



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№2(7)
2020

Российский научно-практический журнал

ПАЛЛИУМ

ПАЛЛИАТИВНАЯ
И ХОСПИСНАЯ
ПОМОЩЬ

www.pro-hospice.ru



ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ

ISSN 2658-4166



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

Образовательные мероприятия Ассоциации хосписной помощи



в рамках проекта
«Развитие компетенций специалистов паллиативной медицинской помощи»



V Образовательный паллиативный медицинский форум

19 марта

Приволжский федеральный округ,
Пермь

Проведение перенесено на вторую половину года

23 апреля

Центральный федеральный округ,
Калуга

Проведение в формате удаленного (онлайн) участия

28 мая

Южный федеральный округ,
Симферополь

Проведение в формате удаленного (онлайн) участия

10 сентября

Сибирский федеральный округ,
Барнаул

Конференции

6–7 октября

VI ежегодная Конференция с международным участием
«Развитие паллиативной помощи взрослым и детям»,
Москва

5–6 ноября

VI ежегодная Конференция с международным участием
«Роль медицинской сестры в паллиативной помощи»,
Москва

Следите за информацией о наших мероприятиях на сайте www.pro-hospice.ru и в информационной рассылке.
Подписаться на рассылку новостей можно на нашем сайте
или заполнив анкету у представителей ассоциации на мероприятиях.

Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи – некоммерческая организация, объединяющая специалистов, пациентов и их родственников, а также медицинские, благотворительные и пациентские организации.

Стать членом ассоциации можно, заполнив заявку на сайте

www.pro-hospice.ru

2020

Pallium: паллиативная и хосписная помощь**Pallium: palliative and hospice care**

Российский научно-практический журнал

Терапия хронической боли*Невзорова Д.В., Абузарова Г.Р., Полевиченко Е.В., Шершакова Л.В.*

Доступность опиоидных анальгетиков
в лечении хронической боли в России.
Современное состояние проблемы. Обзор 4

Организация паллиативной помощи*Консон Клаудия, Полубоярцев И.О., Хотинская А.А., Филиппова О.Н., Алексеева Н.А.*

Подготовка учреждения паллиативной помощи
к работе в условиях пандемии COVID-19 11

Воробьева В.В., Заров А.Ю.

Особенности душепопечения в паллиативном
отделении больницы Святителя Алексия 19

Паллиативная помощь детям*Шариков С.В.*

Обучение детей с прогрессирующими заболеваниями,
ограничивающими продолжительность жизни.
Начало пути 23

Полевиченко Е.В.

Перинатальная паллиативная помощь:
первый опыт и ближайшие перспективы 31

**Правовые и социальные аспекты
паллиативной помощи***Коллектив ООО «Факультет Медицинского Права»*

О стимулирующих и страховых выплатах
медицинским и иным работникам
в период COVID-19 36

Страницы истории паллиативной помощи*Роберт Твайкросс:*

«Паллиатив – это о качестве жизни» 51

Chronic pain therapy*Nevzorova D.V., Abuzarova G.R., Polevichenko E.V., Shershakova L.V.*

Availability of opioid analgesics
in the treatment of chronic pain in Russia.
The current state of the problem. Overview 4

Organization of palliative care*Konson Claudia, Poluboyartsev I.O., Khotinskaya A.A., Filippova O.N., Alekseeva N.A.*

The Preparation of Palliative Care Units
for Work Under COVID-19 Pandemic Conditions 11

Vorobeve V.V., Zarov A.Y.

Peculiarities of spiritual counselling in the palliative
care department of St. Alexis Hospital 19

Palliative care for children*Sharikov S.V.*

Education for children with advanced
life-limiting diseases.
The beginning of the way 23

Polevichenko E.V.

Perinatal palliative care:
initial experience and immediate prospects 31

**Legal and social aspects
of palliative care***The staff of the Faculty of Medical Law LLC*

On incentive and insurance payments
to medical and other employees during
COVID-19 36

Palliative care history pages*Robert Twycross:*

«Palliative care is about quality of life» 51

Главный редактор

Невзорова Диана Владимировна – к.м.н., директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Редакционная коллегия

Абузарова Гузель Владимировна – д.м.н., руководитель Центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, главный научный сотрудник ОМО по паллиативной помощи НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы

Арутюнов Григорий Павлович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, вице-президент РНМОТ, Москва

Батышева Татьяна Тимофеевна – д.м.н., профессор, директор Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения Москвы, главный внештатный детский специалист по медицинской реабилитации, Москва

Белобородова Александра Владимировна – к.м.н., доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва

Березикова Ольга Александровна – главный областной специалист по паллиативной помощи Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, главный врач КГУЗ КО «Кемеровский областной хоспис», Кемерово

Бойцов Сергей Анатольевич – д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, генеральный директор ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России, Москва

Важенин Андрей Владимирович – д.м.н., профессор, академик РАН, главный врач ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии Южно-Уральского государственного медицинского университета, главный радиолог УрФО, Челябинск

Визель Александр Андреевич – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии, член Российского и Европейского респираторных обществ (ERS), Научного медицинского общества фтизиатров и Всемирной ассоциации по саркоидозу (WASOG), главный внештатный специалист-эксперт пульмонолог Минздрава Республики Татарстан, Казань

Выговская Ольга Николаевна – эксперт Ассоциации хосписной помощи, Новосибирск

Габай Полина Георгиевна – учредитель ООО «Факультет Медицинского Права», юриконсульт по медицинскому праву, Москва

Глушков Иван Анатольевич – заместитель генерального директора STADA CIS, член Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере, Москва

Гнездилов Андрей Владимирович – д.м.н., профессор, основатель хосписного движения в России, Санкт-Петербург

Драпкина Оксана Михайловна – д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, Москва

Зотов Павел Борисович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии с курсом урологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный редактор журнала «Суицидология», Тюмень

Кононова Ирина Вячеславовна – к.м.н., доцент кафедры социальной медицины, инновационных педагогических технологий и социально-гуманитарных дисциплин ИППО ФГБУ «ГНЦ ФМБЦ им. Бурназяна» ФМБА России, Москва

Консон Клавдия – супервизор по сестринскому уходу в отделе гериатрии управления Министрства здравоохранения по Южному округу (Беер-Шева, Израиль)

Костюк Георгий Петрович – д.м.н., профессор, главный врач психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения Москвы, Москва

Кумирова Элла Вячеславовна – д.м.н., заведующая отделом нейроонкологии НМИЦ им. Дмитрия Рогачева, заведующая кафедрой паллиативной педиатрии ГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», Москва

Куняева Татьяна Александровна – к.м.н., доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии с курсом общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», главный специалист терапевт Приволжского федерального округа, Саранск

Любош Сobotка – профессор, доктор медицины, Клиника метаболической коррекции и геронтологии при медицинском факультете Карлова Университета в г. Градец Кралове (Чешская Республика), председатель Чешской ассоциации парентерального и энтерального питания, член совета по образованию Европейской ассоциации парентерального и энтерального питания (ESPEN)

Насонов Евгений Львович – д.м.н., профессор, академик РАН, заведующий кафедрой ревматологии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), главный внештатный ревматолог Минздрава России, научный руководитель НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва

Осетрова Ольга Васильевна – главный врач автономной некоммерческой организации «Самарский хоспис», Самара

Падалкин Василий Прохорович – д.м.н., профессор, Москва

Поддубная Ирина Владимировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой онкологии Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава России на базе Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина, член-корреспондент РАМН, Москва

Полевиченко Елена Владимировна – д.м.н., профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава России, член правления Ассоциации хосписной помощи, Москва

Поляков Владимир Георгиевич – д.м.н., профессор, заместитель директора НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина, заведующий кафедрой детской онкологии РМАПО, главный детский онколог Минздрава России, академик РАН, Москва

Савва Наталья Николаевна – к.м.н., доцент кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии педиатрического факультета ГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова», заместитель главного внештатного специалиста по паллиативной помощи – детский специалист по паллиативной помощи Департамента здравоохранения Москвы, главный врач БМЧУ «Детский хоспис «Дом с маяком», Москва

Сидоров Александр Вячеславович – д.м.н., заведующий кафедрой фармакогнозии и фармацевтической технологии, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль

Сизова Жанна Михайловна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), директор Методического центра аккредитации специалистов, Москва

Старинский Валерий Владимирович – д.м.н., профессор, руководитель Российского центра информационных технологий и эпидемиологических исследований в области онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена – филиала ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, главный внештатный специалист онколог ЦФО, член президиума правления Ассоциации онкологов РФ, заместитель председателя Московского онкологического общества, Москва

Ткачева Ольга Николаевна – д.м.н., профессор, директор Российского геронтологического научно-клинического центра, главный внештатный гериатр Минздрава России, Москва

Ткаченко Александр Евгеньевич – протодиерей, основатель первого в России детского хосписа, член Общественного совета при Минздраве России, председатель комиссии Общественной палаты РФ по вопросам благотворительности, гражданскому просвещению и социальной ответственности, Санкт-Петербург

Умерова Адея Равильевна – д.м.н., руководитель Территориального органа Росздравнадзора по Астраханской области, Астрахань

Ян Пресс – заведующий отделением гериатрии университетской больницы Сорока, заведующий кафедрой по развитию хосписа и паллиативной помощи Университета Бен Гуриона, руководитель отдела амбулаторной гериатрии того же университета (Беер-Шева, Израиль)

Уважаемые коллеги!

Рада приветствовать Вас на страницах нового номера российского научно-практического журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь», который издается для специалистов, чья профессиональная деятельность связана с оказанием медицинской помощи, уходом и поддержкой неизлечимо больных пациентов – как взрослых, так и детей. На страницах нашего издания мы обсуждаем клинические и организационные аспекты паллиативной медицинской помощи в нашей стране с учетом междисциплинарного подхода к ее оказанию и многогранности проблем, которые требуют решения.

В этом номере вы найдете статьи, которые отражают сложные, но крайне актуальные направления развития паллиативной помощи. Они посвящены особенностям духовной поддержки и сестринского ухода нуждающимся пациентам и их семьям. Особый интерес имеет публикация об организации взаимодействия образовательных и медицинских учреждений и о важности непрерывного обучения в процессе оказания паллиативной помощи детям.

Прошлый специальный выпуск нашего журнала мы полностью посвятили теме COVID-19. Он размещен на сайтах ведущих международных

организаций ЕАРС, WHPCA, АЕСА, занимающихся паллиативной помощью. Но и сегодня тема борьбы с распространением новой коронавирусной инфекции остается самой острой для отечественного и международного здравоохранения, и мы продолжаем обсуждение ее актуальных аспектов.

В этом номере мы предлагаем вашему вниманию юридический материал, посвященный финансовым выплатам медицинским работникам, задействованным в борьбе с COVID-19, в лечении и уходе за больными коронавирусной инфекцией.

С особым трепетом мы представляем нашим читателям интервью с удивительным человеком – ведущим международным специалистом, автором многочисленных научных трудов по паллиативной и хосписной помощи, большим другом всех российских специалистов в этой области, заслуженным клиническим профессором и почетным преподавателем курса паллиативной медицины Оксфордского университета Робертом Твайкроссом.

Наш коллектив благодарит Вас за приверженность делу и преданность хосписным принципам и надеется, что материалы нашего журнала полезны вам в вашей повседневной практике. Мы желаем здоровья вам и вашим близким.

Диана Невзорова,

*главный редактор журнала «Pallium: паллиативная и хосписная помощь»,
директор Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи
ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России,
главный внештатный специалист Минздрава России по паллиативной помощи,
председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи,
доцент кафедры медико-социальной экспертизы,
неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»,
кандидат медицинских наук*



Доступность опиоидных анальгетиков в лечении хронической боли в России. Современное состояние проблемы. Обзор

Невзорова Д. В.¹, Абузарова Г. Р.^{1,2,3,4}, Полевиченко Е. В.^{1,4}, Шершакова Л. В.⁵

¹ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991 Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, 249036 г. Обнинск, ул. Королева, д. 4.

³ ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, 125993 г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, стр. 1.

⁴ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997 г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.

⁵ ФГУП «Московский эндокринный завод», 109052 г. Москва, ул. Новохоловская, д. 25.

Абузарова Гузель Рафаиловна – доктор медицинских наук, руководитель центра паллиативной помощи онкологическим больным МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, г. Обнинск, профессор кафедры онкологии и паллиативной медицины ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, г. Москва, эксперт ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6146-2706>,
SPIN: 9876-4680
Researcher ID: AAA-1500-2020
Адрес: 249036 г. Обнинск, ул. Королева, д. 4
E-mail: abuzarova_mnioi@bk.ru
Тел.: +7-916-630-10-26

Невзорова Диана Владимировна – директор ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), доцент кафедры медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Минздрава России, председатель правления Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи, <https://www.pro-hospice.ru>

AuthorID: 393652
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8821-2195>,
SPIN: 9782-1244
Адрес: 119991 Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2
E-mail: gyn_nevzorova@mail.ru
Тел.: +7-495-609-14-00

Полевиченко Елена Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, эксперт ФНПЦ паллиативной медицинской помощи ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, главный внештатный детский специалист по паллиативной помощи Минздрава России.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4534-6526>
SPIN: 9782-1244
Author ID: 411428
E-mail: polevich@mail.ru
Тел.: 8-905-543-48-62

Шершакова Людмила Владимировна – советник Генерального директора ФГУП «Московский эндокринный завод».

E-mail: shershakova@endopharm.ru
Тел.: +7-495-234-61-92, доб. 550,
моб. 8-919-720-94-01

Для корреспонденции: Абузарова Гузель Рафаиловна. E-mail: abuzarova_mnioi@bk.ru. Тел.: 8-916-630-10-26

Информация о финансировании. Финансирование данной работы не проводилось.

Аннотация

Доступность обезболивания является основополагающим правом человека, которое реализуется в полной мере только в экономически развитых странах, при наличии баланса строгих мер контроля за оборотом наркотических средств и их доступностью в медицинских целях. Еще недавно (10–15 лет назад) в нашей стране меры контроля за опиоидами были ужесточены настолько, что врачи, опасаясь преследований за нарушения чрезвычайно сложных правил их учета, практически перестали их назначать. Большинство онкологических пациентов с сильными болями не имели доступа к опиоидам. Некоммерческие благотворительные организации подключились к решению этой проблемы и сумели донести ее важность до правительственных структур и были услышаны.

Abstract

The availability of anaesthesia is a fundamental human right that is fully realized only in economically developed countries, given a balance of strict measures to control the circulation of drugs and their availability for medical purposes. More recently (10–15 years ago) in our country, opioid control measures have been tightened so much that doctors, fearing prosecution for violations of extremely complex accounting rules, practically stopped prescribing them. Most cancer patients with severe pain did not have access to opioids. Non-profit charitable organizations engaged in the solution of this problem and managed to convey its importance to government structures and were heard.

▲ За последние годы ситуация с доступностью опиоидов в нашей стране кардинально поменялась. Политическая воля, финансирование и образование – по всем этим базовым направлениям шла постоянная работа. В результате была выстроена структура паллиативной медицинской помощи в стране, и использование опиоидов для нуждающихся в них пациентов увеличилось в 10 раз. Теперь нельзя сказать, что в России онкологические пациенты умирают без обезболивания и паллиативной медицинской помощи.

Ключевые слова: доступность опиоидов в России, обезболивание в онкологии, хронический болевой синдром, паллиативная медицинская помощь.

Введение

Доступность обезболивания является основополагающим правом человека. Это является проблемой во многих странах, поскольку самыми эффективными препаратами в лечении тяжелых болевых синдромов были и остаются опиоидные анальгетики – препараты, находящиеся под особым контролем. Полноценной замены опиоидам пока нет, хотя работы в этом направлении ведутся достаточно активно и есть определенные успехи. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, именно опиоидные препараты остаются основой терапии сильной хронической боли у онкологических пациентов. В то же время, по данным Международного комитета по контролю над наркотиками (МКН), 6 самых развитых стран потребляют 77% всего мирового производства медицинских опиоидных препаратов, а все остальные страны – оставшиеся 23% [1]. Большинство населения планеты, которое нуждается в сильных опиоидах, не имеет должного доступа к ним. Еще не так давно, в начале 2000-х, Россия относилась к странам, где доступность опиоидов была на одном из последних мест в Европе. По количеству опиоидных анальгетиков на душу населения Россия находилась на 38-м месте среди 42 европейских стран, опережая лишь Украину, Македонию, Молдавию и Албанию, а также на 82-м месте среди 179 стран мира. По среднему количеству опиоидных анальгетиков, используемых для медицинских целей (терапия онкологической и неонкологической боли, анестезия во время хирургических вмешательств и родовспоможения и др.), рассчитанному на 1 млн населения в сутки, Россия отставала в 266 раз от США, в 180 раз от Германии и в 40 раз от Греции [1,2]. В 2012 году, судя по опроснику EFIC (Европейское подразделение Международной ассоциации по исследованию боли – IASP), разосланному всем членам этой организации для исследования качества противоболевой терапии, в странах Европейского экономического союза использовалось 59 различных неинвазивных лекарственных форм опиоидных анальгетиков, применяемых в виде монопрепаратов (без учета таких комбинированных форм, как кодеин + парацетамол и др.), которые являлись производными из 23 различных молекул опиоидов [3]. В это время в России использовались только 4 опиоидных анальгетика в неинвазивных формах:

▲ In recent years, the situation with the availability of opioids in our country has changed dramatically. Political will, financing and education – in all these basic areas there was ongoing work. As a result, the structure of palliative care in the country was built, and the use of opioids for patients who need them increased 10 times. Now it cannot be said that in Russia, cancer patients die without pain relief and palliative care.

Keywords: opioid availability in Russia, anaesthesia in oncology, chronic pain syndrome, palliative care.

трамадол (таблетки и капсулы), морфин таблетки пролонгированного действия и ТТС фентанила. Из них только 2 препарата предназначены для терапии сильной боли и только в пролонгированных формах, тогда как короткие формы морфина перорального признаны наиболее безопасными для подбора эффективной дозы анальгетика (ВОЗ). Отечественный опиоидный анальгетик просидел в защитных таблетках производился в недостаточных объемах и с перебоями в поставках. Кроме ограниченного ассортимента эти опиоидные анальгетики были практически недоступны для большинства пациентов регионов нашей страны и относительно доступны для пациентов Москвы. Судя по опубликованным в нашей стране данным (со ссылкой на сведения, предоставленные основным отечественным дистрибьютором наркотических анальгетиков – ФГУП «Московский эндокринный завод»), в 2012 году около половины всех опиоидных анальгетиков в неинвазивных формах было реализовано в Москве [2]. Более половины регионов России (54%) практически не закупали опиоидные анальгетики в неинвазивных формах для онкологических пациентов. В этих регионах расчетное использование опиоидов в неинвазивных формах (на 30 дней терапии) обеспечивало только 0–2% от всех больных, умерших от рака; в 25 регионах России применяли их крайне редко – у 2–10% онкологических пациентов вместо 60–80%, как рекомендовано ВОЗ [4, 5].

Причины ограниченной доступности опиоидов и предпринятые меры ее ликвидации

Причины недостаточной доступности опиоидов во всем мире примерно одинаковы, и Россия не является исключением. Общеизвестно, что боль в глобальном масштабе остается неадекватно контролируемой в силу культурных, социально-психологических, образовательных, правовых и зависящих от самой системы причин [6].

21 ноября 2011 г. Государственная Дума приняла Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [7]. Это первый нормативный базовый документ прямого действия в истории России, который определял различные

сферы охраны здоровья, касающийся всех граждан, пациентов, медицинских работников всех уровней государственного, муниципального и частного управления здравоохранением. В этом важнейшем документе впервые в истории нашей страны было уделено внимание организации медицинской помощи больным, находящимся на последней стадии болезни, и впервые выделена статья о паллиативной помощи, то есть медицинской, психологической и социальной помощи умирающим. Особенно значимым было выделение паллиативной помощи как отдельного вида медицинской помощи наряду с первичной медико-санитарной, специализированной и скорой медицинской помощью. Это позволило легитимизировать все имеющиеся на тот момент хосписы и паллиативные отделения, упорядочить их финансирование, провести лицензирование их деятельности. В 2019 г. были внесены значимые поправки в этот Федеральный закон, которые дали определение паллиативной медицинской помощи (ПМП), отразили ее цели и задачи.

За последние 10 лет был принят целый перечень правительственных документов, направленных на расширение доступности обезболивания.

С 2012 г. доступность лекарственных наркотических средств для использования в медицинских целях определена одним из принципов государственной политики РФ в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ, что нашло отражение в документах, определяющих деятельность ФСКН [8].

Начиная с 2014 г. проблему доступности опиоидных препаратов для обезболивания взяла под особый контроль заместитель председателя Правительства РФ О. Ю. Голодец. На заседаниях Совета при Правительстве России по вопросам попечительства в социальной сфере она вникла в суть проблемы. Понимая, что это целый комплекс проблем, в котором задействованы многие министерства и ведомства, она предложила создать особый документ – план действий по решению поставленной задачи, который был согласован в 9 министерствах. В результате этой работы было подписано распоряжение Правительства РФ № 1403-р от 01.07.2016 и утвержден план мероприятий («дорожная карта») «Повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях» [9]. Этот документ позволил определить объем и контролировать работу всех органов исполнительной власти, задействованных в обеспечении доступности обезболивающими наркотическими препаратами для пациентов с сильной болью. Задачами «дорожной карты» были: расширение номенклатуры наркотических лекарственных препаратов, используемых при болевом синдроме, в том числе у детей; оптимизация расчетов потребности в наркотических и психотропных лекарственных препаратах; повышение доступности и качества

обезболивания, в том числе упрощение процедуры назначения и выписывания наркотических и психотропных лекарственных препаратов; внедрение в клиническую практику современных подходов к лечению болевого синдрома; гармонизация нормативных правовых актов Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ; декриминализация деяний медицинских и фармацевтических работников, связанных с нарушениями в процессе осуществления ими профессиональной деятельности правил оборота наркотических средств и психотропных веществ, не несущих в себе общественной опасности, совершенствование правового регулирования деятельности, связанной с распространением информации о применении наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях; развитие паллиативной медицинской помощи и обучение медицинских работников по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи.

С целью исполнения поручений правительства в рамках этой «дорожной карты» Минздрав издал перечень новых нормативных актов (приказов и методических указаний), где были облегчены правила оборота наркотических средств и психотропных веществ (НС и ПВ) и выписки рецептов на НС и ПВ, увеличен срок действия рецепта с 5 до 15 дней, принята электронная система выписки рецепта на НС и ПВ, определены правила выписки рецепта «у постели больного». Право выписки рецептов на НС и ПВ дано лечащим врачам всех специальностей, и в отдельных случаях – среднему медицинскому персоналу в сельских и удаленных населенных пунктах. Согласно законодательству РФ для граждан России, нуждающихся в обезболивании, опиоидные препараты предоставляются бесплатно, если имеется полис ОМС. Для улучшения качества обезболивания в случае необходимости применения НС и ПВ, не зарегистрированных в РФ, разработан механизм их ввоза на территорию страны из-за рубежа.

Согласно утвержденным мерам «дорожной карты», увеличено количество аптек и иных точек отпуска (фельдшерско-акушерских пунктов), работающих с НС, что значительно повысило доступность НС и ПВ для пациентов в небольших городах и удаленных населенных пунктах.

С 8 апреля 2015 г. «горячей линией» «Росздравнадзора» стал осуществляться прием обращений граждан о нарушениях при назначении обезболивающих препаратов. С тех пор и до сегодняшнего дня обеспечение доступности опиоидных препаратов для пациентов с тяжелыми болевыми синдромами и в стационаре, и в амбулаторных условиях, остаётся первоочередной задачей при проведении контрольных и надзорных мероприятий ведомства.

