинским работникам, работающим в паллиативной помощи (особенно медсестрам);
- Содействовать вовлеченности религиозных и духовных лиц в паллиативную помощь;

- Улучшать межотраслевое сотрудничество/координацию между медицинскими и социальными ведомствами в отношении оказания паллиативной помощи;
- Внедрить процедуры внешнего мониторинга/гарантии качества во всех казахстанских больницах, чтобы далее повышать качество существующих программ паллиативной помощи;
- Министерству здравоохранения необходимо внедрить больше медсестер в систему первичной медико-социальной помощи.

Обучение и подготовка

- Развивать и поддерживать институционализацию программ непрерывного образования и обучения студентов предпоследнего курса и курсов усовершенствования для врачей, медсестер, психологов, социальных работников, священнослужителей, волонтеров и т.д.;
- Поощрять разработку специфичного курса по паллиативной помощи для всех медсестер (паллиативная помощь и первичная медико-социальная помощь), учащихся на предпоследнем курсе, в Республиканском медицинском колледже и в Алматинском городском медицинском колледже;
- Поощрять Государственный медицинский университет к включению учебной программы по паллиативной помощи в обучение медсестер (при этом университет руководил бы ее разработкой);
- Обеспечить выезды на места для сотрудников учебных заведений в других странах (с «общей историей» и сравнимым с Казахстаном уровнем доходов), где есть успешно реализованные специфичные учебные программы для обучения студентов предпоследнего курса и курсов усовершенствования;

- Организовать встречу между всеми ключевыми заинтересованными сторонами и Министерством здравоохранения для создания формальных каналов связи при разработке учебных программ для образования и обучения навыкам паллиативной помощи;
- Подготовить список рекомендаций по улучшению практических навыков паллиативной помощи для студентов предпоследнего курса;
- Увеличить количество обученных преподавателей паллиативной помощи в Казахстане;
- Организовать учебные семинары для врачей первичной медико-социальной помощи по теме «что подразумевается под паллиативной помощью»;
- Содействовать инициативам образования и обучения навыкам паллиативной помощи врачей онкологических больниц, больниц для больных ВИЧ/СПИД и ТБ (на тот момент врачей общей практики/семейных врачей);
- Оказать техническую поддержку и обеспечить специализированную подготовку/обучение для всех членов многодисциплинарной группы, работающей в новом детском хосписе и предполагаемом хосписе для больных ВИЧ/ТБ в Алматы;
- Дополнительное обучение сотрудников хосписа в ряде конкретных сфер может быть полезным, например, обучение «разработке директив по клиническому и диагностическому лечению»;
- Паллиативная помощь в Казахстане может часто оказываться на дому; следует провести соответствующее обучение для тех, кто ухаживает за «лежачими» (семьи, соседей и жителей района);
- Необходимы финансовые ресурсы для «учебных программ и новых методологий», необходимо «прямое финансирование обучения медицинского персонала» навыкам паллиативной помощи;

- Выделена необходимость в переводе материалов по паллиативной помощи на русский язык, поскольку «большинство государственных служащих не знает английский».

Наличие опиоидов

- Обеспечить доступность и наличие всех опиоидов, необходимых для контроля боли и других симптомов;
- Работать с правительством республики для выработки общей стратегии контроля боли (расширить выбор лекарственных препаратов, либерализовать законодательство, повысить информированность и т.д.);
- Содействовать «межотраслевому подходу» в отношении опиоидов на министерском уровне (например, между Министерством здравоохранения, Министерством внутренних дел, Комитетом национальной безопасности и т.д.);
- Обновить Национальный (Республиканский) лекарственный формуляр для гарантии того, что все жизненно важные лекарственные средства есть в наличии (включая пероральный морфин) и существует рациональная политика назначения;
- Разработать стратегию доступности и наличия опиоидов в Казахстане, исходя из успешных стратегий других сопоставимых стран;
- «Необходимо государственное финансирование» для «подготовки специалистов в сфере контроля за фармацевтическими средствами»;
- Создать нормативно-правовую базу для того, чтобы полностью удовлетворить спрос на опиоидные анальгетики для пациентов паллиативной помощи;
- Создать технические/рабочие группы для разработки нормативного законодательства, связанного с методами назначения и т.д.;