Росздравнадзором в начале осени 2015 г. дано поручение руководителям органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан субъектов РФ в кратчайший срок определить перечень аптечных, медицинских организаций и их обособленных структурных подразделений, которым необходимо получить лицензии на оборот наркотических средств и психотропных веществ в части отпуска физическим лицам; провести анализ всех форм и способов обеспечения нуждающихся наркотическими препаратами в регионе, особенно в труднодоступных местах (выездные мобильные медицинские бригады, социальные работники, волонтеры и т. д.); сформировать план-график и представить «дорожную карту» по увеличению мест отпуска наркотических лекарственных препаратов в обособленных структурных подразделениях медицинских организаций, расположенных в сельской местности, населенных пунктах с низким уровнем транспортной доступности и малонаселенных местах проживания. Таким образом, активная позиция Росздравнадзора и его бывшего руководителя – Михаил Альбертовича Мурашко внесла эффективный вклад в решение проблемы с доступностью обезболивания.

За последние 10 лет значительно расширилась номенклатура лекарственных препаратов в неинвазивных формах. В 2019 г. мы имеем более 10 опиоидных препаратов в неинвазивных формах для терапии хронической боли у паллиативных пациентов. Благодаря активному включению в решение проблемы отечественного производителя опиоидов – ФГУП «Московский эндокринный завод» врачи получили пероральные формы морфина быстрого высвобождения в таблетках и в растворе (ампулы) для приема внутрь [10, 11]. Именно эти формы морфина, согласно последним рекомендациям ВОЗ от 2018 г., являются базовыми, которые должны быть доступны в первую очередь для всех, кто нуждается в сильных опиоидах [12]. Теперь в нашей практике мы можем использовать ТТС фентанила, комбинированный препарат бупренорфин с налоксоном в подъязычных таблетках, таблетки налоксон с оксикодоном в пролонгированной форме, пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин (просидол) в зашечных таблетках, морфин в таблетках и капсулах пролонгированного действия, раствор для приема внутрь и таблетки морфина быстрого высвобождения, а также пероральные формы тапентадола и трамадола. Практически все опиоиды являются продуктами отечественного производства и разработаны ФГУП «Московский эндокринный завод». Из всех перечисленных препаратов только таблетки тапентадола и таблетки, содержащие налоксон с оксикодоном, производятся за рубежом и не имеют отечественных аналогов. ФГУП «Московский эндокринный завод» производит пролонгированный морфин в таблетках, а также является дистрибьютором двух зарубежных пролонгированных форм морфина (таблетки и капсулы).

Начиная с 2018 г. Правительством РФ выделяется дополнительное ежегодное федеральное финансирование в размере 4,35 млрд руб. (более 60 млн евро в год) для организаций паллиативной медицинской помощи во всех регионах страны. Эти средства могут направляться, в том числе, на закупку всех современных форм опиоидных анальгетиков для обезболивания в паллиативной помощи.

В 2019 г. в ФЗ № 323 «Об охране здоровья граждан РФ» закреплено право пациента независимо от диагноза, состояния и места нахождения получить обезболивание, в том числе наркотическими средствами [13]. Статья 19 (п. 5, пп. 4) декларирует право пациента на «облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами». Это уточнение об использовании в терапии боли не только доступных средств, как было в предыдущей редакции, а методов и лекарственных препаратов, в том числе НС и ПВ, значительно расширяет права и возможности граждан России в обеспечении адекватного контроля боли.

Доступность опиоидов определяется не только их наличием и финансированием. Одной из важнейших и значимых причин является просветительская работа среди врачей, медицинского персонала, пациентов и близких им людей.

С целью введения единых правил и критериев оценки качества обезболивающей терапии на ведомственном уровне в 2016 г. профессиональным сообществом во главе с Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи были утверждены клинические рекомендации «Хронический болевой синдром у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» и «Болевой синдром у детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» (КР 337, пересмотрены в 2018 г.) и уже с 2016 г. доступны в рубрикаторе на сайте Минздрава [10, 11].

Поскольку опиоидные препараты являются высокоактивными средствами, имеющими множество побочных эффектов, зачастую возникает необходимость перевода пациента с одного препарата на другой. Для облегчения работы врачей членами Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи разработано приложение – электронный калькулятор «ротация опиоидов», который доступен на сайте ассоциации www.pro-hospice.ru и его можно скачать в мобильный телефон или иной гаджет для личного пользования [14]. В нем приводятся все необходимые сведения о НС, для подбора нужной дозы препаратов, для правильной выписки на рецептурном бланке, для нивелирования лекарственных взаимодействий при их использовании.

В становлении и дальнейшем планомерном развитии паллиативной медицинской помощи в России основополагающим событием стало назначение Минздравом России в 2013 г. главного внештатного специалиста по паллиативной помощи Минздрава России, а в 2018 г. – и главного внештатного детского специалиста по ПМП. В дальнейшем и в каждом из 85 регионов РФ были назначены главные специалисты по ПМП взрослым и в большинстве регионов – по работе с детьми. Эти специалисты являются центрами компетенций по паллиативной медицинской помощи. Эта огромная команда единомышленников – паллиативных специалистов от Калининграда до Владивостока объединена общей идеей помощи пациентам, кому уже не показаны другие виды медицинской помощи, кому нужны сильнодействующие обезболивающие средства. Согласно разработанной Минздравом России единой методике ежегодного расчета потребности в НС и ПВ для регионов РФ, приказ Минздрава РФ № 917н от 01.12.2016 «Об утверждении нормативов для расчета потребности в наркотических и психотропных лекарственных средствах, предназначенных для медицинского применения», главные внештатные специалисты регионов в коллаборации с региональными органами управления здравоохранением формируют сводную заявку (квоту) региона на НС и ПВ, которая в дальнейшем направляется в Министерство промышленности и торговли РФ. Таким образом, объемы НС и ПВ, необходимые для терапии боли у паллиативных пациентов в регионе, уже определяют паллиативные специалисты, знающие эту проблему «из первоисточника», а не ведомственные кабинетные чиновники, как это было раньше.

Проблемы доступности обезболивания для детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, нередко решаются при деятельном участии главных детских внештатных специалистов по паллиативной помощи в регионах страны. Сегодня они работают уже в 72 из 85 субъектов Российской Федерации, а еще в 5 регионах страны с малочисленным детским населением насущные проблемы обезболивания пациентов младше 18 лет решаются с участием главных внештатных специалистов по ПМП, работающих со взрослым населением.

Организация системы главных внештатных паллиативных специалистов по всей стране привела к необходимости создания в 2019 г. Федерального научно-практического центра паллиативной помощи на базе Сеченовского Университета (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И. М. Сеченова» Минздрава России). Его создателем и руководителем является главный внештатный специалист Минздрава России по паллиативной помощи Невзорова Диана Владимировна. Одним из направлений работы центра является ежеквартальный мониторинг реализации мероприятий по ПМП и обезболиванию.

Повышение уровня профессионализма сотрудников медицинских организаций, оказывающих ПМП в России, является долгосрочной комплексной задачей. В настоящее время требует системного решения вопрос о разработке методического подхода к преподаванию паллиативной медицинской помощи студентам медицинских вузов и колледжей. Имеется потребность в разработке учебных программ для циклов повышения квалификации медицинских психологов и социальных работников, оказывающих ПМП взрослым и детям. С 2018 г. на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России размещены образовательные модули, созданные на основании клинических рекомендаций по лечению хронического болевого синдрома (<https://nmfo-vo.edu.rosminzdrav.ru>), которые освоили более 100 тыс. врачей клинических специальностей из различных регионов России [15]. Паллиативная помощь и обезболивание теперь введены в программы последипломного обучения врачей и медицинских сестер. По всей стране создаются кафедры и курсы по паллиативной медицинской помощи, где вопросы обезболивания и доступности НС и ПВ являются обязательным компонентом образовательных программ.

Помимо профессионального стандарта «Врач по ПМП» (профстандарт 02.027, приказ Минтруда России № 409н от 22.06.2018), профессиональные компетенции по эффективному обезболиванию, в том числе с применением опиоидных анальгетиков, включены в профессиональные стандарты врачей «Врач-педиатр участковый» (профстандарт 02.008, приказ Минтруда России № 306н от 27.03.2017), «Врач-невролог» (профстандарт 02.046, приказ Минтруда России № 51н от 29.01.2019), «Врач-гематолог» (профстандарт 02.053, приказ Минтруда России № 68 от 11.02.2019), «Врач-фтизиатр» (профстандарт 02.037, приказ Минтруда России № 684 от 31.10.2018), «Врач – детский хирург» (профстандарт 02.031, приказ Минтруда России № 134н от 14.03.2018), «Врач – детский кардиолог» (профстандарт 02.035, приказ Минтруда России № 139н от 14.03.2018).

Сейчас можно уверенно сказать, что созданы условия и оказывается поддержка на государственном уровне благотворительных фондов и иных некоммерческих организаций, работающих в области ПМП, включая выделение грантов. Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера» был создан в ноябре 2006 г. и быстро стал центром хосписного движения в стране. Фонд назван в честь Веры Миллионщиковой – создателя и главного врача Первого московского хосписа. Сегодня фонд «Вера» – единственная в России некоммерческая организация, которая системно занимается поддержкой хосписов и их пациентов: неизлечимо больных взрослых и детей по всей стране. Миссия фонда – сделать так, чтобы каждый неизлечимо больной человек в России мог получить профессиональную и милосердную помощь

в конце жизни независимо от места жительства, возраста, статуса и достатка. Благодаря деятельности фонда сотни тысяч неизлечимо больных граждан нашей страны смогли получить обезболивающую терапию или психологическую помощь.

28 мая 2020 г. фонд «Вера» презентовал переведенную на русский язык книгу выдающихся британских экспертов по паллиативной помощи Роберта Твайкросса (Robert Twycross) и Эндрю Уилкока (Andrew Wilcock) «Основы паллиативной помощи». Скачать русский перевод книги и оформить заявку на печатный экземпляр можно безвозмездно на сайте <https://pro-palliativ.ru> [16]. Это первое фундаментальное пособие по паллиативной помощи на русском языке, охватывающее все аспекты паллиативной помощи. Впервые оно было опубликовано в 1995 г. и неоднократно переиздавалось на разных языках. На русский переведено 5-е издание книги (редакция 2016 г.), перевод был организован фондом «Вера».

Отдельным направлением работы фонда «Вера» является помощь детскому хоспису «Дом с маяком» и паллиативным учреждениям для детей в Москве и Московской области.

Большой объем работы для формирования профессиональных компетенций медицинских работников по эффективному обезболиванию с 2014 г. ежегодно выполняет Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи. За 5 лет ее существования проведено 28 региональных образовательных паллиативных форумов во всех федеральных округах страны, 8 общероссийских конференций для врачей и медицинских сестер (все они были включены в ежегодные планы научно-практических мероприятий Минздрава России), 136 симпозиумов и секций в рамках научно-образовательных мероприятий разного профиля. В общей сложности в мероприятиях ассоциации приняли участие 12 478 специалистов. Материалы этих мероприятий опубликованы на сайте ассоциации www.pro-hospice.ru, а также <https://pro-palliativ.ru> [14, 16].

Значительный вклад в обеспечение доступности обезболивания детей, подростков и молодых взрослых в терминальных стадиях злокачественных новообразований вносят некоммерческие организации страны, первыми и ведущими из которых стали благотворительные фонды «Подари жизнь!» и «Детский паллиатив». Проектная деятельность данных фондов на протяжении многих лет направлена на повышение эффективности и безопасности опиоидного обезболивания, а также на формирование профессиональных компетенций врачей, сталкивающихся с данной проблемой. Именно эти благотворительные фонды совместно с фондом «Вера» инициировали информирование гражданской общественности и структур государственной власти о важности решения проблем обезболивания в нашей стране.

Проект «Качество жизни» благотворительного фонда «Подари Жизнь!» сопровождает семью неизлечимо больного ребенка со злокачественным новообразованием с момента признания его инкурабельным, а также в период горевания в режиме 24 часа 7 дней в неделю, предоставляет необходимое медицинское оборудование, помогает своевременно получить качественное обезболивание, адекватную сопроводительную терапию. За последние 3 года работы данного проекта паллиативная медицинская помощь была оказана около 1500 детям из 75 регионов РФ. Более 700 детей получили качественное обезболивание благодаря врачам проекта, которыми, помимо многочисленных заочных консультаций, совершено более 500 выездов в регионы непосредственно к пациентам.

Фонд «Детский паллиатив» создал обширную ресурсно-методическую базу по вопросам обезболивания детей. Библиотека изданий фонда сегодня включает более 10 методических руководств и пособий по данной проблеме, общедоступных на сайте фонда и широко применяемых врачами при ведении персистирующего болевого синдрома в детской практике [17].

В рамках подпрограммы «Обезболивание» фонд реализует проект «Содействие повышению доступности и качества обезболивания детей и молодых взрослых с хронической болью в Российской Федерации». Фонд проводит работу по следующим направлениям: взаимодействие с ВГУП «Московский эндокринный завод» для проведения клинических испытаний и производства морфина короткого действия для детей; по совершенствованию метода расчета потребности в обезболивающих препаратах для детей; обучение современным методикам обезболивания специалистов различного профиля; формирование и методическая поддержка сети консультантов по обезболиванию в регионах России; разработка и распространение алгоритмов обезболивания у детей, алгоритмов получения наркотических обезболивающих препаратов; проведение тренингов для подготовки преподавателей по вопросам обезболивания.

Заключение

Таким образом, в России за последние 10 лет был сделан мощный рывок в преодолении проблемы недостаточной доступности обезболивания опиоидными анальгетиками. Как видно из приведенных выше фактов, работа проводилась по всем направлениям. Были устранены или минимизированы правовые и системные причины, изменено законодательство, начиная с федерального до ведомственного и регионального уровней.

Решая социально-психологические и культурные причины недоступности опиоидов, много сделано НКО и образовательными учреждениями по пропаганде знаний о методах лечения боли и искоренении опиоидофобии у врачебного сообщества и у пациентов.

Усилиями ФГУП «Московский эндокринный завод» номенклатура опиоидных анальгетиков расширилась в 3 раза, причем преимущественно за счет отечественных препаратов. За период с 2014 по 2020 г. было разработано и внедрено в производство на ФГУП «Московский эндокринный завод» 9 неинвазивных наркотических и психотропных лекарственных препаратов.

Правительство отдельно профинансировало потребности паллиативной помощи в каждом регионе, и теперь нет причин говорить, что неинвазивные формы опиоидов не применяются из-за их дороговизны – средств отпущено достаточно.

В результате комплексные меры, предпринятые Администрацией Президента РФ, Правительством РФ, органами исполнительной власти Российской Федерации, Советом при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере, Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи, СО НКО, ФГУП «Московский эндокринный завод», позволили в 2020 г. увеличить доступность опиоидов для терапии хронической боли относительно показателей 2012 г. в 10 раз. Это позволило вывести Россию из перечня стран, где уровень использования НС и ПВ предельно низок и не поддается учету, как это было ранее.

Так, согласно опубликованным в 2019 г. журналом Journal of Pain and Symptom Management данным, Российская Федерация находится на 4а-уровне развития паллиативной помощи, в то время как еще в 2011 г. комиссия определила этот показатель в 3а. Основными критериями, установленными в анализе и определяющими уровень развития ПМП в странах, являются наличие опиоидных анальгетиков и ресурсной системы организации ПМП [18].

Страны с уровнем развития ПМП 4а (Зимбабве, Аргентина, Чили, Мексика, Уругвай, Австрия, Чехия, Грузия, Казахстан, Венгрия, Латвия, Россия, Словакия, Швейцария, Украина, Таиланд, Китай, Сингапур) характеризуются наличием достаточного количества различных активностей и поставщиков услуг в сфере паллиативной помощи; осведомленностью о паллиативной помощи как медицинского сообщества, так и общества в целом; наличием принятой стратегии развития паллиативной помощи, которая реализовывается и регулярно оценивается; наличием морфина и некоторых других сильных обезболивающих препаратов; имеющимся влиянием паллиативной помощи на политику государства; наличием значительного количества инициатив в области профессиональной подготовки и обучения; существованием национальной ассоциации паллиативной помощи.

Перед нами стоит еще много не решенных задач, но выстроен базис для их реализации по всем основным направлениям: в политико-правовой, финансовой и образовательной (социо-культурной) сферах.

Литература

1. Report of the International Narcotics Control Board on the Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes. United Nations, New York; 2011.
2. Абузарова Г. Р., Алексеева Г. С., Нигматуллина З. Ш., Кузнецов С. В. Доступность наркотических анальгетиков для терапии болевого синдрома в онкологии. Российский журнал боли. 2013; 3: 48–54.
3. EFIC Committee “European Reimbursement Policies” Task Force November 2012; 4. Available at: <http://www.efic.org>
4. Абузарова Г. Р., Хороненко В. Э., Сарманаева Р. Р. Опиоидные анальгетики для терапии хронической боли у онкологических больных в России. История вопроса и перспективы. Анестезиология и реаниматология. 2015; 60 (1): 19–25.
5. World Health Organization. Cancer pain relief. With a guide to opioid availability. 2-nd ed. Geneva: WHO, 1996; 70 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37896>.
6. Brennan F, Carr D. B., Cousins M. J. Pain Management: A Fundamental Human Right Pain Medicine Vol. 105, No. 1, July 2007 p.205–221 DOI: 10.1213/01.ane.0000268145.52345.55.
7. Официальный сайт Минздрава России. Доступно по: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-ot-21-noyabrya-2011-g-323-fz-ob-osnovah-o>
8. Шевцова Ю. Б., Абузарова Г. Р. Позиция Федеральной службы Российской Федерации по контролю за оборотом наркотиков относительно проблемы обеспечения больных сильнодействующими анальгетиками. «Российский журнал боли». 2013; 3: 54–7.
9. Официальный сайт Правительства РФ. Доступно по: <https://rulaws.ru/government/Rasporyazhenie-Pravitelstva-RF-ot-01.07.2016-N-1403-r/>
10. Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» (пересмотрены в 2018 г.). Доступно на официальном сайте Минздрава РФ <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recommend/708>
11. Клинические рекомендации «Болевой синдром у детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» (КР 337, пересмотрены в 2018 г.). Доступно на официальном сайте Минздрава России <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recommend/886>
12. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Доступно по: <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en/>
13. Федеральный закон № 18-ФЗ от 06.03.2019 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи». Доступно по: <https://rg.ru/2019/03/11/18-fz-dok.html>
14. Официальный сайт НКО «Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи». Доступно по: <https://www.pro-hospice.ru>
15. Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России. Доступно по: <https://nmfo-vo.edu.rosminzdrav.ru>
16. Портал «Про паллиатив», просветительский проект благотворительного фонда помощи хосписам «Вера». Доступно по: <https://pro-palliativ.ru>
17. Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив». Доступно по: <https://www.rcpcf.ru/>
18. Clark D., Baur N., Clelland D. et al. Mapping Levels of Palliative Care Development in 198 Countries: The Situation in 2017. J Pain Symptom Manage. 2020; 59 (4):794–807.e4.doi:10.1016/j.jpainsymman.2019.11.009.

Подготовка учреждения паллиативной помощи к работе в условиях пандемии COVID-19

Клаудия Консон^{1,2,3,4}, Полубоярцев И. О.⁶, Хотинская А. А.⁵, Филиппова О. Н.⁶, Алексеева Н. А.⁶

¹ Министерство здравоохранения Израиля

² ГБУ «НИИ Организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения Москвы

³ Государственное автономное учреждение «Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы», г. Москва

⁴ ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

⁵ ГБУ ПНИ № 20 Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы

⁶ Группа компаний Senior Group

Клаудия Консон – соискатель ученой степени кандидат медицинских наук, кафедра семейной медицины ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, супервизор отдела гериатрии по сестринскому уходу Южного округа Министерства здравоохранения Израиля; высококвалифицированный специалист, ведущий специалист отдела методологии управления сестринской деятельностью, ГБУ г. Москвы «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента» Департамента здравоохранения Москвы; высококвалифицированный специалист, руководитель образовательных программ, государственное автономное учреждение города Москвы «Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы».

Полубоярцев Игорь Олегович – руководитель отдела контроля качества сестринской помощи и медико-социальных услуг группы компаний Senior Group.

Хотинская Анна Александровна – ведущий специалист по развитию и обучению персонала ГБУ ПНИ № 20 Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы.

Филиппова Оксана Николаевна – специалист по санитарному контролю, врач-эпидемиолог группы компаний Senior Group.

Алексеева Наталья Александровна – управляющая Центром ухода и реабилитации «Малаховка» группы компаний Senior Group.

Аннотация

Данная статья посвящена вопросам подготовки учреждений паллиативного ухода к работе в рамках пандемии COVID-19 и является консолидированным опытом авторов в подготовке учреждений паллиативной помощи и учреждений системы длительного ухода к работе в условиях пандемии. В статье приведены практические советы по оценке готовности учреждений и представлена стратегия подготовки, которая заключается в создании персонализированного чек-листа. Также даны практические советы, как организовать коммуникацию с родственниками пациентов, находящихся в учреждении, закрытом на карантин.

Ключевые слова: пандемия, COVID-19, учреждения паллиативной помощи, карантин, учреждения системы длительного ухода, опыт кризисного управления, персонализированный чек-лист.

Abstract

This article focuses on the preparation of palliative care facilities for the COVID-19 pandemic. This article is the consolidated experience of the authors in preparing palliative care institutions and long-term care institutions for a pandemic. The article provides practical advice on assessing the readiness of institutions and presents training strategies, culminating in the creation of a personalized checklist. Practical advice is also given on how to communicate with patients' relatives in a quarantined facility.

Keywords: pandemic, COVID-19, palliative care service, quarantine, long-term care facilities, crisis management, personalized checklist.

Введение

Данная статья адресована в первую очередь руководителям учреждений паллиативной помощи и медицинскому персоналу, работающему в паллиативных учреждениях и учреждениях системы длительного ухода (далее – СДУ) в условиях пандемии COVID-19. Целью статьи является демонстрация опыта кризисного управления в условиях высокого риска распространения инфекции.

Достоверно известно, что пожилые и тяжелобольные пациенты, находящиеся в паллиативных учреждениях, имеют высокий преморбидный фон, а также повышенную потребность в медицинском обслуживании и уходе. У многих гериатрических пациентов выделяется такой синдром, как хрупкость, что значительно увеличивает вероятность неблагоприятного исхода заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией. В зоне высокого риска находятся все пациенты с паллиативным статусом.

Данная статья направлена на предоставление консультации и поддержки тем, кто работает в системе паллиативной помощи. Рекомендации, представленные в статье, основаны на личном опыте авторов и анализе научных публикаций.

Актуальность

Общая уязвимость паллиативных пациентов осложняется большим риском снижения качества жизни и появления новых симптомов, значительно увеличивающих дискомфорт от основного заболевания в конце их жизненного пути. К основному заболеванию могут присоединиться диспепсические явления, аносмия, одышка, трофические изменения кожных покровов, усиление боли. Пациент рискует столкнуться с COVID-19 вследствие сопутствующих заболеваний и состояний. Это может быть и хроническая сердечно-сосудистая недостаточность, и дыхательная недостаточность, и распространенный онкологический процесс, и ранее существовавшие неврологические заболевания, а также заболевания в стадии декомпенсации.

Кроме того, некоторые из пациентов с нарушением сознания и когнитивным снижением могут подвергаться большому риску заражения COVID-19 из-за трудностей с пониманием и, как следствие, несоблюдением принципов профилактики в борьбе с инфекцией.

Решения об уходе и оказании специализированной помощи пациентам, состояние которых ухудшилось, должны приниматься на индивидуальной основе, исходя из специально разработанного плана ухода. Персонал должен быть четко проинформирован обо всех пунктах плана и неукоснительно следовать ему. Стоит помнить об этике общения с пациентом, выстраивать взаимоотношения с пациентами, соблюдая их честь и достоинство.

Разработка плана по созданию чек-листа готовности учреждения к работе в условиях COVID-19

Дома сестринского ухода и учреждения паллиативной помощи должны предпринять решительные шаги для того, чтобы быть готовыми к работе в условиях пандемии COVID-19.