- Провести обучение и подготовку «для врачей и медсестер, как студентов предпоследнего курса и в форме курсов усовершенствования для повышения знаний и информированности об опиоидах» (включая вопросы, связанные с контролем боли во всех ординаторских специальностях);

- Изменить установки врачей с тем, чтобы для МСКЛС была реалистично определена будущая потребность в опиоидах, а казахстанское правительство гарантировало, что годовые оценки отражают **фактическую потребность**;
- Обеспечить обучение и подготовку для «изменения менталитета» семейных врачей в отношении таких концепций, как «пристрастие и зависимость»;
- Изучить казахстанскую политику контроля опиоидов и разработать инициативы агитации за «снятие избыточных ограничений на опиоиды», которые могут негативно повлиять на контроль боли;
- Сократить избыточную бюрократию, связанную с хранением и назначением опиоидов (бумажная работа, юридические ограничения и т.д.);
- Снятие ограничений в Национальной политике контроля наркотических препаратов, которые ограничивают и количество назначаемых наркотических препаратов и продолжительность лечения;
- Предпринять шаги, координируя их с лицензиатами, для гарантии того, что не будет неадекватных поставок опиоидных лекарственных препаратов, вызванных неадекватными системами закупки, производства и дистрибуции;
- Необходимы дальнейшее упрощение и либерализация нормативов о раздаче опиоидов;

- Необходимо увеличить государственное финансирование для сокращения стоимости опиоидов для больных и их семей;

- Необходимы инициативы в сфере СМИ для преодоления стереотипов и предубеждений и «улучшения восприятия опиоидов в обществе»;
- Что касается «опиофобии», содействовать медиа-кампании с участием политиков и церкви, чтобы убедить население Казахстана, что с болью можно адекватно справляться (и она не является «обычной» или «необходимой» частью страданий).

Политика

- Изучить казахстанскую нормативно-правовую базу паллиативной помощи;
- Внедрить паллиативную помощь в казахстанскую систему здравоохранения и государственный бюджет (республиканский, городской и областной) на всех уровнях;
- Содействовать признанию паллиативной помощи медицинской специальностью в своем праве для содействия развитию услуг паллиативной помощи;
- Увеличить понимание у ключевых заинтересованных сторон, политиков и тех, кто вырабатывает политику, изменений, необходимых в политике общественного здравоохранения для того, чтобы разработать законодательную основу для внедрения паллиативной помощи в казахстанскую систему здравоохранения;
- Отстаивать стабильное национальное финансирование и для надомной и для стационарной паллиативной помощи в Казахстане;
- Необходимо дополнительное государственное финансирование для проведения «технического анализа и стратегического планирования» с целью «развития материальной базы» паллиативной помощи в Казахстане;
- Также потребуется «частное финансирование», представленное «независимым фондом поддержки паллиативной помощи»;

- Поощрять международные донорские организации к включению паллиативной помощи в свои программы финансирования;
- Для получения дополнительного финансирования будет необходимо «представить статистические индикаторы потребности» – например, Национальный реестр количества пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, «специфичного для каждой болезни» (количество больных раком, ВИЧ/СПИД, ТБ и т.д.);
- Разработать стратегический и финансовый план развития для внедрения услуг паллиативной помощи (включая необходимые финансовые ресурсы и инфраструктуру);
- «Необходима экономическая оценка паллиативной помощи» для разработки «эффективных механизмов финансового контроля»: необходимы программы и «затратоэффективные» для государства и эффективные для пациента;
- Разработать клинические директивы, которые вынудят государство платить за **фактические койко-дни**;
- Разработать План действий, чтобы продолжить разработку «стратегии межведомственной работы» для улучшение сотрудничества/координации между казахстанским Министерством здравоохранения и казахстанским Министерством социальной защиты;
- Необходимо дать четкое определение «медицинской помощи» и «паллиативной помощи» в политике оказания медицинских услуг;
- «Разъяснять цели и задачи паллиативной помощи на министерском и парламентском уровне»;
- Необходимо больше основанных на доказательствах исследований в сфере паллиативной помощи – «следует написать письмо в Министерство здравоохранения с рекомендациями о том, что необходимо»;