Исходя из собственного опыта, можем сказать, что для эффективной работы и организации процесса планирования наиболее целесообразно использовать чек-лист для подготовки к работе в условиях пандемии COVID-19.

Каждому учреждению необходимо адаптировать чек-лист, чтобы быть готовыми к сложностям, которые могут возникнуть в условиях пандемии.

Чек-лист используется как инструмент в создании эффективного плана ответных действий на эпидемию. В рамках подготовки к работе с COVID-19 в чек-лист должна быть включена информация от федеральных и региональных органов исполнительной власти в области здравоохранения, органов контроля в области благополучия и здоровья людей, а также информация от научных организаций, занимающихся исследованиями в области медицины. Этот чек-лист может быть использован для подготовки и к другим экстренным ситуациям.

Чек-лист идентифицирует ключевые области, на которые паллиативное учреждение должно обращать внимание. Любые медицинские организации могут использовать данный чек-лист для оценки своих слабых и сильных сторон.

В процессе планирования работы важно обращать внимание на следующие аспекты:

1. Организация работы мультидисциплинарной команды

Это очень важный пункт. С него необходимо начинать подготовку в условиях не только пандемии, но и любой кризисной ситуации. Все структуры организации должны быть представлены непосредственными руководителями, то есть все зоны ответственности должны быть разделены между компетентными специалистами. В этой части важно указать контактные данные всех участников мультидисциплинарной команды и определить пункты ответственности специалистов.

2. Создание письменного плана по работе в условиях COVID-19

Все, что разрабатывается и планируется, должно быть обязательно задокументировано. Также важно определить дедлайны исполнения пунктов плана с обязательным указанием ответственных лиц.

3. Обсуждение и проработка элементов плана

Для организации работы в кризисной ситуации необходимо определить все виды ресурсов и разработать алгоритмы действий в различных ситуациях. Также необходимо назначить лиц, ответственных за каждый элемент плана. Наиболее целесообразным представляется создание следующих пунктов плана:

3.1. Организация инфекционной безопасности с разделением потоков посетителей, пациентов и персонала. Организация системы утилизации отходов, включая отходы класса Б.

3.2. Взаимодействие с органами исполнительной власти в области здравоохранения и социальной защиты населения, а также с надзорными органами. Необходимо определить ответственных лиц и порядок взаимодействия с вышеуказанными органами в различных ситуациях.

3.3. Обеспечение персонала и пациентов средствами связи в случае необходимости закрытия части корпусов или отделений на строгий карантин с обязательным нахождением персонала внутри не менее 14 дней.

3.4. Организация поставок и ресурсов. Необходимо провести предметно-количественный учет имеющихся ресурсов. В первую очередь это медикаменты, перевязочные средства, средства ухода, медицинское оборудование и его запасные комплектующие, а также расходные материалы к оборудованию, продукты питания и питьевая вода. Также необходимо разработать планы поставок необходимых ресурсов в условиях эпидемии или иной кризисной ситуации.

3.5. Алгоритмы действия персонала в случае выявления больных COVID-19. Важно разработать четкие инструкции и СОПы для персонала всех уровней, чтобы в случае выявления инфицированных действовать слаженно и четко. Необходимо разработать порядок информирования надзорных органов и органов власти, а также определить стационарные лечебно-профилактические учреждения для возможной госпитализации инфицированных.

3.6. Гигиена труда. Необходимо разработать протоколы и инструкции для персонала по проведению само- и взаимодиагностики на предмет респираторных симптомов. Также нужно определить порядок действия в случае, если респираторные симптомы были выявлены. Необходимо ознакомить персонал с действующими инструкциями и определить границы рабочего места с учетом правил инфекционной безопасности.

3.7. Образование и обучение. Необходимо назначить лиц, ответственных за обучение сотрудников использованию средств индивидуальной защиты и иных средств. Информация должна быть актуальной и регулярно обновляться.

3.8. Готовность к внештатным ситуациям. Должны быть разработаны протоколы действий на случай возникновения внештатных ситуаций (например, заболеваемости 50% персонала, ограничение или прекращение поставок медикаментов, отключение электричества или обрыв связи).

Примерный чек-лист подготовки представлен в приложении 1.

Профилактика и меры инфекционной безопасности

COVID-19 – это респираторный вирус, который распространяется воздушно-капельным и бытовым путями. Заражение происходит через верхние дыхательные пути, глаза, кожные покровы. Существуют простые меры, которые предотвращают риск передачи. Они включают в себя гигиену рук и дыхательных путей, а также физическое дистанцирование на 2 метра. Там, где расстояние контакта менее 2 метров, необходимо использовать средства индивидуальной защиты.

Средства индивидуальной защиты (далее – СИЗ) – это набор средств для защиты персонала от инфицирования вирусными, бактериальными и иными агентами, вызывающими инфекционные

заболевания при исполнении персоналом служебных обязанностей и выполнении манипуляций. Полный комплект СИЗ включает в себя маску, перчатки, халат, шапочку, бахилы, защитный экран или очки.

Очень важно при использовании СИЗ соблюдать порядок надевания и снятия комплекта. Данные процессы должны быть задокументированы в виде СОП и доведены до сведения всего персонала учреждения.

Также необходимо обеспечить следующие меры для снижения риска занесения инфекции:

- ♦ обеспечить ежедневный медицинский осмотр сотрудников и пациентов, включающий двукратную термометрию и осмотр зева на наличие гиперемии, налетов, выявление катаральных симптомов с обязательной письменной фиксацией результатов;

- ♦ не допускать к работе персонал с признаками респираторных инфекций (повышенная температура, кашель, насморк);

- ♦ обеспечить строгое следование санитарно-эпидемиологическому режиму: соблюдение мер личной гигиены, дезинфекционного режима, правил обработки рук, режима проветривания (каждый час) и обработки помещений бактерицидными облучателями;

- ♦ проводить дезинфекцию столовой посуды после каждого приема пищи, не допускать использование посуды с трещинами, сколами;

- ♦ в общении между структурными подразделениями организации, находящимися на значительном территориальном удалении, использовать формат дистанционных совещаний, встреч посредством Skype, мессенджеров, конференц-звонков.

Все меры, направленные на соблюдение инфекционной безопасности, должны быть прописаны в Плане противоэпидемических мероприятий. Все сотрудники должны быть обязательно ознакомлены с данным планом.

Многие из пациентов учреждений СДУ подвержены высокому риску неблагоприятных последствий в случае заражения COVID-19. По этой причине рекомендуется «физическое дистанцирование» для снижения риска распространения инфекции в учреждениях ухода.

Политика посещений

Посещения необходимо свести к минимуму. Список основных посетителей должен быть строго ограничен соответствующим медицинским персоналом, исходя из потребностей пациента, чтобы человек, получающий уход в конце жизни, не оставался один.

Следует признать, что посещение может быть сопряжено с риском для посетителей, особенно в домах по уходу за больными, где имеет место вспышка заболевания. Поэтому необходимо проводить соответствующую оценку риска и выдавать СИЗ посетителю. Стоит продумать альтернативу личному посещению, например, использование телефонов или видеозвонков.

Вот основные аспекты, на которые следует обратить внимание при организации посещений:

- ♦ уходящего пациента следует, по возможности, спросить, хочет ли он, чтобы его навестили семья или друзья; его пожелания должны быть занесены в индивидуальный план по уходу;
- ♦ любому человеку с симптомами респираторных инфекций (продолжительный кашель или высокая температура) следует воздержаться от посещения паллиативных учреждений, даже если эти симптомы слабые или прерывистые, – такой человек подвергает риску других людей;
- ♦ всем посетителям учреждений ухода необходимо проводить термометрию, в случае повышения температуры выше 36,9 °C необходимо запретить посещение;
- ♦ количество посетителей у кровати в любой момент времени ограничено одним человеком, однако там, где возможно поддерживать социальную дистанцию в течение всего визита, может быть разрешен второй дополнительный посетитель;
- ♦ посетители должны согласиться носить соответствующие средства индивидуальной защиты и соблюдать все необходимые правила изоляции или карантина;
- ♦ посетители должны посещать пациента в его собственной комнате непосредственно по прибытии и уехать сразу же после посещения;
- ♦ посетители должны свести к минимуму контакт с другими пациентами и персоналом (дистанция – 2 метра и т. д.);
- ♦ посетителям следует напомнить о необходимости мыть руки в течение 60 секунд при входе и выходе из дома, также использовать одноразовые салфетки при кашле или чихании, которые должны быть немедленно выброшены;
- ♦ посетителям должна быть оказана помощь в безопасной утилизации СИЗ после использования;
- ♦ пациенты должны по большей мере оставаться в своих комнатах во всех учреждениях паллиативного ухода, но особенно там, где имеет место вспышка заболевания: в учреждениях системы долговременного ухода существует высокий риск распространения инфекции между жителями через общественные помещения, такие как комнаты отдыха и столовые.

Планирование кадровых ресурсов в условиях пандемии

При подготовке к работе в условиях COVID-19 нужно учитывать, что по мере прогрессирования пандемии случаи нехватки персонала, вероятно, будут учащаться. Паллиативным учреждениям потребуются адаптировать модели укомплектования кадрами.

По нашему опыту, отсутствие персонала по мере нарастания пандемии может достигать 50%. Поэтому крайне важно планирование устойчивого состава рабочей силы.

Реагирование на пандемию потребует от высшего руководства учреждения паллиативной помощи клинических знаний и навыков в области эпидемиологии, организации карантинных зон, разделения потоков посетителей, пациентов и персонала, необходимых для работы во время вспышки. Данный пункт включает в себя поддержку мер по профилактике инфекции и борьбе с ней, обучение и подготовку кадров, а также предоставление дополнительных ресурсов, таких как персонал и оборудование, где это необходимо. Также важно иметь навыки в организации «зеленой», «серой» и «красных» зон, которые создают направление потоков и снижают риск распространения инфекции.

Дополнительный кадровый резерв может включать в себя мобилизацию руководящего медицинского состава в качестве линейного персонала: главных медицинских сестер, старших медицинских сестер, работников по уходу за больными, студентов или волонтеров, если это необходимо.

Также нужно рассмотреть возможность предварительного обучения лиц, которые теоретически могут быть привлечены к работе. Их необходимо обучить методам базового ухода: помощи в принятии пищи, помощи в перемещении, сопровождению в перемещении в пространстве, общению и коммуникациям.

Назначение персонала для поддержки работы паллиативных учреждений должно обеспечивать возможность реагирования на растущие потребности, связанные с эпидемией. Персонал, работающий в нескольких местах, должен быть отстранен от работы для предупреждения занесения инфекции из других учреждений.

В тех случаях, когда необходимо использовать резервный персонал, рекомендуется ограничить их занятость одним корпусом или отделением, так как перемещение персонала между отделениями может привести к увеличению случаев передачи инфекции.

Образование и профессиональная подготовка сотрудников

Необходимо учитывать, что самая эффективная форма обучения сотрудников в условиях работы в чрезвычайной ситуации – это навыковый тренинг.

В материалах для обучения должно быть минимум текстовой информации, необходимы инструкции в виде картинок и пошаговых схем.

В обучении, особенно вновь прибывших сотрудников, должен принимать участие только самый опытный персонал, знающий всю специфику данного паллиативного учреждения.

Клинический тренер, осуществляющий подготовку вновь прибывших сотрудников, должен владеть навыками и манипуляциями, применяемыми в данном паллиативном учреждении, в совершенстве.

Необходимо определить помещение, в котором будет проводиться тренинг, и оснастить его всеми средствами и оборудованием, применяемым для работы в конкретном учреждении.

Поддержка паллиативной помощи в учреждениях СДУ во время пандемии COVID-19

Паллиативные учреждения и учреждения системы долговременного ухода всегда играли важную роль в поддержке качества жизни людей в конце их жизни.

Персонал данных учреждений наиболее квалифицирован в вопросах ухода за умирающими пациентами, а также сострадательной, ориентированной на человека заботе. Паллиативная помощь в домах сестринского ухода и других учреждениях системы долговременного ухода поддерживается по мере необходимости другими специалистами системы здравоохранения и профильными специалистами.

В труднодоступных районах хосписы и паллиативные учреждения могут прибегать к консультированию посредством ИТ-платформ и средств дистанционной коммуникации.

Хорошая коммуникация и координация поддержки сотрудников учреждений, территориально удаленных от развитой медицинской инфраструктуры, а также доступ к необходимым вспомогательным и паллиативным лекарственным средствам имеют важнейшее значение в качестве оказания паллиативной помощи.

Поддержка психологического комфорта пациентов, коммуникация с семьями и близкими людьми

Осуществление таких мер, как физическое дистанцирование, может иметь негативные последствия для качества жизни и психологического комфорта. Эти факторы более заметны для людей с когнитивным снижением. Они подвержены повышенному риску возникновения беспокойства, стресса, разочарования и страданий в результате применения мер, направленных на преодоление физического расстояния. Поэтому необходимо внимательно относиться к вопросу коммуникации с родственниками.

Использование средств индивидуальной защиты может также усилить тревогу и стресс у человека, который имеет когнитивное снижение. Персонал должен осознавать это и, по возможности, объяснять свой внешний вид так, чтобы пациент понимал происходящее, и стараться свести к минимуму любую негативную реакцию.

Вот несколько советов, как нужно вести себя персоналу в случае стрессовой реакции пациентов на внешний вид сотрудника в СИЗ (особую проблему для общения представляют собой медицинские маски).

♦ **Персонал должен помнить, что большая часть общения между людьми основана на понимании невербальных сигналов.** Это особенно важно для людей, живущих с когнитивным снижением, или имеющих проблемы со слухом, или людей с нарушениями обучаемости. Если человеку видны только глаза, это затрудняет правильное чтение эмоций. Это может легко привести к недоразумениям, беспокойству, гневу или смущению. Сотрудники должны помнить, что, надевая маску для лица, они общаются взглядом. Этому навыку можно легко обучиться с помощью опытного наставника.

♦ **Использование понятного языка тела является важным инструментом.** Это становится еще важнее при ношении масок. Четкие, спокойные жесты, моделирование того, что вы пытаетесь сказать (например, бритье или мытье), могут быть полезны для людей с когнитивным снижением или сенсорными дефицитами.

♦ **Опционально можно использовать фотографии или пиктографические карточки, а также ручку и бумагу.** Важно, чтобы сотрудники оценивали влияние ношения СИЗ на отдельных людей и при необходимости разрабатывали четкие и спланированные индивидуальные коммуникационные стратегии.

Члены семьи и друзья, которым может быть отказано в посещении, также нуждаются в уверенности и понимании ситуации. Необходимо поддерживать связь с семьями на регулярной основе.

Многие наверняка будут беспокоиться о благополучии близкого им человека и о том, как повлияют на их родственников или друзей меры по сокращению контактов с другими людьми. Необходимо рассмотреть возможность использования для коммуникации альтернативных методов и цифровых технологий.

Стоит подойти к процессу построения общения всесторонне и четко проговорить с родственниками удобное время, кратность и продолжительность сеансов связи. При планировании общения с родственниками пациентов нужно предусмотреть образовательный компонент бесед.

Важно объяснять с медицинской точки зрения необходимость карантинных мер и поддержания общения посредством цифровых технологий.

Заключение

Пандемия COVID-19 – это абсолютно новый опыт и вызов. Не только для всего человечества, но и для всех отраслей экономической деятельности. И все же наибольшая нагрузка легла на плечи медицинских работников. Системы здравоохранения различных стран сталкиваются со сложностями, которые ранее переживать им не приходилось: сильный кадровый дефицит, нехватка материальных ресурсов.

Традиционно целью любого лечения и медицинской помощи стояла помощь человеку в обретении

здоровья. Но есть виды медицинской помощи, в оказании которых обретение здоровья – не главная цель. Намного важнее облегчить боль, улучшить качество жизни и уменьшить негативное влияние симптомов неизлечимого заболевания. Разумеется, речь идет о паллиативной помощи. Эту помощь оказывают также и другие учреждения, работающие в системе долговременного ухода.

Приложение 1.

ЧЕК-ЛИСТ ПОДГОТОВКИ УЧРЕЖДЕНИЙ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА К РАБОТЕ В УСЛОВИЯХ COVID-19

Пункт чек-листа	Исполнено	В процессе	Подготовка
1. Организация мультидисциплинарной команды (комитета, штаба)			
COVID-19 был включен в план действий при чрезвычайных ситуациях	☐	☐	☐
Создание мультидисциплинарной команды (комитета, штаба) в условиях работы во время эпидемии COVID-19	☐	☐	☐
(Название мультидисциплинарной команды)			
Сотрудники – члены мультидисциплинарной команды (комитета, штаба)	☐	☐	☐
(Ф.И.О. членов мультидисциплинарной команды)			
Члены мультидисциплинарной команды (комитета, штаба) должны включать ответственных лиц по следующим направлениям:			
- Административный директор - Директор по медицинской части - Специалист по инфекционному (эпидемиологическому) контролю - Специалист по охране труда - Специалист по обучению персонала - Специалист по инженерным системам - Специалист по обслуживанию систем жизнеобеспечения - Специалист по диетическому питанию - Специалист по лекарственному обеспечению - Директор транспортной службы - Директор отдела закупок - Представитель технической службы - Иные специалисты по требованию			
Представитель мультидисциплинарной команды (комитета, штаба) по координации действий в рамках работы в условиях COVID-19 в тесном контакте с региональными или федеральными командами (комитетами, штабами)	☐	☐	☐
Название и контакты других мультидисциплинарных команд (групп, штабов)			
2. Создание письменного плана по работе в условиях пандемии COVID-19			
Копия плана доступна в учреждении для персонала	☐	☐	☐
В данный план включены требования, рекомендуемые федеральными и региональными органами власти в области здравоохранения	☐	☐	☐
План содержит требования, включенные в пункт № 3	☐	☐	☐
В Плане указано лицо, ответственное за внедрение плана	☐	☐	☐

Большинство пациентов таких учреждений – это люди со сниженным функциональным статусом и тяжелым преморбидным фоном, с большим количеством некурабельных заболеваний. Подавляющая часть этих пациентов борется за каждый день своей жизни. В условиях пандемии COVID-19 ответственность за таких пациентов возрастает, и данную опасность ни в коем случае нельзя недооценивать.

Пункт чек-листа	Исполнено	В процессе	Подготовка
3. Элементы плана COVID-19			
Имеется план защиты пациентов, медицинского персонала и посетителей от респираторных инфекций, включая COVID-19, в котором рассматриваются следующие элементы:	☐	☐	☐
1 на члена мультидисциплинарной команды (комитета, штаба) возложена ответственность за мониторинг рекомендаций и НПА по общественному здравоохранению (на федеральном уровне и на уровне региона)	☐	☐	☐
2 в учреждении есть процесс для внутренних переводов, который включает в себя уведомление транспортного персонала и приемных отделений о подозреваемом или подтвержденном диагнозе жителя (например, наличие респираторных симптомов или известного COVID-19) до перевода	☐	☐	☐
3 в учреждении имеется система для мониторинга и внутреннего анализа развития COVID-19 среди пациентов и медицинского персонала	☐	☐	☐
4 в учреждении действуют меры инфекционного контроля, в которых изложены рекомендуемые меры предосторожности при передаче, которые следует применять при уходе за пациентами с респираторной инфекцией (как правило, для не выявленной респираторной инфекции рекомендуются стандартные меры защиты от инфекций с защитой глаз, если только подозреваемый диагноз не требует специализированных мер предосторожности)	☐	☐	☐
5 учреждение периодически рассматривает конкретные рекомендации органов исполнительной власти для медицинских учреждений, обслуживающих жителей с подозрением или подтверждением наличия COVID-19	☐	☐	☐
6 были определены ключевые учреждения общественного здравоохранения во время вспышки COVID-19	☐	☐	☐
7 имеются контакты Департамента здравоохранения	☐	☐	☐
8 профессиональное объединение по долгосрочному уходу	☐	☐	☐
9 назначен член мультидисциплинарной команды (комитета, штаба), ответственный за связи с органами здравоохранения во время вспышки COVID-19	☐	☐	☐

Пункт чек-листа	Исполнено	В процессе	Подготовка
10 на члена мультидисциплинарной команды (комитета, штаба) была возложена ответственность за связь с персоналом, жителями и их семьями относительно статуса и развития COVID-19 в учреждении	☐	☐	☐
11 на члена мультидисциплинарной команды (комитета, штаба) была возложена ответственность за актуализацию информации о состоянии в отношении COVID-19 в учреждении	☐	☐	☐
Средства связи			
1 Определены средства связи для использования в кризисных ситуациях: аппараты, телефонные узлы	☐	☐	☐
2 Планы коммуникации включают в себя информацию о том, как знаки, телефонные точки, стенды и другие объекты будут использоваться для информирования персонала, членов семьи, посетителей и других лиц, входящих в учреждение (например, консультантов, продавцов и доставщиков), о статусе COVID-19 на объекте	☐	☐	☐
3 Был составлен список других медицинских учреждений и иных учреждений, оказывающих медицинскую помощь (например, подобных учреждений долгосрочного ухода и проживания, местных больниц, больничных служб скорой медицинской помощи, соответствующих общественных организаций, в том числе связанных с подготовкой к стихийным бедствиям)	☐	☐	☐
Поставки и ресурсы			
1 Спиртовое дезинфицирующее средство для рук доступно в каждом жилом помещении (в идеале как внутри, так и снаружи помещения), а также в других помещениях по уходу за жильем и в местах общего пользования (например, вне обеденного зала, в тренажерном зале)	☐	☐	☐
2 Санузлы достаточно укомплектованы мылом и бумажными полотенцами для мытья рук, а также кожными антисептиками	☐	☐	☐
3 Знаки размещаются непосредственно за пределами жилых комнат с указанием соответствующих мер предосторожности и необходимых средств индивидуальной защиты (СИЗ)	☐	☐	☐
4 Объект предоставляет маски для защиты верхних дыхательных путей возле входов и в местах общего пользования с бесконтактными емкостями для утилизации	☐	☐	☐
5 Необходимые средства индивидуальной защиты доступны сразу за пределами комнаты для проживающих и в других местах, где обеспечивается уход за пациентами	☐	☐	☐
6 В учреждениях должны быть запасные маски, респираторы (если есть), а также программа защиты органов дыхания с обученным персоналом, прошедшим медицинское освидетельствование, проверенные на пригодность средства, халаты, перчатки и средства защиты глаз (т.е. защитная маска или защитные очки)	☐	☐	☐
7 Урны для мусора должны быть расположены рядом со входом в жилую комнату, чтобы персонал мог легко выбросить СИЗ после удаления, а также перед выходом из комнаты или перед оказанием помощи другому жителю в той же комнате	☐	☐	☐

Пункт чек-листа	Исполнено	В процессе	Подготовка
8 У учреждения есть план действий в чрезвычайных ситуациях, который включает в себя привлечение и Департамента здравоохранения, и медицинской коалиции, когда они испытывают (или ожидают) нехватку поставок	☐	☐	☐
Выявление и лечение больных пациентов			
1 У учреждения есть критерии и протокол для начала активного наблюдения за респираторной инфекцией среди пациентов и медицинского персонала	☐	☐	☐
2 Разработаны планы о том, как немедленно уведомить отдел здравоохранения о случаях респираторных инфекций, в том числе тяжелых, или подозреваемых с COVID-19	☐	☐	☐
3 У учреждения есть критерии и протокол для изоляции симптоматических и подверженных воздействию жителей в комнатах, прекращения групповой деятельности и общего приема пищи, а также для закрытия подразделений или всего объекта с помощью новых приемов	☐	☐	☐
4 У учреждения есть критерии процесса организации карантина жителей с симптомами респираторной инфекции	☐	☐	☐
5 У учреждения есть планы и материалы, разработанные для размещения на входах вывесок, инструктирующих посетителей прекратить визит, если у них жар или симптомы респираторной инфекции	☐	☐	☐
6 В случае введения ограничения на посещение на объекте предусмотрен процесс, позволяющий осуществлять удаленную связь между пациентом и посетителем (например, с помощью приложений для видеовызовов на сотовых телефонах или планшетах)	☐	☐	☐
Гигиена труда			
1 В учреждении действует политика отпуска по болезни, которая является гибкой, не карательной и соответствует политике общественного здравоохранения, позволяющей больному медицинскому персоналу оставаться дома	☐	☐	☐
2 Учреждение инструктирует персонал регулярно следить за лихорадкой и симптомами респираторной инфекции, как часть обычной практики	☐	☐	☐
3 У учреждения есть протокол для оперативной проверки сотрудника на наличие признаков гипертермии	☐	☐	☐
4 В учреждении есть протокол для выявления и лечения персонала с лихорадкой и симптомами респираторной инфекции	☐	☐	☐
5 В учреждении имеется план мониторинга и определения рабочих ограничений для больных и незащищенных медицинских работников	☐	☐	☐
6 В учреждении имеется план защиты органов дыхания, который включает медицинское обследование, обучение и проверку работоспособности сотрудников	☐	☐	☐