- Необходимо «изменить отношение» правительства республики к паллиативной помощи;
- Провести дальнейшую оценку потребностей паллиативной помощи в Казахстане для расчета спроса на услуги паллиативной помощи и повышения качества этих услуг;
- Разработать нормативную базу и стандарты паллиативной помощи;
- Инвестировать в техническую и логистическую помощь («ТП») для развития паллиативной помощи в Казахстане;
- Реализовать рекомендации ВОЗ, касающиеся необходимости развития и внедрения Национальной политики паллиативной помощи;
- Разработать и реализовать Национальную программу контроля рака, которая отдаст приоритет снятию боли при раке и паллиативной помощи с точки зрения медицинских ресурсов;
- Разработать «заявление о миссии» в паллиативной помощи с детальными и конкретными инструкциями, связанными с предоставлением паллиативной помощи в Казахстане.

Повышение информированности и сотрудничество

- Сделать акцент на паллиативной помощи в казахстанских СМИ, например, публиковать статьи в газетах и журналах и поощрять известных экспертов к проведению презентаций о важности содействия паллиативной помощи в республике;
- Развивать «рекламу паллиативной помощи как права человека через СМИ»;
- Организовать рабочие группы по паллиативной помощи (психологи, социальные работники, религиозные и духовные лидеры, медицинские работники, специалисты по паллиативной помощи и юристы/правозащитники);

- Необходимо определить новых «чемпионов» паллиативной помощи;
- Разработать эффективную кампанию в медиа/социальных сетях для совершенствования каналов коммуникации и информации между организациями;
- Активизировать агитационную деятельность вокруг Всемирного дня хосписов и паллиативной помощи, что поможет повысить информированность о важности паллиативной помощи на республиканском и местном уровнях;
- Расширить пул людей, которые могут разделять отношение к развитию паллиативной помощи в Казахстане (например, социальные работники, депутаты парламента Казахстана);
- Добиться внимания тех, кто вырабатывает политику, и тех, кто работает в системе здравоохранения и отвечает за оказание паллиативной помощи населению: агитировать в МЗ и МСЗ, повышая информированность должностных лиц о паллиативной помощи;
- Создать Национальную ассоциацию паллиативной помощи, которая сможет помочь другим казахстанским организациям, желающим открыть хоспис;
- Необходимо изменить «менталитет» казахстанцев в отношении хосписов и паллиативной помощи;
- Содействовать разработке и реализации деятельности среди населения для того, чтобы снять стигму, связанную с такими терминами, как «рак», «хоспис» и т.д.;
- Расширить сотрудничество между различными секторами, правительством и государственными организациями и гражданским обществом (включая тех, кто еще не участвует напрямую в деятельности по оказанию паллиативной помощи);
- Содействовать «более сильной взаимосвязи с религиозными/духовными организациями», поскольку в Казахстане существует «проблема с

определением такого понятия, как «умирание» (включая взаимодействие с другими медицинскими специальностями/дисциплинами);

- Между казахстанскими и американскими/британскими хосписами следует заключить партнерские договоренности для повышения информированности, обмена опытом и получения прибыли;
- Разработать кампанию повышения информированности с привлечением национальных/местных знаменитостей (как в Венгрии).

ЛИТЕРАТУРА

Аман-саулык (2010 год) «Социально-медицинские проблемы пожилых людей и инвалидов: сегодня и завтра». Астана, Аман-саулык.

Аман-саулык (2012 год) «Права человека в помощи больным: Руководство для практика». Алматы, Аман Саулык.

А. Байжуманова, Дж. Сакамото, 2010 г. «Рак в Казахстане: текущая ситуация». «Хроники исследования и лечения раковых заболеваний». Том 18(2): 65-68.

Х.Г. Гомес, Дж. Стьернсвард. «Программа ВОЗ по паллиативной помощи для населения», кап V, 2005 г.