Пункт чек-листа		Исполнено	В процессе	Подготовка
Образование и обучение				
1	Учреждение планирует проводить обучение и тренинги для сотрудников, пациентов и членов их семей, чтобы помочь им понять последствия, основные меры профилактики и контроля над COVID-19. Консультант должен быть включен в образовательные и обучающие мероприятия	☐	☐	☐
2	Член мультидисциплинарной команды (комитета, штаба) был назначен ответственным за координацию обучения по COVID-19 (например, идентифицирует и облегчает доступ к имеющимся программам, ведет учет посещаемости персонала)	☐	☐	☐
3	Были определены соответствующие материалы на доступном языке для дополнения и поддержки образовательных и обучающих программ для сотрудников, подопечных и членов их семей (например, доступные через государственные и федеральные агентства общественного здравоохранения, такие же, как и через профессиональные организации). План на месте для получения этих материалов	☐	☐	☐
4	Планы и материалы, разработанные для обучения и профессиональной подготовки сотрудников, включающие информацию о рекомендуемых мерах инфекционного контроля для предотвращения распространения COVID-19, включают в себя:	☐	☐	☐
4.1	признаки и симптомы респираторного заболевания, в том числе COVID-19	☐	☐	☐
4.2	контроль подопечных на наличие признаков и симптомов респираторного заболевания	☐	☐	☐
4.3	обеспечение безопасности подопечных, посетителей и персонала, используя правильные методы инфекционного контроля, включая надлежащую гигиену рук, а также выбор и использование СИЗ; обучение должно включать обязательные демонстрации для подтверждения компетенции	☐	☐	☐
4.4	главное правило – оставаться дома, когда болен	☐	☐	☐
4.5	правила отпуска по болезни сотрудников и рекомендуемые действия для незащищенных контактов (например, не использование рекомендуемых СИЗ, не признанный контакт с инфекционным пациентом)	☐	☐	☐
5	У учреждения есть план для ускорения проверки и обучения сотрудников вне учреждения, приехавших из других мест, для обеспечения ухода за подопечными, когда в учреждении наступает кадровый кризис	☐	☐	☐
6	Информационные материалы (например, брошюры, плакаты) по COVID-19, соответствующие протоколы (например, приостановка посещения, получение информации об учреждении или члене семьи) были разработаны и доведены до сведения подопечных и их семей. Материалы представлены на доступном языке. Существует план по распространению этих материалов до фактической пандемии	☐	☐	☐

Пункт чек-листа		Исполнено	В процессе	Подготовка
Готовность к внештатным ситуациям. Кадровые				
1	Был разработан план на случай непредвиденных обстоятельств, который определяет минимальные потребности в персонале и приоритетность критически важных и второстепенных услуг на основе состояния здоровья подопечных, их функциональных ограничений и инвалидности. Также определяется приоритетность работы основных учреждений	☐	☐	☐
2	Назначен сотрудник, на которого возложена ответственность за ежедневную оценку кадрового статуса и потребностей во время вспышки COVID-19	☐	☐	☐
3	Были проведены консультации с юристом и сотрудниками Департамента здравоохранения, чтобы определить применимость объявления о «кадровом кризисе» в учреждении и соответствующих альтернативных вариантов укомплектования персоналом в соответствии с законодательством	☐	☐	☐
4	План штатного расписания включает в себя стратегии сотрудничества с местными и региональными группами планирования и реагирования для решения широко распространенной нехватки персонала здравоохранения во время кризиса	☐	☐	☐
5	Расходные материалы и долговечное медицинское оборудование были закуплены с запасом	☐	☐	☐
6	Была сделана оценка количества основных материалов и оборудования для ухода за подопечными (например, системы для внутривенного вливания, ингаляторы и фармацевтические препараты), а также средств индивидуальной защиты (например, масок, респираторов, халатов, перчаток и средств гигиены рук), которые понадобятся во время 8-недельной вспышки	☐	☐	☐
7	Оценка была передана местным и региональным группам планирования для эффективного урегулирования соглашений о накоплении запасов	☐	☐	☐
8	Был разработан план по устранению вероятного дефицита поставок (например, средств индивидуальной защиты), включая стратегии использования обычных и альтернативных каналов для закупки необходимых ресурсов	☐	☐	☐
9	Была разработана стратегия определения приоритетов в случае необходимости выделения ограниченного оборудования для ухода за больными, фармацевтических препаратов и других ресурсов	☐	☐	☐
10	Внедрен процесс отслеживания и представления отчетов о доступных количествах расходных материалов медицинского назначения, включая СИЗ	☐	☐	☐
Готовность к внештатным ситуациям. Посмертный уход				
1	Был разработан план действий в чрезвычайных ситуациях для удовлетворения возросшей потребности в посмертном уходе и маршрутизации тел умерших подопечных	☐	☐	☐
2	Была определена область в учреждении, которая могла бы использоваться как временное место хранения тел усопших	☐	☐	☐
3	Планы по расширению возможностей морга были обсуждены с местными и региональными контактами планирования	☐	☐	☐

Особенности душепопечения в паллиативном отделении больницы Святителя Алексия

Воробьева В.В., Заров А.Ю.

АНО «Центральная клиническая больница Святителя Алексия, митрополита Московского»

Воробьева Валентина Викторовна – заместитель главного врача по паллиативной помощи АНО ЦКБ Святителя Алексия, митрополита Московского. Адрес: Россия, 119071 г. Москва, Ленинский проспект, д. 27. Телефон: 8–495–952–11–41, электронный адрес: secretary@ckbsva.ru

Заров Алексей Юрьевич – главный врач/директор АНО ЦКБ Святителя Алексия, митрополита Московского. Адрес: Россия, 119071 г. Москва, Ленинский проспект, д. 27. Телефон: 8–495–952–11–41, электронный адрес: secretary@ckbsva.ru

Аннотация

Тема заботы о неизлечимых больных во все времена занимала важное место в медицине. Эта статья затрагивает актуальные вопросы духовного взаимодействия между пациентом и персоналом паллиативного отделения. Сквозь века пронесены традиции любви, заботы и милосердия, сегодня больница Святителя Алексия делится своим уникальным опытом.

Ключевые слова: больница Святителя Алексия, паллиативная помощь, онкология, милосердие, молитва, смерть.

Abstract

The question of caring the incurable has always taken an important place in medicine. This article touches current questions of spiritual interaction between a patient and staff of the palliative department. Having kept the traditions of love, care and mercy for centuries the hospital of St. Alexey today can share its unique experience.

Keywords: The Hospital of St. Alexey, palliative help, oncology, mercy, prayer, death.

«И сидели с ним на земле семь дней и семь ночей; и никто не говорил ему ни слова, ибо видели, что страдание его весьма велико».

Иов 2;13

Не только тело нуждается в помощи

Больница Святителя Алексия была построена в Москве в 1903 г. на средства купцов Медведниковых и предназначалась для «неизлечимых больных христианского вероисповедания, без различия звания, пола и возраста» [1] и первоначально состояла из больничного корпуса на 150 коек и богадельни на 60 коек. В 1992 г. решением правительства Москвы больница была передана Московской патриархии и переименована в Центральную клиническую больницу Святителя Алексия, митрополита Московского.

С этого времени пациенты нашей больницы вновь смогли получать не только медицинскую, но и духовную помощь. Первое паллиативное отделение в нашей больнице было основано в 2016 г., и его появление стало возрождением традиций больницы помощи неизлечимым больным.

Паллиативное отделение, безусловно, выделяется среди прочих тем, что наши пациенты, несущие бремя тяжелых болезней, являются более уязвимыми, зависимыми от персонала, страдающими, часто пол-

ными страхов и тревог. Особенно тесна связь в нашем отделении между пациентами и персоналом. Можно сказать, что отделение является единым организмом. Если происходит какая-то проблема, конфликт среди пациентов, то тут же мы обнаруживаем отголоски этого возмущения среди сотрудников, и наоборот. Именно поэтому каждый сотрудник отделения несет не только личную ответственность за свое душевное состояние, но и перед теми людьми, с которыми ему приходится общаться. наших пациентов невозможно обмануть: раздражение, обида или просто плохое настроение сестры, даже внешне не проявленное, тут же ранит человека.

Очень важно помочь страдающему человеку наполнить последний отрезок жизни смыслом, помочь преодолеть страхи, примириться с болезнью и близкими. За 3 года работы нашего отделения мы проводили много людей, многие из них были верующими, церковными людьми. Но вспоминается только несколько человек, которые сознательно и бесстрашно смотрели в лицо смерти. Они вызывают глубокое уважение и удивление.

Дело в том, что, похоже, в современном мире даже среди христиан утеряно правильное представление об иерархии составляющих человеческой личности и на первый план выходит телесное начало, а дух и душа подчинены телу. Поэтому мы встречаем в основном представление о смерти как об абсолютном зле, которое надо оттягивать любыми возможными способами. Часто мы слышим

от родственников просьбы не говорить пациентам их диагноз, не сообщать о скорой смерти. Нередко врачам приходится назначать умирающим пациентам капельницы, в которых уже нет никакого смысла, чтобы успокоить родственников. И конечно, много приходится разговаривать с родственниками пациентов о том, что сейчас нужно просто быть рядом, важно успеть сказать нужные слова, помолиться о страдающей душе. Но далеко не все бывают готовы это услышать.

Особенно болезненно происходит принятие диагноза у пациентов, страдающих раком, которые недавно узнали о своей болезни, и часто слишком поздно. Иногда у человека просто нет достаточного времени, чтобы пройти все стадии принятия диагноза, или нет на это внутренних сил. Нередко бывает, что пациент, которому неоднократно сообщали, что болезнь зашла далеко, развились метастазы, верит, что он идет на поправку. И нужна большая мудрость, деликатность в общении с такими больным. Нам кажется, что нельзя грубо ломать защиты человека, душа которого еще не готова к этому знанию. Гораздо важнее, чтобы человек почувствовал себя спокойно, защищенно в стенах больницы, ощутил любовь и приятие окружающих его людей, смог переосмыслить свои отношения с родными, оставить обиды и обратиться к Богу.

Смириться со смертью

В паллиативном отделении смерть частая гостья. И каждый из нас, работающих здесь, также проходит разные стадии в принятии смерти. Пока человек не избавится от страха собственной смерти, он не сможет помочь ближнему, найти нужные слова, да и просто работать здесь будет мучительно. При каждом соприкосновении со смертью возникает страх и чувство вины, боль и чувство невосполнимой потери. Когда умирает пациент, кажется, что ты уже не сможешь работать. Но со временем приходит осознание, что мы стоим при дверях перехода человека в вечность, перед великим таинством рождения души в вечную жизнь. Тогда боль отступает, остается радость, что страдания закончились и душа возвратилась к Творцу. И хочется надеяться, что это не привыкание к смерти, а изменение отношения к ней.

В связи с этим вспоминается одна наша пациентка – молодая женщина мучительно умирала от рака. Болей не было, но был мучительный страх смерти, неприятие ее, сопротивление, иногда негодование. Она постоянно кричала, спрашивала, что же ей делать, звала родственников. Ей не помогали наркотики, нейролептики резко ухудшали ее состояние. Душевные страдания Лены, человека верующего, вызывали у нас недоумение, заставляли нас всех задуматься, молиться. Я не преувеличу, если скажу, что все отделение было взбудоражено.

Ее страдания длились несколько недель – днем и ночью непрекращающиеся крики... Единственное, что помогало ей, было чтение Евангелия и молитв, Лена умолкала и успокаивалась. Наши добровольцы читали ей днем и ночью, сменяясь у ее постели. И это было удивительно наблюдать, как чужие ей люди приезжали после работы, чтобы облегчить ее страдания. За несколько дней перед смертью что-то изменилось, Лена успокоилась, стала говорить о своей скорой смерти, даже лицо ее стало другим, и она мирно отошла ко Господу.

Для человека смерть – абсолютно личное событие. И каждый из нас знает, что рано или поздно он ее встретит. И вся наша трагедия и скорбь перед лицом смерти усугубляется, если мы не желаем признавать это событие.

Мы не хотим смириться со смертью! Поэтому одни из нас делают все, чтобы, насколько возможно, отдалить ее, другие пытаются просто не думать о ней.

Смерть душевная – вот то, чего должен бояться верующий человек. А чтобы избежать смерти душевной мы должны помнить о смерти телесной [2].

Отличие страха перед смертью от памяти смертной в том, что страх вводит душу в отчаяние, в нем заключается безнадежность и чувство обреченности. Память же смертная для христиан – это чувство противоположное страху перед смертью, она рождает в человеке надежду и радость.

Святитель Иоанн Златоуст пишет о смерти: «Ужасна смерть и страшна для незнающих высшего любомудрия, для незнающих загробной жизни, для считающих смерть уничтожением бытия... Мы же, благодатию Божьей увидевшие безвестные и тайные премудрости Его и считающие смерть переселением, не должны трепетать, но радоваться и благодушеествовать, потому что оставляем тленную жизнь и переходим к жизни иной, нескончаемой и несравненно лучшей» [3].

Удивительное отношение к смерти мы видим в письме святого Феофана Затворника умирающей сестре: «Прощай, сестра! Господь да благословит исход твой и путь твой по твоему исходу. Ведь ты не умрешь. Тело умрет, а ты перейдешь в иной мир, живая, себя помнящая и весь окружающий мир узнающая. Там встретят тебя батюшка и матушка, братья и сестры. Поклонись им и наши передай приветы и попроси попечись о нас... Даруй же тебе, Господи, мирный исход! День-другой – и мы с тобою. Потому не тужи об остающихся. Прощай, Господь с тобою» [4].

Ни пациенты паллиативного отделения, ни сотрудники, которые служат им, не могут игнорировать смерть. Каждому человеку, который здесь находится, приходится формировать свое отношение к ней, и если он не выстраивает вокруг себя защиты, то через какое-то время память смертная поселяется в душе и изменяет эту душу.

Мы не считаем, что медицинские работники должны заниматься активным обращением пациентов к вере, давать им духовные советы. Но очень важно найти контакт с человеком, суметь расположить его к себе, облегчить его страдания. И тогда, возможно, не потребуются и слова, чтобы человек захотел открыть свое сердце к Богу. Нередки случаи, когда пожилые люди, всю жизнь прожившие вне Церкви, находясь в палате, где все приступают к таинствам, тоже изъявляют желание причаститься.

С особым вниманием мы подходим к подбору персонала. При устройстве на работу наши сотрудники обязательно проходят собеседование с духовником и руководством больницы. После этого следует добровольческий период, в течение которого желающий работать в отделении знакомится с отделением и проверяет свои силы и решимость работать с тяжело больными пациентами. За это время обычно бывает возможно понять, сможет ли человек работать в отделении, уживется ли в коллективе, открыто ли его сердце к пациенту...

Утренняя конференция в отделении начинается с общей молитвы. Стало уже традицией петь канон Божией Матери в конце рабочего дня. Вначале нас собиралось несколько сотрудников на молитву. Но постепенно стали собираться все больше сестер и братьев, врачей. Теперь многие пациенты и их родственники собираются помолиться вместе с нами. В этой совместной молитве стираются границы между больными, их родственниками, медиками. И многие ждут этого часа, и после окончания канона мы наблюдаем, что наши подопечные остаются сидеть в тишине перед иконами.

«За все благодарю Бога, и за мою болезнь»

Наши пациенты имеют возможность ежедневно исповедоваться, приступать к таинству Причащения. Нередко пациенты изъявляют желание креститься. В нашем отделении был случай, когда венчалась супружеская пара. К умирающим больным священник зачастую приходит ежедневно. Тяжелобольным людям и их родственникам требуются духовный совет и поддержка, в таком случае с ними готов беседовать священник, а также ведет работу психотерапевт.

Незабываемое впечатление на пациентов и персонал оставляют всенощные, которые служит владыка Пантелеимон в коридоре нашего отделения. Обездвиженные пациенты, которые в течение многих лет не могли попасть в храм, получают возможность помолиться на службе, услышать церковное пение, погрузиться в атмосферу православного храма.

Мы стараемся сохранять воспоминания о тех пациентах, которые запали в душу, чем-то удивили, чему-то научили...

Хочется поделиться воспоминаниями нашей сотрудницы, врача-психотерапевта об одной нашей больной, Аните:

«Аниту я вспоминаю часто. Особенно, когда встречаюсь в нашем отделении с «трудными» пациентами. Анита тоже была из «трудных». Узнала она о своем заболевании за несколько месяцев до поступления к нам и думала, что приехала ненадолго. Верила в свое полное излечение, пресекала все разговоры о диагнозе, в душу свою не пускала, да и вела себя порой вызывающе. Дело в том, что Анита на дух не выносила психотерапевтов, считала, что они лишь для слабаков. Любое успокоение извне было для нее неприемлемым.

Анита была умным, волевым, целеустремленным человеком, и тем не менее в помощи она крайне нуждалась, но продолжала ее отвергать. При нашем первом знакомстве она сказала, что способна помочь себе сама, так как сама является врачом. Она была самоуверенна, а порой и дерзка.

И все-таки мы стали друзьями. Друзьями и простились. А помог нам сблизиться наш... котенок. Анита оказалась ветеринаром. В это время у моих внуков должен был появиться новый друг, голубой котик, за которым мы и поехали в питомник, но по дороге случилось непредвиденное, и домой мы вернулись с полосатой Дуней. Вот эту историю я и рассказала Аните, чтобы отвлечь ее от горестных мыслей. Прислушалась она ее до конца почти безучастно, в конце, правда, глубокомысленно заметила: «Значит, это ВАШ котенок». С этого события что-то изменилось. Дуня каким-то образом соединила нас. Анита стала интересоваться, контролировать питание и уход за нашей Дуней. А как она была строга порой, если мы делали что-то не так!

Удивительно, как Аниточка любила свою работу. О своих питомцах дома и на работе она могла говорить часами. Дунька подрастала, а за это время много о чем было уже переговорено. Начался трудный процесс переосмысления, переоценки, трансформации.

От прежней Аниты почти ничего не осталось. Новый уже человек смотрел на своих близких и дальних, на свою работу, на свою болезнь и на всю свою жизнь. Это была титаническая работа, она не ослабевала и тогда, когда уже не было сил вставать, а потом и говорить, она продолжалась до последнего вздоха. Не только смирения, терпения, мужества принятия неизбежного достигла она в этих трудах, она нашла силы благодарить Бога за посланную болезнь.

Помню, как незадолго до конца, когда Анита уже не могла говорить, я пришла к ней чтобы поддержать ее, а вечером получила от нее смс: «За все благодарю Бога, и за мою болезнь».

В заключение хочется еще раз сказать, что помощь тяжело страдающим и умирающим людям – это одно из важнейших христианских служений, в котором, по слову аввы Дорофея, «более больной благоволит нам, нежели мы больному» [5].

Литература

1. Историческая справка [Электронный ресурс]//Больница Святителя Алексия, URL://http://pravbolnitsa.ru/info/o-bolnice/istoricheskaya-spravka.htm (дата обращения 14.06.2020)
2. Ожидание вечности. Жизнь и смерть. Соколовский Александр. Православные статьи [Электронный ресурс] : // Борисовское благочиние, Белорусская Православная Церковь, URL : // http://www.blagobor.by/article/vera/death-life-view (дата обращение 12.06.2020)
3. Смерть в отношении к бессмертию. Часть первая. Монах Митрофан, Загробная жизнь [Электронный ресурс]//Азбука веры, URL:

https://azbyka.ru/otechnik/bogoslovie/zagrobnaia-zhizn/1_1 (дата обращения 14.06.2020)

4. Письма святителя Феофана Затворника к его умирающей сестре и скорбному ее мужу. Святитель Феофан Затворник, Собрание писем. Вып. 1 [Электронный ресурс]//Христианская психология и антропология, URL://https://www.xpa-spb.ru/libr/Feofan-Zatvornik/sobranie-pisem-1-159.html (дата обращения 13.06.2020)
5. Как возрастать духовно. Преподобный авва Дорофей [Электронный ресурс]//Азбука веры URL://https://azbyka.ru/otechnik/Dorofej/kak_vozrastat_dуховно/(дата обращения 14.06.2020)

УДК 37.048–373.3–376.112.4–376.24

Обучение детей с прогрессирующими заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни. Начало пути

Шариков С.В.

Госпитальная школа в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» Минздрава России, Проектный офис «УчимЗнаем» ГБОУ «Школа № 109» Департамента образования и науки города Москвы.

Шариков Сергей Витальевич – (SPIN-код: 6872–1123) почетный работник общего образования Российской Федерации, лауреат премии города Москвы в области образования, Ph.D, руководитель федерального проекта госпитальных школ России «УчимЗнаем». Адрес: 117997 Россия, г. Москва, ул. Саморы Машела, д. 1. Телефон: +7–495–287–65–70 доб. 1402, электронный адрес: sh@uchimznaem.ru.

Аннотация

В статье представлена проблема организации систематического обучения детей с прогрессирующими заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни, представлен опыт и подходы флагманской площадки федерального проекта госпитальных школ России «УчимЗнаем» по обучению детей, получающих паллиативную помощь.

Ключевые слова: ребенок, паллиативная помощь, образование, обучение, госпитальная школа, хоспис.

Abstract

The article presents the problem of organizing systematic education of children with progressive diseases that limit life expectancy. The paper also presents the experience and approaches of the Federal project of hospital schools of Russia “We Teach/The Learn” for teaching children receiving palliative care.

Keywords: child, palliative care, education, learning, hospital school, hospice.

Жить – значит общаться. Образование – важный ресурс общения

В международной практике обучения детей с особыми образовательными потребностями вопрос организации доступного качественного образования базируется на положениях международных актов, принятых в период с 1948 по 1989 и последующие годы ООН, ЮНЕСКО и ратифицированных в большинстве стран мира [1]. Вместе с этим вопрос о том, зачем детям с прогрессирующими заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни, учиться в школе, был наиболее четко актуализирован в повестке образовательного, медицинского и родительского сообщества лишь в середине 90-х – начале 2000-х годов. В европейских странах это дало результат: там сегодня понимают важную функцию образования как полноценной среды детского и подросткового общения, развития, реализации интересов. А в случае наличия множественных нарушений у ребенка с самого рождения есть возможность ярче увидеть в нем личность и ощутить ценность каждого дня жизни. Знать, что он чувствует, принимает, реагирует и понимает. Именно поэтому

еще несколько лет назад, когда российские специалисты знакомились с организацией работы хосписа в Ирландии, они были крайне удивлены, что днем в хосписе не было детей – они все были в школе. Наблюдая, как дети возвращаются в хоспис из школы, с вдохновленными лицами, со своими ученическими творческими работами, иногда в сопровождении своих здоровых сверстников, с «деловым» видом школьника, становилось понятно: образование для этих детей важная часть каждого дня жизни. Нельзя их этого лишать. Но и сегодня в российской детской паллиативной практике мы все еще часто сталкиваемся с прямым вопросом и утверждением: «Зачем нашему ребенку педагог и обучение? Ему в университет не поступать!» Часто в отношении к чему-либо мы следуем шаблонам, которые в нашей жизни ассоциируются с тем, что было когда-то у нас самих раньше. Так и с понятиями «школа» и «образование». Положительно, если это была хорошая школа, а если плохая? Хочется защитить нашего больного ребенка от чего-то, на наш взгляд, лишнего и ненужного. Не всегда при этом осознавая, а что у него есть взамен. Было бы странно, если бы наши зарубежные коллеги, сделавшие в паллиативной помощи все таким человечным и теплым, обращали внимание к вопросам образования детей с прогрессирующими

Улыбка ученика – лучшая награда для педагога



заболеваниями только по каким-то формальным причинам. В паллиативной помощи на формальность нет ни времени, ни ресурсов. Есть сегодняшний день и желание сделать его качественно полноценным. И сама фраза «Хоспис – это про жизнь!» родилась из понимания именно ценности каждого дня жизни. Для детей, для других каждый прожитый день может остаться в памяти родителей, родственников, близких людей больного ребенка, специалистов детской паллиативной службы позитивной повесткой. Вот на это прежде всего нацелены образовательные программы для детей с прогрессирующими заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни.

Вопросов больше, чем ответов. Но ответы есть!

Является ли прогрессирующее заболевание ребенка препятствием для получения образования? Имеют ли дети с прогрессирующими заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни, особые образовательные потребности? Как включить ребенка, имеющего паллиативный статус, в образовательную среду сверстников? А если ребенок имеет тяжелые множественные нарушения в результате болезни? Каковы краткосрочные и долгосрочные преимущества такой включенности? Нацелены ли программы обучения детей, получающих паллиативную помощь, на достижение социальных и академических результатов? Что делать, если ребенок с самого рождения видел только родителей и врача? Каковы основные стратегии и методики обучения ребенка, отвечающие образовательным запросам ученика, получающего паллиативную помощь? Вот только малая часть вопросов, которые и сегодня актуальны в тематике обучения данной группы детей. Учитывая нарастающую в современном мире неопределенность в жизни человека, создается впечатление, что на большинство из этих вопросов нет ответов. На самом деле – на большинство поставленных вопросов ответы есть, но нет одинаковых ответов.

А любой вопрос понуждает нас искать подходящие именно для каждого ребенка решения и возможности к компромиссам.

Образование имеет ресурсы отвлечь ребенка от больниц и болезни

В сообществе зарубежных и отечественных специалистов паллиативной помощи детям есть уверенное понимание, что образование для ребенка с заболеванием, ограничивающим продолжительность жизни, может стать «своеобразным убежищем от мира больниц и болезней» [2]. Именно образование как сфера жизнедеятельности человека порождает множество коммуникаций с другими детьми и взрослыми, которые так необходимы больному ребенку для осознания обычного хода жизни, достижения текущих целей и исполнения желаний [2]. Важно поддержать социальное, эмоциональное, духовное развитие ребенка, и тем самым повысить качество его жизни, а вместе с этим и качество жизни его семьи. Наши наблюдения в течение ряда лет за детьми, получающими паллиативную медицинскую помощь после основного лечения онкологических и гематологических заболеваний, а также выводы, полученные в результате бесед с их родителями, показывают, что если состояние позволяет ребенку продолжать занятия с педагогами, то у него появляются краткосрочные цели развития, реализуется имеющийся жизненный потенциал, он начинает строить планы на будущее вне зависимости от того, сколько времени впереди. Образование помогает выстраивать общение, а значит, и все, кто работает с больным ребенком, улучшат с ним коммуникации, увидят, что дети могут выражать свои эмоции, желания, могут сообщать об опасениях и выражать свои надежды. Ребенок в общении лучше проявляет сотрудничество с членами семьи и персоналом паллиативных служб.



Совместные занятия расширяют круг общения наших учеников

Поэтому, если состояние ребенка позволяет, никогда не следует препятствовать получению им образования. Любое, пусть даже самое непродолжительное обучение создаст у ребенка и подростка ощущение наполненности событиями в жизни, как бы открывая его нам. В семье ребенка увидят темы для общения за пределами мыслей о болезни и порождаемых ею состояниях. Подготовленный для этой работы педагог – помощник, а не ментор. Его не следует бояться, а любые возникающие спорные вопросы необходимо ему задать и послушать объяснения. Только потом принимать решение о его замене, если что-то окажется не совсем подходящим. В любом случае надо отдать дань уважения желанию педагога работать с паллиативным ребенком. А замена бывает. В этом нет трагедии. Это тоже жизнь.

Почти как в космосе

Безусловно, состав детей и подростков, получающих паллиативную медицинскую помощь, включает в себя разные по когнитивной функциональности, возрасту, социальному и эмоциональному развитию группы детей, что, в свою очередь, будет определять выбор для каждого из них особого содержания образовательных программ, форм и методов обучения. Нет для них идеальных единых образовательных программ. Лучшая образовательная программа рождается путем поиска компромисса между тем, что должно быть, и тем, что реально возможно сейчас, в том месте, где находится ребенок. Это сейчас стало понятно абсолютно всем, когда каждый человек в условиях борьбы с пандемией ощутил себя в изоляции, в оторванности от привычного уклада жизни и повседневных привычек. Дети, получающие паллиативную помощь, уже по многим причинам изолированы от окружающего их мира. Так бывает и с космонавтами. В конце 70-х годов XX века ученые, изучающие поведение космонавтов в невесомости, в своего рода экстремальных стрессовых условиях, заметили, что человек по-разному

реагирует на это состояние. Больше испытывают стресс те, кто сконцентрирован на самом состоянии невесомости, на ощущениях, что тебя тянет вниз, либо наоборот отталкивает вверх. Это порождало у них состояния, вызывающие страх и тревогу. Напротив, те космонавты, которые в момент перехода в состояние невесомости были заняты делом (смотрели на приборы, на изменения параметров полета космического корабля, занимались контролем этих показателей, думали о программе полета), легко и спокойно принимали переход в состояние невесомости и не испытывали негативных эмоций [3]. Пусть наши дети будут «космонавтами, которые заняты делом».

Право есть! А почему душа не на месте?

Право на образование гарантируется Конституцией Российской Федерации [4]. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации», закрепляя право каждого ребенка на получение доступного и качественного образования без дискриминации, определяет возможность освоения образовательных программ на основе индивидуализации его содержания и с учетом особенностей и образовательных потребностей каждого учащегося, в том числе не только в образовательной организации, а также вне ее, в медицинских учреждениях и на дому [5]. Таким образом, в указанном федеральном законе предусмотрено, что состояние ребенка, обусловленное болезнью, не может быть преградой для продолжения получения им общего и дополнительного образования, а региональные органы государственного управления в сфере образования и организации, осуществляющие образовательную деятельность, обязаны создавать для этого все необходимые условия. Мною ранее в целом обозначилась проблематика обучения детей, находящихся на длительном лечении [6,7], и на сегодняшний день благодаря участию специалистов проекта госпитальных школ России «УчимЗнаем» [8] произошли определенные позитивные изменения в нормативно-правовом регулировании обучения детей, находящихся на длительном лечении. Мы смогли добиться от двух федеральных ведомств утверждения нашего проекта «Методические рекомендации об организации обучения детей, находящихся на длительном лечении и которые не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации» [9]. Сегодня это обязательный документ для использования в сфере образования и здравоохранения. Мы понимаем, что его надо дальше совершенствовать, но следует признать, что это первый такого рода межведомственный документ в постсоветской России. Первый шаг сделан, будут и другие. Капля точит камень не силой, а частотой падения!



Арт-педагогика в основе работы учителя-тьютора. Занятие по математической грамотности

Фототерапевтический проект с Е. Рождественской.
Перевоплощаемся в любимых героев Шекспира



Минздравом России совместно с Минтрудом России определено, что дети, получающие паллиативную медицинскую помощь, являются получателями социальных услуг в соответствии со своими индивидуальными потребностями [10]. В число социальных услуг включены социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности их получателей, формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей. А также услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов [10]. Это дает нам основание полагать, что и на уровне профильных ведомств в Российской Федерации есть понимание важности этого педагогического компонента помощи, оказываемой детям обозначенной группы, а также их семьям. Тогда почему у родителей или законных представителей детей, имеющих прогрессирующие заболевания, ограничивающих продолжительность жизни, до сих пор нет понимания внятного порядка действий при желании реализовать право ребенка на образование? Ответ на этот вопрос не так очевиден, как хотелось бы. Мы связываем это с отсутствием актуализации перед федеральными и региональными органами государственного управления комплекса вопросов по организации получения образования данной группой детей, которая ранее была растворена в составе большой и неоднородной группы, обозначенной в нормативно-правовой базе как дети с ограниченными возможностями здоровья. Не исключая

того, что в целом дети с ограниченными возможностями здоровья имеют схожие характеристики организации образовательного процесса, влияющие на составление индивидуального учебного плана, мы обязаны фиксировать, что для группы детей с прогрессирующими заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни, имеются специфические, свойственные только этой группе характеристики, которые будут определять образовательные маршруты для них, учитывать особенности ее состава, жизненный и реабилитационный потенциал детей, тяжесть состояния, физические возможности и мотивационные ресурсы, а также сформированность установок родителей на важность образования в создании среды ежедневного содержательного общения и смыслов, на понимание краткосрочных и долгосрочных преимуществ включенности ребенка в систему образования.

Наша цель – подготовить педагогов для работы с детьми, получающими паллиативную помощь

Среди специалистов системы общего, специального и дополнительного образования в России есть понимание, что включенность в общее образовательное пространство тяжело и длительно болеющих детей демонстрирует у них более высокие жизненные показатели, порождает уверенность в каждом дне, но, с другой стороны, мы наблюдаем отсутствие у руководителей школ и педагогов понимания механизмов этой включенности, стратегий и методик

обучения, отвечающих потребностям учеников, получающих паллиативную помощь, вариантов гибких образовательных маршрутов для детей с прогрессирующими заболеваниями, возможности учета разнообразия когнитивных потерь, наличия или отсутствия предшествующего опыта получения образования в дошкольном и школьном возрасте, а также учета в работе с нашими детьми ограничений, которые порождены самой болезнью и прогрессирующим характером ее развития, последствиями получаемой терапии. При обсуждении данной темы с директорами общеобразовательных школ мне часто приходится слышать об отсутствии специально подготовленных педагогов для работы с данной группой детей, большой эмоциональной и психологической нагрузке, низкой удовлетворенности результатами работы, об отсутствии программ профессионального развития, которые бы имели своей целью обучение педагогов стратегиям общения с детьми, получающими паллиативную помощь, с их родителями и близкими, медицинским персоналом, сотрудниками паллиативных отделений и детских хосписов, а также отсутствию психолого-педагогических служб, осуществляющих поддержку и сопровождение развития и обучения детей с прогрессирующими заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни. С одной стороны, это объективные причины отсутствия системной педагогической помощи детям, получающим паллиативную помощь, с другой – в нашей стране имеются интересные локальные практики оказания педагогической поддержки детям в отдельных школах, хосписах и паллиативных отделениях. Системы обучения еще нет, но отдельные замечательные практики, вдохновляющие детей, родителей, специалистов паллиативных служб, есть. Их создали люди, хорошо понимающие значимость педагогической поддержки детей при оказании им паллиативной помощи и стремящиеся к ее оказанию на профессиональной основе. Это создатели детских хосписов, отдельные руководители школ, педагоги, психологи и волонтеры.

Совместное занятие детей с родителями.
В роли арт-педагога – ребенок



Мне представляется, что эта статья – только начало осмысления тех подходов, которые уже интуитивно сложились в организации волонтерской и профессиональной педагогической поддержки в составе паллиативной помощи детям в России, включающие локальные практики решения вопросов обучения детей в разных условиях: в школах, хосписах, медицинских учреждениях и на дому. Система оказания паллиативной помощи детям в России начала складываться не так давно, и сегодня растет у всех ее участников понимание важности междисциплинарного подхода при поиске решений повышения качества жизни нашей группы детей. Профессионально подготовленный педагог (учитель, логопед, дефектолог, тьютор и др.) должен стать полноценным участником такой междисциплинарной команды и внести свой вклад в общее дело.

Направление обучения детей, получающих паллиативную помощь, в проекте госпитальных школ России «УчимЗнаем»

В рамках создания госпитальных школ проекта «УчимЗнаем» мы имеем опыт обучения детей в 2014–2020 гг., проходящих лечение в детских онкологических и гематологических центрах и получивших паллиативный статус. Среди них практически не было детей с тяжелыми и множественными нарушениями, они были интеллектуально сохранными и имели разную степень тяжести состояния ввиду прогрессии заболевания. Именно сами дети и родители в этих случаях были инициаторами сохранения обучения детей до последнего дня, когда это было возможным. Очевидно, этому способствовал предшествующий опыт обучения ребенка в госпитальной школе с нашими педагогами, сложившиеся ранее доверительные поддерживающие отношения между госпитальными учителями-тьюторами, ребенком и его родителями (или законными представителями ребенка), медицинским персоналом. Еще в период обучения в детской больнице мы составили карту особых образовательных потребностей ребенка, в которой были отражены все его текущие медицинские нужды для учета в процессе обучения, информация о периодах утомляемости и активности, личных интересах, необходимости использования средств альтернативной коммуникации или специального оборудования, другая важная информация для понимания педагогами индивидуального подхода к ребенку. Такая карта добавлялась фиксацией наблюдений за развитием и реакциями ребенка со стороны родителей, медицинских сестер и другого медицинского персонала, работников паллиативных служб, психологов, волонтеров. Она является



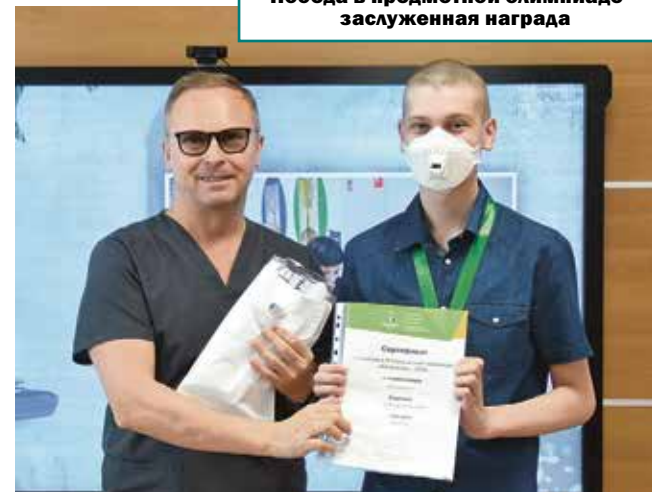
своего рода навигатором педагога для составления плана «путешествия», то есть образовательного маршрута ребенка. Профессиональный педагогический подход в работе с детьми представленной группы способствует правильному формированию и корректровке индивидуальной программы обучения, определения необходимого для обучения состава специалистов и средств обучения. Постоянная обратная связь с родителями детей помогает нам правильно распределить время в программе для достижения основной цели обучения, акцентировать внимание на способах проявления ребенка в общении с педагогом. Родители в своих отзывах отмечали, что занятия ребенка с педагогом дают им время на социальную передышку, они видят вовлеченность ребенка в деятельность и «плохие мысли в этот момент отходят на второй план». Мы стали замечать, что некоторые родители во время занятий улыбаются, радуются даже самым минимальным успехам ребенка и говорят о том, что это наполняет их жизнь смыслами. Фотографируют или записывают на телефон короткие ролики о ребенке во время занятий, сохраняют его ученические работы, украшают творческими работами палату в паллиативном отделении, комнату в хосписе или дома. Важно понимать, что построение образовательного маршрута для ребенка с прогрессирующим заболеванием отличается гибкостью и быстрым реагированием на изменение состояния и поведения детей. Такое образование должно приносить радость и создавать уютную, дружескую атмосферу для всех его участников. Цели программы обучения могут быть также самые разные: с продолжением обучения по школьной программе или программам на основе психолого-педагогических методик: арт-терапии, музыкальной, фото-, театральной, игровой терапии и других методиках, нацеленных на личностное, социальное, интеллектуальное развитие, развитие восприятия, поддерживающих общение и сотрудничество. В нашей практике мы видели подростков с прогрессирующими заболеваниями, ограничива-

ющими продолжительность жизни, но ставящими перед собой самые высокие планки. Ребята стремились в этот период ничем не отличаться от своих здоровых сверстников: участвовали в школьных олимпиадах и конкурсах исследовательских, проектных работ, выходили на связь со своими здоровыми сверстниками, завершали обучение по школьной программе, сдавали государственные экзамены и получали аттестаты о завершении обучения в школе. Только в прошлом году у нас в госпитальной школе в Москве было две таких выпускницы, одна из которых закончила обучение в 9-м классе с аттестатом с отличием, а другая 11 классов с аттестатом с отличием и золотой медалью «За успехи в учении». Это был личный выбор наших учеников, а педагоги и родители всего лишь поддерживали их высокие образовательные устремления. Наряду с другими детьми они принимали участие в выпускном вечере, и аттестаты вручала им министр просвещения России. В этот день родители сказали мне, что это память на всю оставшуюся жизнь. Продолжая общение с родителями, они говорят мне о том, что часто пересматривают фотографии и ролики о школьной жизни, детские работы детей в этот период, а приятные воспоминания помогают им жить дальше. Этот пример демонстрирует палитру образовательных маршрутов, которая создается персонально под каждого ребенка. Высокая планка не самоцель, важен каждый, даже минимальный прогресс в развитии ребенка. Как в свое время отметил психолог Л. С. Выготский: «Один шаг в обучении может означать сто шагов в развитии». И так каждый день или периодами по отдельному гибкому «бережному» расписанию. Единой программы для детей, получающих паллиативную помощь, не существует. С самого начала необходимо обсудить с родителями то, что будут делать педагоги при обучении ребенка, на что нацелены и какие результаты они ожидают, учесть их пожелания и рекомендации. Для нас важна осознанность установки, что наличие у ребенка школы дает всем понимание обычного, нормального

Ежедневные встречи с педагогами поднимают настроение



Победа в предметной олимпиаде – заслуженная награда



хода жизни, который есть у здоровых детей, не выделяет наших детей от других. От этого понимания и принятия родителем нашей педагогической работы зависит ее успех. Тема детского паллиатива уже как бы отсекает бездарных людей. Так почему бы нам не сделать полшага навстречу друг другу?

Образовательная программа в детском хосписе. Такое возможно? Такое возможно!

В конце 2019 года мы приступили к реализации образовательной программы в стационаре детского хосписа «Дом с маяком» в Москве. Как показывает практика, в детских хосписах 80–85% детей имеют неонкологический диагноз с неопределенным прогнозом жизни [11]. Это определяет особенности образовательной программы и дефектологическую специализацию педагогов для ее реализации. Мы начали индивидуальную и групповую работу с детьми со спинально-мышечной атрофией. Ее проводит педагог, имеющий университетскую квалификацию по направлению «Специальная педагогика» и опыт соответствующей работы. Педагог проводит занятия в присутствии родителей и медицинского работника хосписа, иногда совместно с психологами и игровыми терапевтами. Очень важно, что такого педагога для работы нам порекомендовали сами руководители детского хосписа. Это обеспечивает ему быстрое вхождение в команду и понимание внутренних правил и традиций. Мы видим большие возможности для реализации в хосписе программ дополнительного образования, участия педагогов школы в организации и проведении праздников, вдохновляющих встреч с известными людьми, в других важных для жизни каждого ребенка событиях. Конечно, мы столкнулись с тем, что не все педагоги, которые работают с детьми, находящимися на длительном лечении, готовы к работе с детьми, получающи-

ми паллиативную помощь. Для педагогов важны ознакомительные встречи с персоналом хосписа, наблюдение за работой своего коллеги, обсуждение и обучение, дальнейшее принятие решения. Такая подготовка способствует устранению первоначальных барьеров в работе с детьми рассматриваемой группы. Волонтерский и любой другой опыт работы в хосписе также может быть хорошим началом для продолжения работы педагогом при наличии соответствующей квалификации или ее получении. Плавное вхождение в работу с детьми, получающими паллиативную помощь, возможно при использовании педагогом технологий смешанного обучения: сочетания очного взаимодействия и проведения занятий дистанционно. В отдельных случаях дистанционные занятия – это оптимальная форма работы с ребенком, который находится дома. Это не только защищает ребенка от инфекций, но и часто является единственно возможной формой обучения при удаленном нахождении друг от друга педагога-специалиста и ребенка. Отдельное направление педагогической деятельности – работа с группами sibлингов, для которых в хосписе организуются отдельные или совместные занятия. Нам еще предстоит сформировать полноценную образовательную программу для подопечных детского хосписа, но уже сегодня есть контурное понимание основных ее направлений и содержания. В составе групп, получающих паллиативную помощь, дети разных возрастов, что определяет разные уровни программ: дошкольного, начального общего (1–4 кл.), основного общего (5–9 кл.), среднего общего образования (10–11 кл.), программы дополнительного образования, профессиональной подготовки или адаптированные образовательные программы для детей с множественными нарушениями. Гибкость построения программ в малых группах допускает и разновозрастный состав детей в них. В центре внимания сам ребенок и его особые образовательные потребности. А программа как конструктор. Мы ее создаем вместе с родителями, персоналом хосписа или паллиативных служб и, когда это возможно, с самими детьми и подростками. Чувство общей причастности к ее созданию прокладывает дорогу к ее успешному воплощению.

Школа для ребенка и родителя – это помощник

Флагманская госпитальная школа проекта «УчимЗнаем» в Москве – это часть государственного бюджетного общеобразовательного учреждения «Школа № 109». Она стала перспективной, системообразующей проектной моделью не только обучения детей, находящихся на длительном лечении в медицинских стационарах в 34 регионах России от Владивостока до Калининграда, но и призвана



Рукопожатие – символ педагогики сотрудничества. Вместе мы сильнее!

стать проектной моделью обучения детей с прогрессирующими заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни, получающими паллиативную помощь в хосписах, дома или в паллиативных медицинских стационарах. В соответствии со ст. 15 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» общеобразовательная школа и детский хоспис (паллиативные службы) реализуют сетевую образовательную программу на основе договора [5]. Сетевую – значит вместе. Каждая сторона такого договора вкладывает свои ресурсы для достижения единой цели – успешного обучения детей, получающих паллиативную помощь. Государственная общеобразовательная школа в лице ее специального структурного подразделения (госпитальной школы) использует в рамках договора о сетевой форме реализации образовательной программы свои ресурсы: педагогический штат, необходимое оборудование и дидактические материалы, методики и программы. Важно, что финансирование на реализацию сетевой образовательной программы предусматривается в государственном задании общеобразовательной организации, что освобождает паллиативные службы, хосписы, родителей от поиска соответствующих ресурсов и получения отдельной лицензии на осуществление образовательной деятельности. Сам факт обучения паллиативного ребенка в школе институализирует его полноценный статус и не выделяет в ущемленном плане от других детей. Безусловно, это не единственная модель организации обучения детей с прогрессирующими заболеваниями, ограничивающими продолжительность жизни. Так, организатором обучения может быть и общеобразовательная школа по месту жительства ребенка. Но рядом со школами всегда должны стоять специалисты, которые осуществляют образовательные программы для паллиативных детей не эпизодически, а постоянно. Они становятся для педагогов массовых школ своего рода «переводчиками» особых потребностей рассматриваемой группы детей, обучают учителей школ по месту

жительства лучшим практикам работы с больным ребенком, всегда открыты для консультаций. Флагманская площадка проекта «УчимЗнаем» в Москве готова стать ресурсным центром, организатором программ профессионального развития, консультационной площадкой для родителей и педагогических работников массовых школ при организации обучения детей, получающих паллиативную помощь. Несмотря на то что мы в начале пути, с нами рядом известные специалисты паллиативных служб, готовые направить и поддержать наши начинания. И тогда мы будем меньше встречать детей, которые говорят о потерянных днях, месяцах и годах своей жизни.