И. Хиггинсон. «Паллиативная помощь для лондонцев: потребности, опыт и будущая стратегия», НСУХСПП, 2003 г.

http://data.euro.who.int/hfadb/tables/tableA.php?id=tbla_99768200133432576 9&ind=1510

http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3A65

http://esa.un.org/unpd/wpp

http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/KAZ

https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/kz.html

http://www.eng.stat.kz/digital/Health%20care/19992007/Dynamics%20of%20public%20health.xls

http://www.eng.stat.kz/digital/Health%20care/DocLib1/tuberkulez.xls

http://www.eng.stat.kz/news/Pages/n1_15_02_2012.aspx

http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/kazakhstan/areas-of-work

http://www.greaterchernobylcause.ie/

http://www.hospicecare.com/newsletter2004/july04/index_Page348.htm

http://www.ifrc.org/docs/appeals/annual06/Logframes/Europe/CA/KAZAK-Prof.pdf

http://minicassiavoice.com/breaking/burley-missionary-helps-open-hospice-in-kazakhstan-2/

http://www.mz.gov.kz/index.php?wakka=Eng/Media/PressRelizy/10112010eng1

http://www.tbcare1.org/countries/car/kaz/

http://www.tsmu.edu/eng/index.php?option=com_content&view=article&id=718:master-class-in-palliative-care-held-in-alma-ata-by-georgian-professor&catid=1:latest-news&Itemid=107

http://www.uicc.org/membership/kazakh-research-institute-oncologyradiology

http://www.unaids.org/en/Regionscountries/Countries/Kazakhstan/

http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_full_en.pdf

http://www.usaid.gov/our_work/global_health/id/tuberculosis/countries/asia/kazakhstan_profile.html

http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

http://www.who.int/hiv/HIVCP_KAZ.pdf

http://www.worldday.org/events/?2636964_entryid45=91855

Н. Игисинов, З. Билялова, С. Игисинов, П. Сейтказина. 2010 г. «Рак груди в Казахстане: эпидемиологические аспекты». Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии.

А. Кацага, М. Кульжанов, М. Карениколос, Б. Речел «Казахстан: обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения в переходном периоде». 2012 г.

Дж. Стьернсвард. «Стратегия общественного здравоохранении для паллиативной помощи». «Журнал о контроле боли и симптомов», 2007 г.

Приложение А: Определение паллиативной помощи, принятое в ВОЗ

«Паллиативная помощь – это подход, повышающий качество жизни больных и их семей, сталкивающихся с проблемой, связанной с угрожающим жизни заболеванием, путем предотвращения и облегчения страданий посредством раннего выявления и безупречной оценки и лечения боли и других проблем, физических, психологических и душевных. Паллиативная помощь:

- облегчает боль и другие причиняющие страдание симптомы;
- утверждает жизнь и рассматривает умирание как обычный процесс;
- не имеет намерением ускорить или отсрочить смерь;
- внедряет психологические и духовные аспекты помощи больному;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь больным жить максимально активно до смерти;
- предлагает систему поддержки, чтобы помочь семье справиться с болезнью близкого человека и своей собственной тяжелой утратой;
- применяет командный подход для удовлетворения потребностей больных и их семей, включая созыв консилиума по тяжелой утрате, если есть показания;
- повышает качество жизни и также может положительно повлиять на течение болезни;
- может применяться на ранней стадии течения болезни вместе с другой терапией, предназначенной для продления жизни, такой как химиотерапия или радиотерапия, и включает в себя те исследования, которые необходимы для более полного понимания и контроля причиняющих страдание клинических последствий.

Приложение В: Определение детской паллиативной помощи, принятое в ВОЗ

Детская паллиативная помощь представляет собой область особую, хотя и тесно связанную с паллиативной помощью для взрослых. Определение паллиативной помощи, принятое в ВОЗ и подходящее для детей и их семей, следующее; принципы распространяются на другие детские хронические расстройства (ВОЗ, 1998 год):

- Детская паллиативная помощь – это активная универсальная помощь телу, разуму и духу ребенка, также включающая в себя оказание поддержки семье;

- Она начинается, когда диагностируется болезнь и продолжается независимо от того, получает или нет ребенок лечение от своей болезни;

- Организации, оказывающие медицинскую помощь, должны оценивать и облегчать физические, психологические и социальные страдания ребенка;

- Эффективная паллиативная помощь требует широкого многодисциплинарного подхода, который включает в себя семью и использует имеющиеся по месту проживания ресурсы; она может быть успешно реализована даже если ресурсы ограничены;

- Она может предоставляться в самых современных медицинских центрах, в медицинских центрах по месту проживания и даже дома у ребенка.