Провожая коллег из Великобритании, которые были в гостях у нас в школе, мы запомнили их слова: «Где школа, там жизнь!» И в этот момент раздался звонок от мамы ребенка из паллиативного отделения Морозовской больницы: «Сергей Витальевич, Ванечка ждет вас и учителей!» Поехали. Жизнь продолжается!

Литература

1. Браун Э. Образование и школа. // Паллиативная помощь детям. Под редакцией Э. Голдман, Р. Хейна и С. Либена. Пер. с англ. – М.: Практика, 2017. – С. 135–146.
2. Основы паллиативной помощи/под ред. Р. Твайкросса, Э. Уилкока. Пер. с англ. – М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2020. – С. 335–345.
3. Китаев-Смык Л. А. К вопросу об адаптации в невесомости. // Психологические проблемы космических полетов. – М., 1979. – С. 135–152.
4. Ст. 43 «Конституция Российской Федерации»/www.consultant.ru.
5. Ст. 5, 15, 41, 66 Федерального закона № 273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации»/www.consultant.ru.
6. Шариков С. В. Создание образовательной среды для детей, находящихся на длительном лечении в стационарах медицинских учреждений. // Вопросы детской гематологии и онкологии. 2015. Т. 2. № 4.
7. Шариков С. В. Педагогическая поддержка образовательных возможностей детей, находящихся на длительном лечении в медицинских стационарах. // Альманах Института коррекционной педагогики. 2020. № 40.
8. Официальные сайты проекта «УчимЗнаем» www.uchimznaem.ru, www.caringschool.ru/
9. П и с ь м о М и н и с т е р с т в а п р о с в е щ е н и я Р Ф № ОВ-1078/03 от 11.11.2019, Министерства здравоохранения Р Ф № 15-2/и/2-10455 от 07.11.2019 «О методических рекомендациях об организации обучения детей, находящихся на длительном лечении и которые не могут по состоянию здоровья посещать образовательные организации».
10. Приказ Министерства здравоохранения Р Ф и Министерства труда и социальной защиты Р Ф № 345 н/372 н от 31.05.2019 «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».
11. Вавилов В. В. Опыт работы Казанского хосписа. // Pallium: паллиативная и хосписная помощь. 2019. № 1. – С. 43–45.

Перинатальная паллиативная помощь: первый опыт и ближайшие перспективы

Полевиченко Е. В.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России

Полевиченко Елена Владимировна – доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России. Адрес: Россия, 117997 г. Москва, ул. Островитянова, д. 1. Телефон: 8–905–543–48–62, электронный адрес: polevich@mail.ru

Российская паллиативная помощь, такая разная и многосторонняя, начинает продвигаться в направлении организаций родовспоможения. За рубежом о перинатальных хосписах впервые заговорили в 80–90-е годы, и сегодня количество научных публикаций о специфике оказания ПМП в антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах исчисляется тысячами. Практический опыт накоплен немалый.

Каждая перинатальная утрата в акушерстве и неонатологии сегодня строго контролируется и тщательно анализируется. Однако гораздо меньше усилий общество затрачивает на работу с отдаленными психосоциальными последствиями искусственного прерывания беременности на поздних сроках. Решение прервать беременность, продиктованное врожденной инкурабельностью плода, никому не дается без эмоциональных затрат. Инвалидизирующая тяжелая врожденная патология плода ставит целый комплекс биоэтических проблем. Они касаются как врачебного сообщества, так и современной семьи. Выход? Репродуктивным выбором родителей в этой ситуации может быть не только искусственное прерывание беременности, но и перинатальная паллиативная помощь. Мы говорим об этом варианте паллиативной помощи как о способе повысить качество жизни семей, отказавшихся от прерывания беременности при неизлечимой врожденной патологии плода. Мы связываем перинатальную паллиативную помощь со снижением риска психосоциальных проблем в семьях, столкнувшихся с трудным репродуктивным выбором. Мы видим в развитии перинатальной паллиативной помощи реальную возможность уберечь медицинских работников от эмоционального истощения и цинизма.

Первый отечественный опыт организации перинатальной паллиативной помощи в Москве был начат в 2018 году с запуска перинатальной программы детского хосписа «Дом с маяком». В соответствии с поручением мэра Москвы С. С. Собянина летом 2018 года Департамент здравоохранения Москвы

(ДЗМ) открыл пилотный проект по данной тематике (приказ ДЗМ № 577 от 21.08.2018 «О создании рабочей группы по мониторингу организации оказания перинатальной паллиативной медицинской помощи при тяжелых пороках развития плода»). Старт данного пилотного проекта был инициирован благотворительными фондами «Вера» и «Детский паллиатив», а затем разрабатывался сотрудниками перинатальной программы детского хосписа «Дом с маяком» в сотрудничестве с коллективами крупнейших московских родовспомогательных учреждений: Перинатального центра ГБУЗ «ГКБ № 24 ДЗМ», ГБУЗ «Центр планирования семьи и репродукции ДЗМ», ГБУЗ «ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ», ГБУЗ «ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ», ГБУЗ «ГКБ им. Е. О. Мухина ДЗМ». Сотрудники этих медицинских организаций прошли дополнительное обучение принципам паллиативной помощи в перинатальном периоде. Мы глубоко признательны директору ГБУЗ «Московский многопрофильный центр паллиативной помощи» ДЗМ Анне Константиновне Федермессер, без постоянного деятельного участия которой внедрение перинатальных инноваций в паллиативную помощь Москвы не было бы столь динамичным и комплексным.

Трансляция передового зарубежного опыта перинатальной и неонатальной ПМП с 2017 года была одной из приоритетных задач Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи (председатель правления Диана Владимировна Невзорова). За 2017–2020 годы ассоциацией проведено свыше 30 всероссийских и региональных научно-образовательных мероприятий, в программу которых целенаправленно включались различные организационные, психосоциальные и биоэтические аспекты перинатальной паллиативной помощи. Концепция этого направления ПМП сегодня уже достаточно известна региональным лидерам детской паллиативной помощи в нашей стране. Многие из них подтверждают свою готовность сделать такую помощь доступной не только в столичном регионе.

Ребенок, которого вы ждете, признан неизлечимо больным? Поддержать вас в этот сложный период жизни могут специалисты перинатальной паллиативной помощи, краткую информацию о которой мы предлагаем вашему вниманию.

Перинатальная паллиативная помощь (ППП) предназначена для семей, ожидающих рождения ребенка с тяжелым неизлечимым заболеванием, ограничивающим жизнь.

Паллиативная помощь фокусируется на заботливом сопровождении всех членов семьи и устранении физического и эмоционального дискомфорта у малыша, что позволяет повысить качество их жизни.

Когда предоставляется помощь: до рождения ребенка, в период родов и новорожденности. После первого месяца жизни наблюдать за ребенком будут специалисты, оказывающие паллиативную медицинскую помощь детям в амбулаторных или стационарных условиях.

Критерии для оказания ППП:

- наличие тяжелых неизлечимых заболеваний у ребенка, диагностированных внутриутробно;
- отказ беременной мамы прерывать беременность;
- желание семьи получать паллиативную помощь.

Виды заболеваний и состояний: тяжелые хромосомные и генетические заболевания (например, синдром Эдвардса, синдром Патау, др.), тяжелые неоперабельные врожденные пороки развития (например, грубые аномалии центральной нервной системы, сердца, почек) и др.

Как семьи принимают решение? О тяжелом заболевании ребенка может стать известно на разных сроках беременности. Впервые вы можете узнать о диагнозе во время УЗИ (11–14-я неделя беременности, 1-й скрининг) или позже (2-й и 3-й скрининг). Для подтверждения диагноза проводится инвазивная пренатальная диагностика, консультация генетика, другие обследования. Результаты обсуждает перинатальный консилиум, где врачи разных специальностей дают медицинский прогноз в отношении жизни и здоровья ребенка. Ваша семья делает выбор – рожать или прерывать беременность. Затем либо выдается

разрешение на прерывание беременности по медицинским показаниям, либо определяется место и метод родоразрешения. Если вы принимаете решение рожать, то можете обратиться за получением перинатальной паллиативной помощи.

Услуги ППП членам семьи (родители, бабушки/дедушки, братья/сестры): организационная, информационная, психологическая, духовная помощь. Новорожденному ребенку – паллиативная медицинская помощь. Помощь оказывается при тесном взаимодействии со специализированными службами (анушерство-гинекология, неонатология и др.). Более подробная информация представлена на рис. 1.

КОНТАКТЫ

Для получения ППП на территории г. Москвы и Московской области:

Детский хоспис «Дом с маяком»

<https://mayak.help/perinatal/>, info@childrengshospice.ru

Телефон 8 800 600-49-29

(круглосуточно, звонок бесплатный)

Оказание психологической и справочно-информационной помощи для всех регионов РФ:

Благотворительный фонд «Свет в руках»

<https://lightinhands.ru/help@lightinhands.ru>

Телефон 8 800 511-04-80

(звонок бесплатный по всей России)

Для получения дополнительной информации:

Благотворительный фонд «Детский паллиатив»

<https://www.gsrcf.ru/>

Телефон 7 (499) 704-37-35

Авторы: к.м.н., доцент Савва Н.Н., Попова О.П., д.м.н., профессор Полевиченко Е.В.

© Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», 2020

Напечатано в рамках Проекта, который реализуется при поддержке Грантов Мэра Москвы для социально ориентированных НКО Комитета общественных связей и молодежной политики города Москвы.

Авторы лифлета надеются, что он послужит интересам родителей для поддержания полноты и максимально возможного качества детской жизни, пусть даже и ограниченной жесткими рамками неизлечимости. В электронном виде лифлет размещен на сайте фонда «Детский паллиатив» в разделе «Библиотека» вместе с двумя вышедшими в марте 2020 года брошюрами (в переводе с английского, под редакцией Н. Н. Саввы) для профессионалов: «Алгоритм перинатального сопровождения детей, нуждающихся в паллиативной помощи» и «Практическое руководство по оказанию паллиативной помощи в отделении новорожденных».

Нынешний этап развития перинатальной паллиативной помощи связан с повышением компетенций сотрудников служб родовспоможения Москвы. В 2019 году эта работа поддержана грантом мэра Москвы для социально ориентированных некоммерческих организаций. Получателем данного гранта от Комитета общественных связей и молодежной политики Москвы является благотворительный фонд «Детский паллиатив». В рамках гранта и создан лифлет для семей, ожидающих рождения ребенка с тяжелым неизлечимым заболеванием, ограничивающим продолжительность жизни (авторы – Савва Н. Н., Попова О. П., Полевиченко Е. В.).

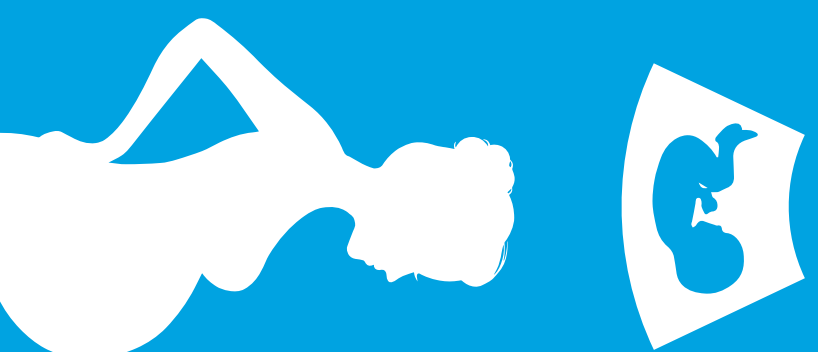
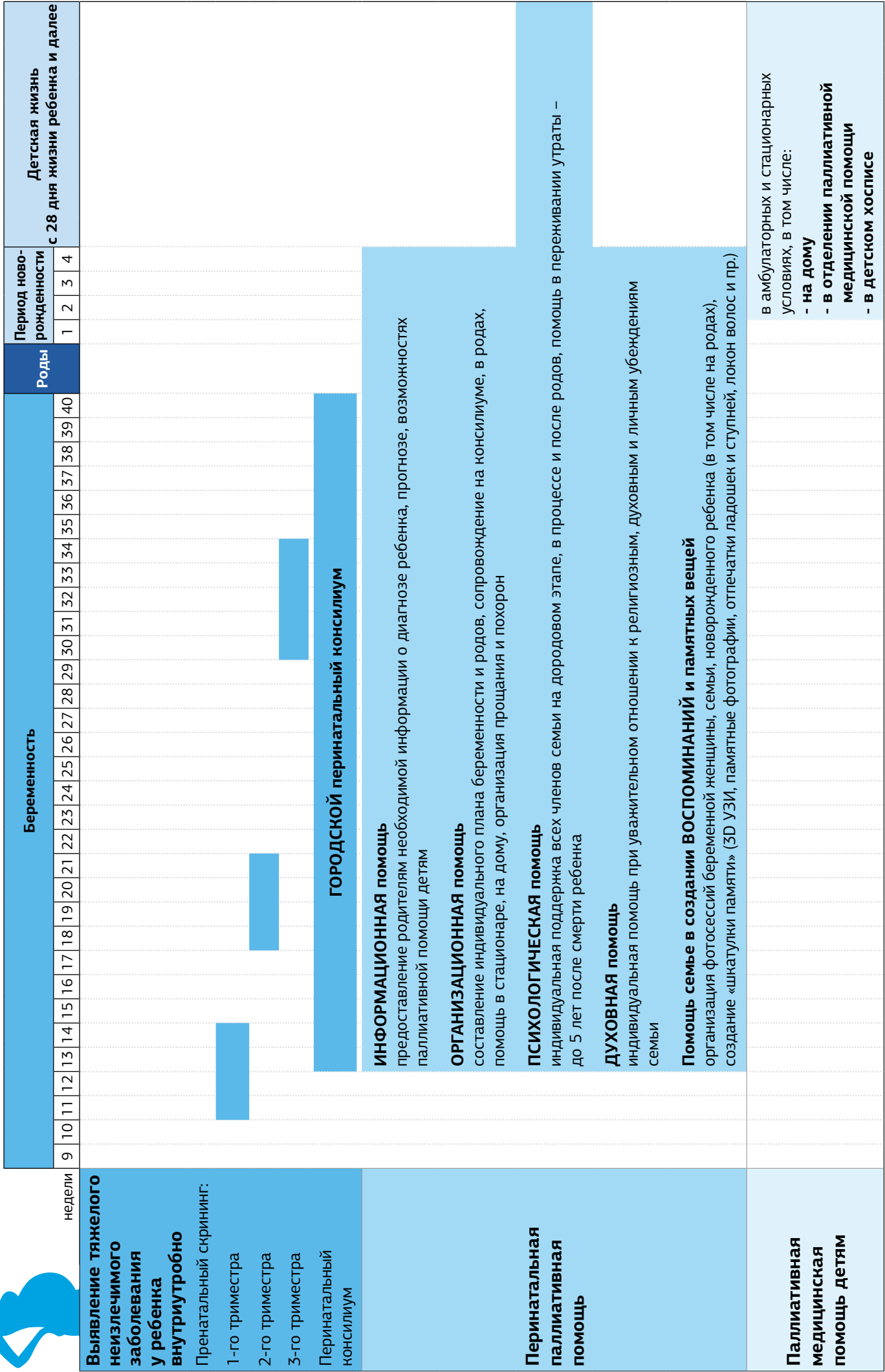


Рис. 1. Услуги перинатальной паллиативной помощи (на примере Перинатальной программы Благотворительного фонда «Дом с маяком», г. Москва)



Кровать медицинская функциональная КФ-280-ЭН

С электрической регулировкой секции головы, голени, с регулировкой высоты ложа

Назначение: для паллиативных, реанимационных отделений и отделений интенсивной терапии.

Основные параметры:
Количество секций ложа – 3. Регулировка высоты ложа, спинной секции и секции голени осуществляется электродвигателями. Регулировка спинной секции с авторегрессией. Несущий каркас из металлической трубы с полимерным покрытием установлен на самоориентирующиеся колёсные опоры. Центральная тормозная система. Боковые ограждения отдельные, выполнены из АБС пластика, фиксируются в верхнем и нижнем положении. Торцы легко-съемные, выполнены из АБС пластика.

Система авторегрессии (продольное перемещение спинной секции) обеспечивает расширение тазовой зоны матрасного основания.

Технические характеристики:
Количество секций 3
Угол наклона спинной секции..... От 0°до 70°
Угол наклона секции голени..... От 0°до 51°
Высота рамы ложа от пола..... От 390 мм до 770 мм
Допускаемая нагрузка 230 кг
Размеры ложа..... 2070 мм х 812мм
Размеры кровати 2385 мм х 985 мм



Предотвращение падений. Боковые ограждения отдельные, выполненные из АБС пластика, предохраняют пациента от падений в любом положении кровати. При опущенном состоянии создают «нулевой» зазор с ложем кровати, что облегчает перемещения пациента с кровати и на кровать.

Каталка с приспособлением для мытья пациента

Серия 420.19.00.000

Назначение: Каталка для душа предназначена для транспортирования пациентов и проведения гигиенических процедур.

Основные параметры:
Рама каталки для душа выполнена из нержавеющей стали с полимерным покрытием, водонепроницаемыми колесами диаметром 150 мм и блокирующим по направлению движения колесом.

Ложة каталки оснащено специальным водонепроницаемым теплоизоляционным «бассейном» и надувной подушкой для облегчения проведения водных процедур пациента.

Для дренажа каталка имеет наклон в сторону ног. Управление наклоном ложа осуществляется газовыми пружинами с помощью специального рычага, расположенного с двух сторон торцевой части каталки со стороны головы пациента.

Для удобства перемещения пациента с кровати на каталку и наоборот, боковые ограждения с двух сторон каталки регулируются и складываются.

При опущенном боковом ограждении каталка вплотную встаёт к кровати.



Технические характеристики:
Длина 2040 мм
Ширина 760 мм
Ширина ложа 660 мм
Высота подъема ложа От 530 до 960 мм
Максимальная допустимая нагрузка 190 кг



Официальный дистрибьютер ЗАО «Фирма ЕВРОСЕРВИС»
142717, Московская область, Ленинский район, с/п «Развилковское»,
пос. Развилка, квартал 1, влад. 7; Тел./факс: +7 (495) 789-46-19
www.euro-service.ru



STAVROMED
www.stavromed.ru

О стимулирующих и страховых выплатах медицинским и иным работникам в период COVID-19

Коллектив ООО «Факультет Медицинского Права» (www.kormed.ru)

ООО «Факультет Медицинского Права» (www.kormed.ru)
Адрес: Россия, 125252 г. Москва, ул. Алабяна, д. 13, к. 1.
Телефон: 8–495–789–43–38.

Аннотация

«Нам ничего не заплатили» – последнее время нам часто поступают подобные сообщения от медицинских работников из различных уголков России. Конечно, большинству хочется понимать, когда и в каком размере будут выплачены (если будут) обещанные Президентом доплаты за работу в период COVID-19.

Однако, как часто бывает, – на словах густо, а на деле пусто. Мы решили разобраться, какие стимулирующие выплаты положены медицинским и иным работникам, трудящимся на передовой с COVID-19. Дополнительно мы затронем тему страховых выплат, так как произошли некоторые изменения.

Ключевые слова: COVID-19, стимулирующие выплаты, медицинские работники, Федеральный закон, особые условия труда.

Abstract

“They didn't pay us anything” – recently we often receive similar messages from medical workers from different parts of Russia. Of course, most would like to understand when and in what amount the surcharges promised by the President for work during the COVID-19 period will be paid (if any).

However, as often happens, it is solid in words, but in fact nothing. We decided to find out what incentive payments were due to medical and other workers working on the front lines with COVID - 19. In addition, we will touch upon the topic of insurance payments, as some changes have occurred.

Keywords: COVID - 19, incentive payments, medical workers, federal law, special working conditions.

Прежде чем говорить о выплатах, предварительно вспомним, что в соответствии со ст. 72 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами РФ. При этом Правительство РФ, органы государственной власти субъектов Федерации и органы местного самоуправления вправе устанавливать дополнительные гарантии и меры социальной поддержки медицинским работникам за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов (ч. 2 ст. 72 ФЗ № 323).

Важно! Обратите внимание, что помимо федеральных выплат в субъектах могут быть приняты свои меры поддержки и выплаты.

Выплата стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку

Постановлением Правительства РФ № 415 от 02.04.2020 утверждены Правила предоставления в 2020 г. иных межбюджетных трансфертов

из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства РФ, в целях софинансирования, в том числе в полном объеме, расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении **выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией** (далее – Правила № 415).

Примечание: Необходимо учитывать, что в Правилах № 415 вносились изменения – Постановление Правительства РФ № 784 от 29.05.2020 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации».

Примечание: Для удобства далее мы разделили информацию на блоки и рассмотрим каждый в отдельности.

Финансирование

Предоставление иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ (за исключением г. Москвы), источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства

РФ в целях **софинансирования, в том числе в полном объеме**, расходных обязательств субъектов РФ по выплатам стимулирующего характера.

Иные межбюджетные трансферты предоставляются бюджетам субъектов РФ **в пределах лимитов бюджетных обязательств**, доведенных в установленном порядке до Минздрава России как получателя средств федерального бюджета (п. 2 Правил № 415). Предоставление иных межбюджетных трансфертов осуществляется в размере 50% предусмотренного Минздраву России объема бюджетных ассигнований на их предоставление, исходя из **численности лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию** (п. 4, 5 Правил № 415).

Средства распределяются между субъектами на основании соответствующих распоряжений Правительства РФ (распоряжения Правительства РФ № 852-р от 02.04.2020, № 1224-р от 08.05.2020, № 1405-р от 28.05.2020). Еще раз обращаем внимание, что **Москва не включена**.

Иной межбюджетный трансферт **расходуется при наличии зарегистрированного** на территории субъекта подтвержденного случая новой коронавирусной инфекции (п. 8 Правил № 415). При отсутствии у субъекта потребности в ином межбюджетном трансферте актом Правительства РФ осуществляется **перераспределение высвободившихся средств другим субъектам на те же цели**.

Условиями предоставления иных межбюджетных трансфертов являются (п. 3 Правил № 415):

- ♦ **наличие в бюджете субъекта РФ бюджетных ассигнований** на исполнение расходных обязательств, в целях софинансирования которых предоставляются иные межбюджетные трансферты;
- ♦ **заключение соглашения** о предоставлении иного межбюджетного трансферта между Минздравом России и высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ в форме электронного документа с использованием государственной интегрированной информационной системы управления общественными финансами «Электронный бюджет» в соответствии с типовой формой, утвержденной Минфином России.

Примечание: Обратите внимание на два вышеуказанных основания, которые означают, что если они не будут исполнены субъектом так, как это требуется Правилами № 415, то субъекту не будет предоставлен иной межбюджетный трансферт, а соответственно, имеется риск того, что медицинские работники получат выплаты с задержкой. Как показала практика, не все субъекты оперативно заключают соглашения, что затягивает процесс выплат.

Согласно информации с сайта Минздрава России (актуальность 06.05.2020): «Ведомством до субъектов РФ доведены лимиты для осуществления стимулирующих

выплат медицинским работникам. В настоящий момент осуществляются выплаты медицинским работникам в следующих регионах: Тверская область, Архангельская область, Чеченская Республика, Республика Мордовия, Республика Татарстан, Нижегородская область, Красноярский край, Челябинская область, ХМАО – Югра, Сахалинская область. **Выплаты медицинским работникам в остальных субъектах РФ начнутся в ближайшее время».**

Вид выплаты

Выплата стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлен COVID-19, и лицам из групп риска заражения COVID-19.

Кому положена выплата и ее размер

Средства направляются **медицинским организациям, подведомственным органам исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, а также медицинским организациям, подведомственным органам местного самоуправления** (в случае передачи органам местного самоуправления осуществления полномочия органов гос. власти субъектов РФ по организации оказания населению субъекта РФ первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, скорой медицинской помощи).

Примечание: По решению высшего исполнительного органа государственной власти субъекта РФ частным медицинским организациям могут предоставляться субсидии в соответствии с п. 9 статьи 2.1 Федерального закона № 367-ФЗ от 12.11.2019. Однако изначально данного положения в Правилах № 415 не было. Оно появилось благодаря изменениям, внесенным Постановлением Правительства РФ № 784 от 29.05.2020.

Выплата полагается следующим работникам (п. 10 Правил № 415):

Примечание: Как уточняется в письме Минздрава России № 16–3/И/1–6965, выплата осуществляется медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь лицам с подтвержденным диагнозом COVID-19, внесенным в информационный ресурс (COVID-19) в соответствии с Временными правилами учета информации в целях предотвращения распространения COVID-19, утвержденными Постановлением Правительства РФ № 373 от 31.03.2020.

- ♦ **врачам скорой медицинской помощи, в том числе в составе специализированных выездных бригад, – 80% среднемесячного дохода от трудо-**

вой деятельности в соответствующем субъекте РФ за 9 месяцев 2019 г. по данным Росстата;

Минздрав России в письме № 16–3/И/2–5951 от 06.05.2020 обратил внимание, что ограничения перечня конкретных врачей-специалистов в составе выездных бригад скорой медицинской помощи не установлено. Таким образом, при профилизации бригады для оказания помощи пациентам с COVID-19 указанная выплата может устанавливаться также врачам анестезиологам-реаниматологам, врачам-педиатрам и другим, осуществляющим такую медицинскую деятельность. Однако необходимо учитывать, что в соответствии с приказом Минздрава России № 198н от 19.03.2020 руководители органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья и руководители медицинских организаций должны установить перечень общепрофильных выездных бригад скорой медицинской помощи, направляемых на вызов к пациентам с ОРВИ и внебольничной пневмонией, отбор биологического материала для лабораторных исследований на наличие COVID-19.

♦ **среднему медицинскому персоналу, участвующему в оказании скорой медицинской помощи (фельдшеры скорой медицинской помощи, медицинские сестры, медицинские сестры-анестезисты),** – 40% среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте РФ за 9 месяцев 2019 г. по данным Росстата;

♦ **фельдшерам (медицинским сестрам) по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи** – 20% среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте РФ за 9 месяцев 2019 г. по данным Росстата;

♦ **врачам подразделений, оказывающим первичную медико-санитарную помощь (в том числе врачам-инфекционистам, врачам общей практики (семейным врачам), врачам-педиатрам, врачам-педиатрам участковым, врачам-терапевтам, врачам-терапевтам участковым, врачам-пульмонологам),** – 80% среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте РФ за 9 месяцев 2019 г. по данным Росстата;

♦ **среднему медицинскому персоналу, участвующему в оказании первичной медико-санитарной помощи, в том числе среднему медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов,** – 40% среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте РФ за 9 месяцев 2019 г. по данным Росстата;

♦ **младшему медицинскому персоналу, обеспечивающему условия для оказания первичной медико-санитарной помощи,** – 20% среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте РФ за 9 месяцев 2019 г. по данным Росстата;

♦ **врачам, оказывающим специализированную медицинскую помощь в стационарных**

условиях (в том числе врачам-инфекционистам, врачам-анестезиологам-реаниматологам), – 100% среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте РФ за 9 месяцев 2019 г. по данным Росстата;

♦ **среднему медицинскому персоналу, участвующему в оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях,** – 50% среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте РФ за 9 месяцев 2019 г. по данным Росстата;

♦ **младшему медицинскому персоналу, обеспечивающему условия для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях,** – 30% среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте РФ за 9 месяцев 2019 г. по данным Росстата.

В последующем Постановлением Правительства РФ № 784 от 29.05.2020 (вступило в силу 29.05.2020) были внесены изменения в Правила № 415. В частности, был дополнен вышеуказанный перечень работников, которые вправе рассчитывать на выплату за особые условия труда и дополнительную нагрузку. Выплата теперь также полагается:

♦ **медицинским работникам с высшим (немединским) образованием подразделений, оказывающим первичную медико-санитарную помощь,** – 80% среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте РФ за 9 месяцев 2019 г. по данным Росстата;

♦ **медицинским работникам с высшим (немединским) образованием, оказывающим специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях,** – 100% среднемесячного дохода от трудовой деятельности в соответствующем субъекте РФ за 9 месяцев 2019 г. по данным Росстата.

Напомним, что к медицинским работникам с высшим немедицинским образованием относятся медицинские психологи, судебные эксперты, инструкторы-методисты по лечебной физкультуре и другие (см., в частности, Номенклатуру должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденную приказом Минздрава России № 1183н от 20.12.2012).

Дополнительно Минздрав России в письмах № 16–3/И/2–5951 от 06.05.2020 и № 16–3/И/1–6965 от 21.05.2020 отметил, что выплата полагается медицинским работникам, контактирующим в результате осуществления профессиональной деятельности с пациентами с COVID-19, и работа которых связана с биоматериалом, зараженным COVID-19, в том числе:

- ♦ врачи-рентгенологи;
- ♦ врачи-патологоанатомы;
- ♦ врачи-эпидемиологи;
- ♦ помощники врачей-эпидемиологов;
- ♦ медицинские работники клиничко-диагностических лабораторий;

♦ **средний медицинский персонал, работающий с указанными выше врачами-специалистами.**

Кроме того, Минздрав в письме № 16–3/И/1–6965 от 21.05.2020 уточнил, что выплата полагается медицинским работникам специализированных выездных бригад скорой медпомощи, сформированных в соответствии с Временным порядком организации работы медицинских организаций в период COVID-19, утвержденным приказом Минздрава России № 198н от 19.03.2020, и направляемых на вызов к пациентам с ОРВИ и внебольничной пневмонией, отбор биологического материала для лабораторных исследований на наличие COVID-19 независимо от количества пациентов с подтвержденным COVID-19. А также правом на выплату обладают медицинские работники поликлиник, оказывающие медицинскую помощь пациентам с COVID-19.

Примечание: Пример реализации Правил № 415 в субъекте РФ: Постановление правительства Вологодской области № 375 от 13.04.2020 «Об установлении дополнительных выплат медицинским работникам государственных учреждений здравоохранения области, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией» (врачам скорой помощи – 13428 руб.; врачам, оказывающим СМП в стационарных условиях, – 16785 руб. и т. д.). Обратите внимание, непосредственно в Правилах № 415 размер выплаты представлен в процентном соотношении. В актах субъектов можно увидеть уже конкретные суммы.

Условия предоставления медицинской организации средств на выплаты

1. Медицинская организация должна принять локальный нормативный акт, в котором отразить:

♦ перечень наименований подразделений медицинских организаций, работа в которых дает право на установление выплат стимулирующего характера за фактически отработанное время;

♦ перечень должностей медицинских работников подразделений медицинских организаций, работа в которых дает право на установление выплат стимулирующего характера за фактически отработанное время;

Минздрав в письме № 16–3/И/2–5951 от 06.05.2020 пояснил, что перечень должностей также может быть утвержден по решению органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья. А в целях контроля за осуществлением расходов уточнение и фиксация конкретного перечня медицинских работников, которым осуществляются выплаты, могут также быть предусмотрены в соглашении между органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья и медицинской организацией.

♦ **размер выплаты стимулирующего характера в соответствии с занимаемой должностью;**

♦ **срок, на который устанавливается выплата стимулирующего характера.**

2. Согласовать локальный акт с органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья (местным Минздравом) или органом местного самоуправления.

С учетом вышеизложенного необходимо обратить внимание на следующее:

♦ Получение выплаты зависит также от работодателя, который должен сначала принять и согласовать локальный акт.

♦ Получение выплаты ставится в зависимость от фактически отработанного времени.

Как пояснил Минздрав России в письмах № 16–3/И/2–5951 от 06.05.2020 и № 16–3/И/1–6965 от 21.05.2020, это означает, что выплата устанавливается на каждый месяц с даты формирования отделения (бригады скорой медпомощи) и осуществляется за фактически отработанное время по графику, то есть за все время работы, за исключением периодов отсутствия работника на рабочем месте в связи с болезнью, нахождением в отпуске, в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

Необходимо учитывать, что выплаты стимулирующего характера являются частью заработной платы. Соответственно, они должны включаться в заработную плату, к которой применяются коэффициенты (районные, за работу в пустынных и безводных местностях и пр.) и процентные надбавки (за работу в районах Крайнего Севера и пр.). Выплата стимулирующего характера также включается в расчет среднего заработка, сохраняемого за работниками на время ежегодного отпуска, и в других случаях, предусмотренных ТК РФ.

Срок, на который устанавливается выплата, тоже определяется работодателем. Сами Правила № 415 ничего не говорят о периоде выплат (лишь отмечено, что Правила распространяются на правоотношения, возникшие с 30 января 2020 г.). При этом периоды выплат находят свое отражение в актах субъектов РФ.

Минздрав в письме № 16–3/И/2–5951 от 06.05.2020 рекомендовал устанавливать выплату на каждый месяц с начала оказания медицинской помощи в подразделении гражданам, у которых выявлен COVID-19, и лицам из групп риска в пределах распределенных межбюджетных трансфертов.

Важно! Субъект РФ вправе предусмотреть **повышение уровня выплат** стимулирующего характера **за счет средств бюджета субъекта** (п. 12 Правил № 415).

Внимание! Дополнительные разъяснения Минздрава России о применении Правил № 415:

♦ Письмо № 16–3/И/2–5951 от 06.05.2020 «Об осуществлении выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам в условиях коронавируса».

♦ Письмо № 16–3/И/1–6965 от 21.05.2020 «Об осуществлении выплат стимулирующего характера за особые условия труда медицинским и иным работникам в соответствии с Постановлениями Правительства РФ № 415 от 02.04.2020 и № 484 от 12.04.2020».

Выплаты стимулирующего характера за выполнение особо важных работ

Постановлением Правительства РФ № 484 от 12.04.2020 утверждены Правила предоставления в 2020 г. иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства РФ, в целях софинансирования в полном объеме расходных обязательств субъектов РФ, возникающих при осуществлении **выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлен COVID-19** (далее – Правила № 484).

Примечание: Необходимо учитывать, что в Правила № 484 вносились изменения:

♦ *Постановление Правительства РФ № 678 от 15.05.2020;*

♦ *Постановление Правительства РФ № 784 от 29.05.2020.*

Финансирование

Предоставление иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства РФ в целях **софинансирования в полном объеме** расходных обязательств субъектов РФ по выплатам стимулирующего характера.

Иные межбюджетные трансферты предоставляются бюджетам субъектов РФ **в пределах лимитов** бюджетных обязательств, доведенных в установленном порядке до Минздрава России как получателя средств федерального бюджета (п. 2 Правил № 415).

Предоставление иных межбюджетных трансфертов осуществляется, исходя из планируемого объема выплат стимулирующего характера на апрель 2020 г. Размер трансферта определяется по формуле, приведенной в п. 7 Правил № 484 (*в отличие от Правил № 415, где расчет базируется на количестве застрахованных лиц, расчет по Правилам № 484 основан на количестве коек в стационарах, а также численности медицинских и иных работников, участвующих в оказании СМП в стационаре и скорой медпомощи в соответствии с Временным порядком, утвержденным приказом Минздрава России № 198н*).

Средства распределяются между субъектами на основании соответствующих распоряжений Правительства РФ (№ 976-р от 12.04.2020, № 1225-р от 08.05.2020, № 1273-р от 15.05.2020, № 1406-р от 28.05.2020).

Условиями предоставления иных межбюджетных трансфертов являются:

♦ **наличие в бюджете субъекта РФ бюджетных ассигнований** на исполнение расходных обязательств, в целях софинансирования которых предоставляются иные межбюджетные трансферты;

♦ **заключение соглашения** о предоставлении иного межбюджетного трансферта между Минздравом России и высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ в форме электронного документа с использованием государственной интегрированной информационной системы управления общественными финансами «Электронный бюджет» в соответствии с типовой формой, утвержденной Минфином России.

Примечание: в данном случае ситуация такая же, как и в Правилах № 415, – все зависит от действий на уровне субъектов РФ.

Согласно информации с сайта Минздрава России (актуальность 06.05.2020): «Минздравом России до всех субъектов Российской Федерации были доведены бюджетные лимиты, в соответствии с которыми будут производиться стимулирующие выплаты медицинским и иным работникам, непосредственно работающим с гражданами, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19. На сегодняшний день Минздравом России **подписаны соглашения с 68 субъектами РФ, которые уже могут производить указанные выплаты**».

Вид выплаты

Выплата стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлен COVID-19.

(!) Ввиду изменений, внесенных Постановлением Правительства РФ № 784 от 29.05.2020, выплата стимулирующего характера за выполнение особо важных работ осуществляется медицинским и иным работникам, непосредственно работающим с гражданами с COVID-19, **у одного работодателя по одному трудовому договору раз в месяц в полном размере.** Данное дополнение распространяется на правоотношения с 01.05.2020.

Кому положена выплата и ее размер

Средства предоставляются медицинским организациям и их структурным подразделениям (в том числе оказывающим скорую медицинскую помощь), **фактически оказывающим** медицинскую помощь гражданам, у которых выявлен COVID-19, **в соответствии с Временным порядком организации работы медицинских организаций, утвержденным приказом Минздрава России № 198н**, а также транспортным организациям.

(!) Упоминание о предоставлении средств на выплаты также организациям, осуществляющим транспортные услуги при оказании скорой медпомощи гражданам, у которых выявлен COVID-19, появилось благодаря изменениям, внесенным Постановлением Правительства РФ № 678 от 15.05.2020.

Выплата полагается следующим работникам

Оказывающим скорую медицинскую помощь гражданам, у которых выявлен COVID-19:

- ♦ врачам – 50 000 руб. в месяц;
- ♦ среднему и младшему медицинскому персоналу, водителям «скорой» – 25 000 руб. в месяц.

Оказывающим специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях гражданам, у которых выявлен COVID-19:

- ♦ врачам – 80 000 руб. в месяц;
- ♦ среднему медперсоналу – 50 000 руб. в месяц;
- ♦ младшему медперсоналу – 25 000 руб. в месяц.

Обратите внимание, что в Правилах № 484 не конкретизируется – государственных, муниципальных или частных медицинских организаций касаются подобные выплаты. При этом в п. 4 Правил № 484 уточнено, что частным медицинским организациям и транспортным организациям предоставляются **субсидии** в соответствии с пунктом 9 статьи 2.1 Федерального закона «О приостановлении действия отдельных положений Бюджетного кодекса РФ и установлении особенностей исполнения бюджетов бюджетной системы РФ в 2020 г. ».

Примечание: Пример реализации Правил № 484 в субъекте РФ: Постановление Правительства Архангельской области № 202-пп от 15.04.2020 «Об установлении выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам медицинских организаций в Архангельской области, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция (COVID-2019)».

Условия предоставления средств на выплаты

Для медицинских организаций

1) Медицинская организация должна принять локальный нормативный акт, в котором отразить:

♦ перечень наименований структурных подразделений медицинских организаций, работа в которых дает право на установление выплат стимулирующего характера;

♦ перечень должностей медицинских работников структурных подразделений медицинских организаций, работа в которых дает право на установление выплат стимулирующего характера;

♦ размер выплаты стимулирующего характера в соответствии с занимаемой должностью независимо от количества отработанных смен (часов), но не выше размеров, указанных в п. 11 Правил (указано выше);

(!) Первоначально редакция Правил № 484 содержала указание о том, что выплата зависит от «фактически отработанного времени». Однако данное положение было исключено. Соответствующие изменения были внесены Постановлением Правительства РФ № 678 от 15.05.2020 (исключено «за фактически отработанное время») и Постановлением Правительства РФ № 784 от 29.05.2020 (дополнено, что размер не зависит от количества отработанных смен, часов).

♦ срок, на который устанавливается выплата стимулирующего характера.

2) Данный локальный акт необходимо согласовать с органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья (местным Минздравом).

Для транспортных организаций

(с учетом изменений, внесенных Постановлением Правительства РФ № 678 от 15.05.2020)

1. Транспортная организация должна принять локальный нормативный акт, в котором отразить:

- ♦ перечень должностей, работа в которых дает право на установление выплаты стимулирующего характера (водители скорой медицинской помощи);
- ♦ размер выплаты стимулирующего характера в соответствии с занимаемой должностью, но не выше размера, указанного в пп. «а» п. 11 Правил;
- ♦ срок, на который устанавливается выплата стимулирующего характера.

2. Данный локальный акт необходимо согласовать с органом исполнительной власти субъекта РФ в сфере охраны здоровья (местным Минздравом).

Примечание: Обратите внимание на следующее:

- ♦ получение выплаты зависит также от работодателя, который должен сначала принять и согласовать локальный акт;
- ♦ получение выплаты не зависит от фактически отработанного времени;

Минздрав в письме № 16–3/И/1–3061 от 17.05.2020 еще раз обратил внимание, что выплата является единовременной, выплачивается в полном размере, если сотрудник отработал в соответствии с установленным графиком, независимо от количества смен и/или часов, за сам риск работы с больными COVID-19.

Не забываем, что и к данной выплате применяются коэффициенты (районные, за работу в пустынных и безводных местностях и пр.), а также процентные надбавки за работу в местностях с особыми климатическими условиями.

Срок, на который устанавливается выплата: тоже определяется работодателем. Однако (в отличие от Правил № 415) в Правилах № 484 четко обозначен период выплат: **апрель – июнь 2020 года**. При этом срок, на который устанавливается выплата, определяется в локальном акте организации. Однако к подобному положению возникает вопрос – означает ли это, что медицинская организация может предусмотреть период выплат меньший, нежели указан в Правилах № 484 (например, только за апрель).

Внимание! Дополнительные разъяснения Минздрава России о применении Правил № 484:

- ♦ Письмо № 11–0/И/2–6574 от 16.05.2020 «О выплатах стимулирующего характера медицинским и иным работникам в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».
- ♦ Письмо № 16–3/И/1–3061 от 17.05.2020 «Об осуществлении выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция COVID-19».
- ♦ Письмо № 16–3/И/1–6965 от 21.05.2020 «Об осуществлении выплат стимулирующего характера за особые условия труда медицинским и иным работникам в соответствии с постановлениями Правительства РФ № 415 от 02.04.2020 и № 484 от 12.04.2020».

Подводя итог вышеизложенному

На данный момент предусмотрены две различные федеральные выплаты:

1) выплата стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией (**предусмотрена Правилами № 415**);

2) выплата стимулирующего характера за выполнение особо важных работ медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлен COVID-19 (**предусмотрена Правилами № 484**).

Внимание! На Едином портале госуслуг www.gosuslugi.ru медицинские работники, трудящиеся на передовой с COVID-19, могут оставить **жалобы** на отсутствие стимулирующих выплат. Предусмотреть подобный раздел для обращений поручил председатель Правительства РФ Михаил Мишустин на совещании с членами Правительства РФ 15 мая 2020 г.

Дополнительная информация по выплатам в системе ФМБА

На основании приказа ФМБА России № 106 от 13.04.2020 утверждены порядок и условия осуществления выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлен COVID-19, лицам из групп риска заражения COVID-19 и лицам, работающим в усиленном режиме в связи с принимаемыми мерами по предупреждению завоза и распространения COVID-19 в РФ.

ФМБА России самостоятельно определяет перечень медицинских организаций ФМБА России, работа в которых дает право на выплаты. Перечень медицинских и иных работников, которым полагается выплата, также определен в данном приказе. Выплаты стимулирующего характера выплачиваются в составе заработной платы за фактически отработанное время начиная с 16 марта 2020 г. из расчета месячной нормы рабочих часов на одну занятую ставку. На данные выплаты Распоряжением Правительства РФ № 860-р ФМБА от 03.04.2020 выделено 321 197,5 тыс. руб.

Освобождение выплат от налогообложения

И выплата за особые условия труда и дополнительную нагрузку по Правилам № 415, и выплата за выполнение особо важных работ по Правилам № 484 освобождены от НДФЛ. Подобное стало возможно благодаря повторным изменениям, внесенным 08.06.2020 в п. 81 ст. 217 Налогового кодекса РФ на основании Федерального закона № 172-ФЗ от 08.06.2020 (распространяется на правоотношения с 01.01.2020).

А именно, п. 81 ст. 217 НК РФ в новой редакции гласит, что не подлежат налогообложению «доходы в виде выплат стимулирующего характера за выполнение особо важных работ, особые условия труда и дополнительную нагрузку лицам, участвующим в выявлении, предупреждении и устранении последствий распространения COVID-19, в том числе оказывающим медицинскую помощь или социальные услуги гражданам, у которых выявлен COVID-19, и лицам из групп риска заражения COVID-19, которые осуществляются на основании федеральных законов, актов Президента РФ, актов Правительства РФ и источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования федерального бюджета и (или) бюджета субъекта РФ».

Однако первоначально ситуация обстоит иначе. На основании изменений, внесенных в ст. 217 НК РФ Федеральным законом № 121-ФЗ от 22.04.2020, изначально от налогообложения были освобождены «доходы в виде денежной выплаты стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования федерального бюджета».

Как можно заметить, наименование выплаты в п. 81 ст. 217 НК РФ (в ред. от 22.04.2020) полностью дублировало наименование выплаты, предусмотренной Правилами № 415. При этом, п. 81 ст. 217 НК РФ не упоминал о выплате за особо важную работу, предусмотренной Правилами № 484. И на тот момент, когда действовало подобное положение, закономерно вставал вопрос – а освобождены ли от налогообложения выплаты по Правилам № 484, если они не отражены в п. 81 ст. 217 НК РФ.

Да и сам Президент отмечал, что выплаты работникам должны быть освобождены от налогов. СМИ тоже молниеносно распространили информацию о том, что выплаты медикам освобождены от НДФЛ. Только почему-то мало кто обратил внимание на то, о каких выплатах первоначально шла речь. На тот момент (то есть до повторных изме-

нений от 08.06.2020 в НК РФ) мы решили провести мини-расследование подобного вопроса, и вот что получилось.

Просьба учитывать, что рассуждения далее сформированы до повторных изменений в п. 81 ст. 217 НК РФ.

Если обратиться к **перечню поручений** по итогам совещания с членами Правительства, состоявшегося **15 апреля 2020 г.**, речь шла об освобождении от НДФЛ денежных выплат стимулирующего характера за **особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения данной инфекцией**.

Еще раз отметим, что данная выплата предусмотрена Правилами № 415 и именно о данной выплате указано в п. 81 ст. 217 НК РФ. При этом про выплату, предусмотренную Правилами № 484, в перечне поручений Президента РФ нет ни слова. Однако обратите внимание, что совещание состоялось 15 апреля 2020 г., когда Правила № 484 уже были приняты и о выплате было известно.

По мнению экспертов Факультета Медицинского Права, все дополнительные выплаты «стимулирующего характера», осуществляемые за счет федерального бюджета, независимо от их названия и должности работника, должны быть освобождены от налогообложения. Иное правовое регулирование как минимум нарушит равноправие граждан (ст. 6, 19 Конституции РФ), да и здравый смысл тоже.

Остается лишь надеяться, что отсутствие в п. 81 ст. 217 НК РФ положений, связанных с выплатой по Правилам № 484, объясняется несостыковкой во времени и в действиях законодательной и исполнительной власти. Поясним, что имеем в виду.

Правила № 415 были приняты 2 апреля 2020 г., а Правила № 484 – 12 апреля 2020 г. Изменения в ст. 217 НК РФ были внесены Федеральным законом № 121-ФЗ от 22.04.2020. Однако 22 апреля 2020 г. – это дата подписания закона Президентом РФ, то есть «заключительная стадия».

Непосредственно проект федерального закона поступил на рассмотрение **11 апреля 2020 г.** То есть до даты **принятия Правительством РФ Правил № 484 (12 апреля 2020 г.)**. Более того, если обратиться к пояснительной записке и первоначальному тексту акта, изначально даже не планировалось вносить в НК РФ изменения по части освобождения от налогообложения доходов в виде стимулирующих выплат.