Приложение C: 1-я встреча членов рабочей группы – список участников

	ФИО	Организация
1	Раушан Кабыкенова	Министерство здравоохранения
2	Аима Сагындыкова	Министерство здравоохранения
3	Сауле Сарсембаева	Алматинский департамент социальной защиты
4	Мадина Алдамжарова	Алматинский департамент социальной защиты
5	Анархан Нуркеримова	Алматинский центр паллиативной помощи
6	Асем Касенова	Хоспис «Солярис», Павлодар
7	Лидия Федорова	Костанайский областной онкологический центр
8	Ерболат Баиров	Усть-Каменогорский хоспис
9	Бакытгуль Набиева	Усть-Каменогорский хоспис
10	Надежда Козаченко	Общественный союз «Кредо»
11	Гульшара Урмурзина	Общественный союз «Активное старение»
12	Гульнур Хакимжанова	НПО «Объединение социальных работников»
13	Нурия Калимуратова	Государственный медицинский колледж
14	Дамир Даулетбаев	Алматинский медицинский колледж
15	Гульнар Ердесова	Алматинский медицинский колледж
16	Ирина Мещанинова	Алматинский городской онкологический центр
17	Аида Айдаркулова	«Правовая реформа» ФСК
18	Айнур Шакенова	«Правовая реформа» ФСК
19	Максут Кульжанов	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
20	Салтанат Егеубаева	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
21	Айгуль Досмаилова	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
22	Дина Терлоева	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения

23	Гульмайра Кенжебаева	Карагандинская больница сестринского ухода
24	Жеткерген Арзыкулов	НИИ онкологии и радиологии
25	Асель Туманова	НИИ онкологии и радиологии

Приложение D: 2-я встреча членов рабочей группы – список участников

	ФИО	**Организация**
1	Надежда Козаченко	Общественный союз «Кредо»
2	Ирина Мингазова	Общественный союз «Кредо»
3	Айнур Шакенова	«Правовая реформа» ФСК
4	Салтанат Егеубаева	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
5	Галина Каусова	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
6	Анархан Нуркеримова	Алматинский центр паллиативной помощи
7	Айгуль Досмаилова	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
8	Калиса Досбаева	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения, переводчик
9	Айнур Шакенова	«Правовая реформа» ФСК
10	Салтанат Егеубаева	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
11	Галина Каусова	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
12	Гульнар Ердесова	Алматинский медицинский колледж
13	Майя Абабкова	Алматинский медицинский колледж
14	Нурия Калимуратова	Государственный медицинский колледж
15	Маншук Нурманова	Государственный медицинский колледж
16	Анархан Нуркеримова	Алматинский центр паллиативной помощи
17	Айгуль Досмаилова	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
18	Калиса Досбаева	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения, переводчик

Приложение Е: 3-я встреча членов рабочей группы – список участников

Номер	ФИО	Организация
1	Салтанат Егеубаева	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
2	Айжан Ошакбаева	Фонд «Открытое общество Казахстан»
3	Салтанат Егеубаева	Казахстанская высшая школа общественного здравоохранения
4	Кенжебаева Гульмайра Сейсембаевна	Карагандинская больница сестринского ухода
5	Галина Каусова	Карагандинская больница сестринского ухода
6	Лидия Федорова	Костанайский областной онкологический центр
7	Марина Щербатюк	Костанайский областной онкологический центр
8	Ерболат Даиров	Усть-Каменогорский хоспис
9	Бакытгуль Набиева	Усть-Каменогорский хоспис
10	Асем Касенова	Хоспис «Солярис», Павлодар
11	Алан Оздоев	Хоспис «Солярис», Павлодар
12	Б.М. Жумадуллаев	Институт онкологии и радиологии
13	Аман Жангиреев	Национальный центр проблем туберкулеза, Алматы
14	Смаилова Гульнара Аскаровна	Национальный центр проблем туберкулеза, Алматы
15	Г. М. Ахметов	Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, Алматы
16	Оксана Шатковская	Поликлиника Городского онкологического диспансера, Алматы

17	Л. Копжасарова	Поликлиника Городского онкологического диспансера, Алматы
18	Тулепова Гульжан Албрусовна	Алматинский городской противотуберкулезный диспансер
19	Анархан Нуркеримова	Алматинский центр паллиативной помощи
20	Котова Галина Марьяновна	Алматинский центр паллиативной помощи
21	Марина Рахимова	Алматинский центр паллиативной помощи
22	Копжасарова Райгуль Муратбековна	Алматинский центр паллиативной помощи
23	Сыбанова Клара Турсыновна	Алматинский центр паллиативной помощи
24	Нурзия Алиева	Алматинский центр паллиативной помощи
25	Рыскайша Оспанова	Алматинский центр паллиативной помощи
26	Ижанова Айгуль Куандыковна	Алматинский центр паллиативной помощи
27	А. А. Жанкин	Алматинский центр паллиативной помощи

Приложение F: 4-я встреча членов рабочей группы – список участников

№	**ФИО**	Должность	Контактная информация
1.	Сагиндыкова **Аима** Жанабыловна	Астана, Министерство здравоохранения	8 701 738 58 30
2.	Нуркеримова **Анархан** Керимтаевна	Алматы, Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, заместитель директора по паллиативной помощи	8 701 739 92 86
3.	Касенова **Асем** Толегеновна	Павлодар, НПО «Солярис», директор	8 7182 345865, 8 7182 347111 87774629879 Solaris_hospice@mail.ru
4.	Федорова **Лидия** Константиновна	Костанай, Костанайская областная онкологическая больница, заведующая отделением паллиативной помощи	55-22-90, 87774455539
5.	Баиров Ерболат Оралбекович	Оскемен, НПО «Хоспис», директор	8777155591 Erbolat_bairov@mail.ru

6.	Козаченко **Надежда** Вениаминовна	НПО «Кредо», директор	Tel. 7 705 8409101 nkozach@mail.ru
7.	Сирота **Валентина** Брониславовна	Караганда, Карагандинский государственный медицинский университет, заведующая онкологическим отделением	8 777 3388109 Sirota_vb@mail.ru
8.	Дороган **Дария**	Караганда, НПО «Молодежный волонтерский центр социальной и паллиативной помощи – «Адамгершылик», директор	Помощи
9.	Острецова Татьяна Петровна	Неизвестно	Неизвестно
10.	Томас Линч	ИИПП	t.lynch@lancaster.ac.uk
11.	Егеубаева Салтанат Аскаровна	Республиканский центр развития здравоохранения, заместитель генерального директора	8 777 239 94 19, Ysalta@yahoo.com
12.	Аида Айдаркулова	ФСК	aaidarkulova@soros.kz
13.	Айжан Ошакбаева	ФСК	8 701 665 4154 aoshakbayeva@soros.kz
14.	Досбаева Калиса	КВШОЗ	8 701 740 8408 Kalissa.dos@gmail.com
15.	Кайназарова Майра Азимхановна	Алматы, Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, заведующая платным	8 777 2773108 kainazarovapostbox@gmail.com

		отделением паллиативной помощи	
16.	Имамбаев Нурлан Слямович	Республиканский центр развития здравоохранения, Управление стандартизации, главный специалист	8701 6893470 Iman62@mail.ru
17.	Исаханова Татьяна Алексеевна	Республиканский центр развития здравоохранения, Управление стандартизации, специалист	8 777 245 87 00 Tat-issakhanova@mail.ru
18.	Урмурзина Гульшара Газизовна	НПО «Активное долголетие», президент, главный внештатный специалист Алматинского департамента здравоохранения	8 701 687 29 23 261 7098
19.	Умарова Саида	Таджикистан, координатор проекта паллиативной помощи	+992918 698047 Saida.umarova@bk.ru
20.	Миджгони Сорбон	Таджикистан, Республиканский медицинский колледж, заместитель директора	+992918677448 Mijgon70@list.ru
21.	Кунирова Гульнара Жайлигалиевна	НПО «Вместе против рака», президент и исполнительный директор	8 701 999 00 14 oncologykz@gmail.com

Приложение G: Опиоиды и другие лекарственные средства, предлагаемые в Казахстане

Лекарственное средство	Способ приема	Количество	Частота
Морфин	Инъекция	1 мг	Дважды в день
Дигидрокодеин	Перорально	30 мг	От четырех до шести часов
Дигидрокодеин (острая боль)	Перорально	40 – 80 мг	Три раза в день
Тримеперидин	Перорально	25 – 50 мг	Максимальная дозировка 50 мг в день
Тримеперидин	Инъекция	10-30 мг	Максимальная дозировка 40 мг в день
Пентазоцин	Перорально	25-100 мг	От трех до четырех часов
Пентазоцин	Инъекция	30-60 мг	От трех до четырех часов
Бупренорфин	Под язык	200 мг	От шести до восьми часов
Бупренорфин	Инъекция	300 мг	От шести до восьми часов
Тилидин	Перорально	50-100 мг	Четыре раза в день
Тилидин	Ректально	50-100 мг	Четыре раза в день
Тилидин	Инъекция	50-100 мг	От одного до двух раз в день
Трамадол	Ректально	100 мг	Максимальная дозировка 400 мг

			в день
Трамадол	Инъекция	50-100 мг	Максимальная дозировка 400 мг в день
Буторфанол	Инъекция	1-2 мг	В зависимости от обстоятельств
Налбуфин	По-разному	По-разному	В зависимости от обстоятельств

Приложение Н: Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения (18 сентября 2009 года)

Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения оговаривает оказание паллиативной помощи следующим образом:

Статья 33: Организация медицинской помощи

2. Следующие медицинские организации работают в системе здравоохранения:
b) Организации, оказывающие паллиативную помощь и сестринский уход.

Статья 34: Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

2. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи включает в себя:
b) паллиативную помощь и сестринский уход для категорий населения, установленных Правительством Республики Казахстан.

Статья 53: Паллиативная помощь и сестринский уход

1. Паллиативная помощь оказывается под руководством врача неизлечимым больным в терминальной (конечной) стадии заболевания в специализированных

структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (хосписах) или в форме стационара на дому.

2. Сестринский уход осуществляется в случаях, не требующих врачебного наблюдения, в специализированных структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (больницах сестринского ухода) или в форме стационара на дому.

3. Порядок оказания паллиативной помощи и сестринского ухода устанавливается соответствующими органами.

Приложение J: Перечень категорий населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу

Перечень категорий населения, направляемых на паллиативную помощь и сестринский уход, включает в себя:

1. Больные с:

1) Раком 4-й стадии;

2) СПИДом в терминальной стадии;

3) Хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии (сердечная недостаточность, легочная недостаточность, печеночная недостаточность, почечная недостаточность, тяжелые последствия инсульта).

4) Лица, неспособные к самообслуживанию вследствие перенесенной болезни и (или) инвалидности, продолжительность жизни которых ограничена.

Приложение К: Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода

Правила оказания паллиативной помощи и сестринского ухода были оговорены в Приказе № 632, изданном министром здравоохранения Республики Казахстан в 2009 году:

- Паллиативная помощь оказывается под руководством врача неизлечимым больным в терминальной (конечной) стадии заболевания в специализированных структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (хосписах) или в форме стационара на дому.
- Сестринский уход осуществляется в случаях, не требующих врачебного наблюдения, в специализированных структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (организации сестринского ухода) или в форме стационара на дому.
- Больные госпитализируются в организации паллиативной помощи и сестринского ухода в следующих случаях: наличие у больного онкологической, почечной, печеночной, сердечной, легочной, неврологической патологии в терминальной (конечной) стадии, СПИДа в терминальной стадии и лица, неспособные к самообслуживанию вследствие перенесенной болезни и (или) инвалидности,

продолжительность жизни которых ограничена, подтвержденное медицинским заключением, выданным врачами организации здравоохранения; больной нуждается в подборе поддерживающей, обезболивающей терапии для последующего перевода больного на лечение в амбулаторных условиях; у больного социально-психологическое расстройство: состояние депрессии, реактивного состояния или конфликтной ситуации в семье, отсутствие бытовых условий для ухода за больным.

- Паллиативная помощь и сестринский уход больным оказываются в форме стационарной и стационарозамещающей помощи (надомное обслуживание, дневное стационарное обслуживание).
- Стационарная помощь обеспечивает квалифицированное лечение неизлечимых больных под круглосуточным медицинским наблюдением.
- Паллиативная помощь и сестринский уход в форме стационарозамещающей помощи осуществляется в стационарах на дому в виде доврачебной, квалифицированной медицинской помощи с медицинским наблюдением продолжительностью от четырех до восьми часов в течение дня.

Приложение L: Об утверждении государственных стандартов для организаций здравоохранения

Приказ № 238, изданный министром здравоохранения Республики Казахстан, оговаривает следующие квалификационные требования к персоналу хосписов:

Глава 3: Штатные нормативы персонала хосписа

- Хоспис организуется из расчета 30 коек на 400 тысяч населения. Оптимальный размер коечного фонда хосписа 15-45 коек.
- Должности врачей устанавливаются из расчета: один терапевт на 15 коек, один онколог на 30 коек, один психотерапевт на всю организацию.
- Для организации обслуживания на дому организуется выездное отделение, состоящее из выездной бригады (выездных бригад). Количество бригад определяется имеющимся объемом работы. Должности врачей выездного отделения (хоспис на дому) устанавливаются из расчета: один терапевт, один онколог.
- Должность заведующего стационарным отделением устанавливается при количестве коек 30 и выше.
- Должность заведующего выездным отделением устанавливается вместо одной должности врача бригады.

- Должность заместителя главного врача по медицинской части устанавливается в каждом хосписе.
- Должности медицинских сестер (палатных) устанавливаются из расчета: один круглосуточный пост на пять коек и дополнительно один пост на две-три аполические койки для коматозных больных.
- В каждом отделении одна процедурная медсестра (медсестра, которая осуществляет лечебные манипуляции, такие как внутривенные инъекции или вливания). 2 процедурные медсестры в каждой выездной бригаде.
- Должность перевязочной медсестры устанавливается в каждом отделении.
- Должность старшей медицинской сестры отделения устанавливается соответственно должности заведующего отделением.
- Должность медсестры по приему больных устанавливается из расчета одна должность на хоспис.
- Должность диет-сестры устанавливается из расчета 0,5 должности в каждом хосписе.
- Должность медицинского статистика устанавливается в каждом хосписе.
- Должность заместителя главного врача по сестринскому делу устанавливается в каждом хосписе.
- Должность сестры-хозяйки устанавливается в каждом отделении.
- Должности младших медицинских сестер устанавливаются из расчета: один круглосуточный пост на пять коек.
- Должности санитарок процедурного и перевязочного кабинета устанавливаются соответственно должностям медицинских сестер этих кабинетов.
- Должности санитарок-буфетчиц устанавливаются из расчета одна должность в смену.
- Должности санитарок-уборщиц устанавливаются из расчета одна должность на отделение.

- Должности санитарок-ваннщиц устанавливаются из расчета одна должность на отделение.
- Должности санитарок для сопровождения больных и переноски трупов устанавливаются из расчета один круглосуточный пост на хоспис.
- Должность фармацевта устанавливается из расчета одна должность на 50 коек.
- Должность социального работника устанавливается из расчета одна должность на хоспис.

Приложение М: Программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы

Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы предусматривает несколько мер по укреплению услуг паллиативной помощи:

2.3.1. Совершенствование паллиативной помощи для больных

- Совершенствование системы паллиативной помощи путем создания сети организаций паллиативной помощи, включая переориентацию некоторых больниц и санаториев;
- Расширение сети надомной паллиативной помощи и услуг дневной помощи;
- Разработка стандартов и протоколов для лечения больных, получающих паллиативную помощь и сестринский уход, в соответствии с международными требованиями;

- Разработка и реализация программ обучения в сфере паллиативной помощи для врачей и медсестер (стандартная программа обучения для студентов медицинских ВУЗов и колледжей, программа курсов усовершенствования);
- Укомплектование организаций паллиативной помощи надлежащим образом квалифицированным персоналом;
- Улучшение медицинского ухода за пожилыми людьми посредством принятия комплексного подхода к удовлетворению их медицинских, биологических, социальных и психологических потребностей (гериатрическая паллиативная помощь);
- Установка целевых показателей эффективности, отражающих качество помощи, оказываемой организациями паллиативной помощи.