Далее 14 и 17 апреля проект закона прошел первое и второе чтение, а 17 апреля был принят Государственной Думой и в этот же день направлен на рассмотрение в Совет Федерации. Как следует из таблицы поправок, рекомендованных к отклонению

(от 16.04.2020), вопросы о включении в ст. 217 НК РФ выплат по Правилам № 484 не отклонялись, а значит, и не рассматривались.

Получается, что при принятии ФЗ № 121 от 22.04.2020 Правила № 484 вовсе не были учтены. Вероятно, именно поэтому п. 81 ст. 217 НК РФ буквально не освобождает от налогообложения доходы в виде выплат по Правилам № 484, а касается только выплат по Правилам № 415.

С другой стороны, если исходить из поручений Президента РФ, то освобождение от налогообложения выплат, предусмотренных Правилами № 484, даже и не планировалось. Хотя логики, конечно, в этом никакой. Потому как обе выплаты (и по Правилам № 415, и по Правилам № 484) являются стимулирующими в связи с работой в период COVID-19, обе финансируются за счет федерального бюджета, а потому должны быть равным образом урегулированы и нормами налогового права.

К счастью, подобного подхода придерживаются Минфин России и Федеральная налоговая служба. Так, в письме ФНС России № БС-4-11/8216 от 19.05.2020, основанном на письме Минфина России № 03-04-07/39728 от 15.05.2020, сообщается, что выплаты и по Правилам № 415, и по Правилам № 484 освобождаются от обложения налогом на доходы физических лиц на основании п. 81 ст. 217 НК РФ.

Однако тут есть несколько нюансов, если возвращаться к нашим первоначальным рассуждениям. Во-первых, выплата по Правилам № 484 в письме Минфина России названа «выплата стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам», хотя по Постановлению Правительства РФ № 484 выплата именуется «за выполнение особо важных работ». Если органы готовы закрыть на это глаза и освободить от НДФЛ обе выплаты, несмотря на формулировку п. 81 ст. 217 НК РФ, – ничего против не имеем. Главное, чтобы в последующем не возникло проблем.

Во-вторых, выплата полагается не только медицинским работникам (как указано в п. 81 ст. 217 НК РФ и письме Минфина), но и водителям «скорой». При этом водитель «скорой» может не являться медицинским работником в контексте ФЗ № 323. К сожалению, в письме по данному вопросу не дано каких-то пояснений. Надеемся, что с этим не возникнет проблем, и выплаты для всех работников будут равным образом освобождены от НДФЛ.

Также Минфин в письме обратил внимание, что, согласно п. 12 Правил № 415, субъект РФ вправе предусмотреть повышение уровня выплат стимулирующего характера за счет средств бюджета субъекта. Такое дополнительное повышение размера выплаты (то есть сверх установленных норм) подлежит обложению НДФЛ.

«Московские» выплаты в связи с пандемией коронавируса

Начнем с того, что упомянутые Правила № 415, установившие выплату стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку, не распространяются на Москву. С учетом этого нормативная база стимулирующих выплат по Москве включает в себя:

- ♦ Правила № 484 (федеральные выплаты, о которых рассказывалось выше);

- ♦ Постановление правительства Москвы № 343-ПП от 06.04.2020 (ред. от 07.05.2020) «О дополнительных мерах материального стимулирования работников медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции или подозрением на новую коронавирусную инфекцию» (далее – ПП Москвы № 343);

- ♦ Постановление правительства Москвы № 622-ПП от 21.05.2020 «О выплатах стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку работникам организаций социального обслуживания города Москвы за счет средств межбюджетного трансферта, предоставленного из федерального бюджета» (в части, касающейся медицинского персонала, см. п. п. 1.1, 1.2, 1.4);

- ♦ Постановление правительства Москвы № 623-ПП от 22.05.2020 «О дополнительных мерах материального стимулирования работников организаций социального обслуживания по оказанию социальной и иной адресной помощи в условиях режима повышенной готовности» (в части, касающейся медицинского персонала, см. п. п. 1.2, 2);

- ♦ приказ Департамента здравоохранения Москвы № 404 от 15.04.2020 «О дополнительных мерах материального стимулирования работников медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции или подозрением на новую коронавирусную инфекцию» (действовал в период с 15.04.2020 по 08.05.2020) (далее – приказ ДЗМ № 404);

- ♦ приказ Департамента здравоохранения Москвы № 508 от 08.05.2020 «О дополнительных мерах материального стимулирования работников медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции или подозрением на новую коронавирусную инфекцию» (действует с 08.05.2020 по настоящее время) (далее – приказ ДЗМ № 508).

Так как федеральные выплаты мы уже рассмотрели, остановимся подробнее на ключевых московских выплатах, предусмотренных ПП Москвы № 343.

(!) Выплаты медработникам на основании Постановления правительства Москвы № 622-ПП от 21.05.2020 и Постановления правительства Москвы № 623-ПП от 22.05.2020 далее не рассматриваются.

Финансирование

Выплата осуществляется за счет средств бюджета города Москвы, предоставленных организациям в форме субсидий на цели, не связанные с финансовым обеспечением выполнения государственного задания.

Кому положена выплата и размер

Согласно ПП Москвы № 343, выплата стимулирующего характера полагается следующим категориям:

1. Работникам медицинских организаций, непосредственно оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях пациентам с подтвержденным диагнозом COVID-19 или подозрением на COVID-19, и работникам лабораторий медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, проводящим исследование биологических материалов этой категории пациентов, работникам патологоанатомических отделений медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы:

- ♦ врачам – 70 000 руб. в месяц;
- ♦ среднему медицинскому персоналу – 50 000 руб. в месяц;

- ♦ младшему медицинскому персоналу (прочему персоналу) – 30 000 руб. в месяц.

2. Работникам ГБУ г. Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А. С. Пучкова» и ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический центр экстренной медицинской помощи» ДЗМ Москвы, оказывающим скорую, в том числе специализированную медицинскую помощь, и неотложную медицинскую помощь пациентам с подозрением на COVID-19 и осуществляющим их медицинскую эвакуацию:

- ♦ врачам – 50 000 руб. в месяц;
- ♦ среднему медицинскому персоналу – 30 000 руб. в месяц.

3. Работникам амбулаторных КТ-центров медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы, организованных на основании решений ДЗМ, а также работникам медицинских организаций государственной системы здравоохранения г. Москвы, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях пациентам с подтвержденным диагнозом COVID-19 или подозрением на COVID-19, осуществляющим выявление заболевших и медицинское наблюдение на дому (по месту пребывания) за состоянием здоровья таких пациентов:

- ♦ врачам – 70 000 рублей в месяц;
- ♦ среднему медицинскому персоналу – 50 000 рублей в месяц.

Установленное материальное поощрение выплачивается работникам, исходя из фактически отработанного времени в месяц по занимаемой должности и не более чем за одну занимаемую должность (п. 2.1 ПП Москвы № 343).

Примечание: Действие указанного постановления в части установления материального поощрения в форме выплат стимулирующего характера персоналу медицинских организаций распространяется на правоотношения, возникшие со дня начала оказания медицинской организацией медпомощи пациентам с подтвержденным диагнозом COVID-19, подозрением на COVID-19 или со дня предоставления соответствующих услуг в учреждениях здравоохранения (п. 5 ПП Москвы № 343). Это означает, что стимулирующие выплаты рассчитываются с даты начала оказания медорганизацией соответствующей помощи (оказания соответствующих услуг), но никак не ранее этой даты.

В части оказания медпомощи необходимо учитывать, что приказом Минздрава России № 288 от 06.04.2020 утверждены Правила оценки готовности медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, их структурных подразделений и частных медицинских организаций к оказанию медпомощи пациентам с подтвержденным диагнозом COVID-19 или с подозрением на COVID-19 в стационарных условиях». Оценка осуществляется межведомственной комиссией, сформированной в соответствии с приказом Минздрава России № 286 от 06.04.2020. Результат проведения оценки оформляется в виде акта оценки готовности. Только после получения акта, подтверждающего полную готовность медицинской организации к оказанию помощи больным COVID-19, и после поступления на лечение первого больного персонал получает право на стимулирующие выплаты. Это важно учитывать при определении даты, необходимой для исчисления выплаты.

Порядок выплаты

В период с 15 апреля по 8 мая 2020 г. порядок выплаты материального поощрения достаточно подробно был регламентирован приказом ДЗМ № 404. Данный приказ конкретизировал положения ПП Москвы № 343; устанавливал общий порядок осуществления выплат; определял перечень медицинских организаций, работникам которых положены выплаты (приложение № 2 к приказу – 39 медицинских организаций), а также устанавливал перечень должностей, работа в которых давала право на стимулирующую выплату.

Важно! В перечень должностей (приложение № 3 к приказу ДЗМ № 404) включены не только непосредственно медицинские работники, но и иные работники, обеспечивающие условия для предоставления медицинских услуг (помощник по уходу за больными, буфетчик, уборщик, дезинфектор и др.). Стимулирующая выплата устанавливалась работникам списочного состава, в том числе оформленным на неполное рабочее время, внешним и внутренним совместителям на основании приказа руководителя медицинской организации. Выплаты должны были оформляться локальным нормативным правовым актом медицинской организации.

С 8 мая 2020 г. и по настоящее время порядок выплат регламентирован приказом ДЗМ № 508. Данный приказ утверждает:

- ♦ Методические рекомендации по установлению выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку работникам медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, непосредственно оказывающим медицинскую помощь (обеспечивающим условия для оказания медицинской помощи) пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции или подозрением на новую коронавирусную инфекцию (приложение 1 к приказу).
- ♦ Перечень медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, работникам которых устанавливаются выплаты стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку (приложение 2 к приказу).

- ♦ Перечень должностей работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих медицинскую помощь (обеспечивающих условия для оказания медицинской помощи) пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции или подозрением на новую коронавирусную инфекцию, по которым устанавливаются выплаты стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку (приложение 3 к приказу).

В отличие от приказа № 404 приказ № 508 более подробный. Методические рекомендации, за несколькими исключениями, примерно схожи, а вот перечень медицинских организаций, работникам которых получают стимулирующие выплаты, значительно расширен. Так, согласно приложению 2 к приказу ДЗМ № 508 выделены 4 списка медицинских учреждений:

1. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях (46 учреждений).

2. Амбулаторно-поликлинические учреждения, оказывающие первичную медицинскую помощь (87 учреждений).

3. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, в составе которых имеются поликлинические отделения, обслуживающие территориальное население (20 учреждений).

4. Медицинские организации, оказывающие скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, и неотложную медицинскую помощь (2 учреждения).

Таким образом, в Москве медицинским и иным работникам, участвующим или обеспечивающим условия для оказания помощи больным COVID-19 и с подозрением на него, полагаются стимулирующие выплаты двух «уровней»: федеральные и региональные («московские»).

Дополнительная информация о грантах медицинским организациям, привлеченным к оказанию медпомощи пациентам с COVID-19 или подозрением на него:

В связи с тем, что к оказанию медпомощи в стационарных условиях пациентам с COVID-19 или подозрением на него привлекаются не только государственные бюджетные учреждения города Москвы, но и частные, и федеральные МО, расположенные в Москве, ПП Москвы № 343 утвержден Порядок предоставления грантов медицинским организациям, привлеченным для оказания на территории города Москвы медицинской помощи в стационарных условиях пациентам с COVID-19 или подозрением на него.

Данный Порядок распространяется на медицинские организации, которые включены в утвержденные распоряжением Правительства РФ № 844-р от 02.04.2020 перечни и в которых, соответственно, оказывается медицинская помощь в стационарных условиях пациентам с COVID-19 или подозрением на него.

Примечание: Напомним, что распоряжением Правительства РФ № 844-р от 02.04.2020 утверждены перечни медицинских организаций, которые перепрофилируются для оказания медпомощи пациентам с COVID-19 или подозрением на него в стационарных условиях.

Гранты, согласно ПП Москвы № 343, перечисляются ДЗМ медицинской организации на основании соглашения о предоставлении гранта, предусматривающего, в том числе, положение об обязательной проверке соблюдения целей предоставления гранта. Ежемесячный размер гранта определяется на основании установленных размеров выплат стимулирующего характера с учетом фактически отработанного каждым работником времени в месяц по одной занимаемой должности и определенного расчетного количества персонала для оказания медицинской помощи в стационарных условиях пациентам.

Примечание: Помимо указанных выше грантов в Москве предусмотрены также гранты для отдельных организаций, участвующих в борьбе с пандемией. Например:

- ♦ *Постановление правительства Москвы № 340-ПП от 06.04.2020 (ред. 05.07.2020) «О грантах медицинским организациям в связи с перепрофилированием коечного фонда для оказания на территории города Москвы медицинской помощи в стационарных условиях пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции или подозрением на новую коронавирусную инфекцию»;*

- ♦ *Постановление правительства Москвы № 337-ПП от 03.04.2020 «О грантах организациям, обеспечивающим организацию питания работников медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях пациентам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции или подозрением на новую коронавирусную инфекцию»;*

- ♦ *Постановление правительства Москвы № 268-ПП от 27.03.2020 (ред. 15.04.2020) «О грантах медицинским организациям частной системы здравоохранения, привлеченным к проведению лабораторно-диагностических исследований на новую коронавирусную инфекцию».*

Страховые выплаты медицинским работникам, пострадавшим от COVID-19

Помимо стимулирующих выплат медицинским и иным работникам в период COVID-19 были также установлены дополнительные **страховые выплаты**, о которых и расскажем далее.

Начнем с того, что трудовым законодательством предусмотрены **гарантии и компенсации** работникам при профессиональном заболевании. Основные из них предусмотрены в ст. 184 Трудового кодекса РФ (далее – ТК РФ).

При повреждении здоровья вследствие профессионального заболевания работнику возмещаются его утраченный заработок (доход), а также связанные с повреждением здоровья дополнительные расходы на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию. Виды, объемы и условия предоставления работникам гарантий и компенсаций в указанном случае определяются законами о социальном страховании:

- ♦ Федеральным законом № 125-ФЗ от 24.07.1998 «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – ФЗ № 125);

- ♦ Федеральным законом № 165-ФЗ от 16.07.1999 «Об основах обязательного социального страхования».

ФЗ № 125 установлено, что работнику при утрате профессиональной трудоспособности или лицам, имеющим право на их получение (в случае смерти работника) назначаются страховые выплаты. Предусмотрено два вида страховых выплат – ежемесячные и единовременные.

Законом установлено, что ежемесячные выплаты осуществляются в течение всего периода стойкой утраты профессиональной трудоспособности. Размер таких выплат определяется, исходя из среднемесячного заработка (ст. 12 ФЗ № 125).

Размер единовременной выплаты определяется в соответствии со степенью утраты профессиональной трудоспособности, исходя из максимальной суммы, равной 94018 руб. В случае смерти застрахованного размер единовременной страховой выплаты составляет 1 млн руб. Указанные суммы прямо предусмотрены в ст. 11 ФЗ № 125.

Отметим, что ранее имелись правовые основания для сомнений в получении медицинскими работниками, заболевшими COVID-19 на рабочем месте, указанных выплат в качестве страхового возмещения, т. к. действующие нормы не позволяли однозначно отнести заражение COVID-19 к профессиональному заболеванию.

Однако Президентом РФ был подписан Указ № 313 от 06.05.2020 (далее – Указ № 313), согласно которому медицинским работникам установлены дополнительные страховые гарантии в виде единовременной страховой выплаты при наступлении страхового случая. Данный указ расставил все по своим местам, т. к. напрямую отнес заражение медицинских работников новой коронавирусной инфекцией при исполнении трудовых обязанностей к страховым случаям (подробности ниже). Указ вступил в силу с 6 мая 2020 г.

Дополнительные страховые выплаты предусмотрены для следующих категорий работников:

- ♦ врачи, средний и младший медицинский персонал;
- ♦ водители автомобилей СМП.

Данные категории работников должны непосредственно работать с пациентами, у которых подтверждено наличие новой коронавирусной инфекции, и пациентами с подозрением на эту инфекцию.

Указом № 313 определены следующие виды страховых случаев и размеры выплат:

Страховой случай	Размер страховой выплаты
Смерть медицинского работника в результате инфицирования новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) при исполнении им трудовых обязанностей	2 752 452 руб. (выгодоприобретателям* в равных долях)
Причинение вреда здоровью медицинского работника в связи с развитием у него полученных при исполнении трудовых обязанностей заболевания (синдрома) или осложнения, вызванных подтвержденной лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включенных в перечень, утверждаемый Правительством РФ, и повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности	68 811 руб.

Страховой случай	Размер страховой выплаты
Установленная в соответствии с законодательством РФ стойкая утрата медицинским работником трудоспособности в результате развития осложнений после перенесенного заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), подтвержденной лабораторными методами исследования, если заболевание возникло при исполнении им трудовых обязанностей	инвалиду I группы – 2 064 339 руб.; инвалиду II группы – 1 376 226 руб.; инвалиду III группы – 688 113 руб.

Примечание: Согласно Указу № 313, выгодоприобретателями признаются:

- ♦ *супруг (супруга), состоявший (состоявшая) на день смерти медицинского работника в зарегистрированном браке с ним;*
- ♦ *родители (усыновители) медицинского работника;*
- ♦ *дедушка и (или) бабушка медицинского работника при условии, что они воспитывали и (или) содержали его не менее 3 лет в связи с отсутствием у него родителей;*
- ♦ *отчим и (или) мачеха медицинского работника при условии, что они воспитывали и (или) содержали его не менее 5 лет;*
- ♦ *несовершеннолетние дети медицинского работника, его дети старше 18 лет, ставшие инвалидами до достижения ими возраста 18 лет, и дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных организациях по очной форме обучения;*
- ♦ *подопечные медицинского работника.*

Отметим, что, согласно ч. 2 ст. 7 ФЗ № 125, **правом получения единовременной страховой выплаты в случае смерти застрахованного обладают немного иные категории лиц, а именно:**

- ♦ *дети умершего, не достигшие возраста 18 лет, а также его дети, обучающиеся по очной форме обучения, – до окончания ими такого обучения, но не дольше, чем до достижения ими возраста 23 лет;*
- ♦ *родители, супруг (супруга) умершего;*
- ♦ *нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания;*
- ♦ *другой член семьи умершего независимо от его трудоспособности, который не работает и занят уходом за состоявшими на иждивении умершего его детьми, внуками, братьями и сестрами, не достигшими возраста 14 лет либо достигшими указанного возраста, но, по заключению федерального учреждения медико-социальной экспертизы (далее – учреждение медико-социальной экспертизы) или медицинской организации, признанными нуждающимися по состоянию здоровья в постороннем уходе.*

Обращаем внимание, что, исходя из пп. 1 и 5 Указа № 313, названные страховые выплаты являются дополнительными и осуществляются сверх выплат, предусмотренных ФЗ № 125.

В Указе № 313 отмечается, что данные выплаты осуществляются Фондом социального страхования за счет федерального бюджета (осуществляются межбюджетные трансферты). Выплаты производятся по результатам расследования страхового случая.

Осложнения от COVID-19, не приведшие к инвалидности

Как определено в пп. «б» п. 2 Указа № 313 и указано выше в таблице, одним из видов страхового случая является причинение вреда здоровью медицинского работника в связи с развитием у него полученных при исполнении трудовых обязанностей заболевания (синдрома) или осложнения, вызванных подтвержденной лабораторными методами исследования новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), **включенных в перечень, утверждаемый Правительством РФ, и повлекших за собой временную нетрудоспособность, но не приведших к инвалидности.**

18 мая 2020 г. было официально опубликовано **Распоряжение Правительства РФ № 1272-р от 15.05.2020**, содержащее вышеуказанный перечень. В него вошли 16 заболеваний (синдромов) или осложнений с указанием кодировки по МКБ-10, а именно:

- ♦ *острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей (без развития пневмонии, потребовавшие назначения врачом этиотропной терапии);*
- ♦ *вирусная пневмония, не классифицированная в других рубриках (любой стадии);*
- ♦ *инфекционный миокардит;*
- ♦ *эмболия и тромбоз артерий;*
- ♦ *токсическое поражение печени;*
- ♦ *сепсис;*
- ♦ *диссеминированное внутрисосудистое свертывание [синдром дефибринации];*
- ♦ *синдром респираторного расстройства [дисстресса] у взрослого;*
- ♦ *легочный отек;*
- ♦ *другие интерстициальные легочные болезни;*
- ♦ *респираторные нарушения после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках;*
- ♦ *легочная эмболия;*
- ♦ *печеночная недостаточность, не классифицированная в других рубриках;*
- ♦ *почечная недостаточность;*
- ♦ *кардиореспираторная недостаточность;*
- ♦ *синдром системного воспалительного ответа.*

Примечание: Минтруд России в письме № 13–4/10/В-3944 от 25.05.2020 уточнил, что вышеуказанный перечень заболеваний не может быть использован при установлении инвалидности.

Расследование страховых случаев

Расследование страховых случаев, перечисленных в Указе № 313, осуществляется с некоторыми особенностями.

Расследование страховых случаев при развитии осложнений от COVID-19

18 мая 2020 г. было опубликовано **Постановление Правительства РФ № 695 от 16.05.2020**, утвердившее Временное положение о расследовании страхового случая, обозначенного в пп. «б» п. 2 Указа № 313 (развитие осложнений от COVID-19, не приведших к инвалидности).

Исходя из Временного положения, можно выделить четыре этапа расследования.

Первый этап. При установлении работнику диагноза заболевания, включенного в вышеупомянутый перечень Правительства РФ, медицинская организация, установившая случай заболевания, обязана **немедленно** уведомить о заболевании работника Фонда социального страхования РФ и руководителя организации (руководителя структурного подразделения организации), в которой трудится работник (то есть работодателя).

Второй этап. Работодатель в день получения уведомления обязан создать врачебную комиссию по расследованию страхового случая в составе **не менее 3 человек**, включающую:

- ♦ *представителя работодателя (председатель врачебной комиссии);*
- ♦ *представителя медицинской организации, установившей диагноз заболевания;*
- ♦ *представителя ФСС РФ.*

Расследование страхового случая проводится врачебной комиссией в течение **суток со дня создания врачебной комиссии.**

Третий этап. По результатам расследования врачебной комиссией в **ФСС РФ направляется справка**, подтверждающая факт осуществления работы работником. Форма справки в настоящий момент не утверждена. Однако Временное положение указывает на то, какая информация должна быть в такой справке (например, наименование работодателя; должность работника; период работы работника в указанной должности; перенесенное заболевание; предпочтительный способ получения работником выплаты).

Четвертый этап. ФСС РФ в день получения упомянутой справки подготавливает документы для осуществления выплаты работнику, установленной Указом № 313, и **осуществляет ее не позднее следующего дня со дня получения справки.**

Несмотря на то, что Временное положение отличается краткостью, имеются опасения, что возникнет ряд вопросов, связанных с его практическим применением. Возможно, будут дополнительные разъяснения, в частности от ФСС РФ.

Временное положение вступило в силу 18 мая 2020 г. и будет действовать до 31 декабря 2020 г.

Расследование страховых случаев при получении инвалидности медицинским работником или его смерти

В отношении расследования страховых случаев, поименованных в пп. «а» и «в» п. 2 Указа № 313 (смерть медицинского работника, получение инвалидности медицинским работником), особенности расследования определены только лишь совместным письмом Минтруда России № 15–3/10/П-4559, Минздрава России № 28–0/И/2–6772 от 19.05.2020 (далее – Письмо).

Суть названного Письма говорит о необходимости обеспечения расследования страховых случаев в соответствии с постановлением Правительства РФ № 967 от 15.12.2000 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний» с некоторыми особенностями (далее – Положение № 967), к которым Минтруд России и Минздрав России отнесли применение укороченных сроков расследования.

Так, на проведение каждого из этапов порядка установления наличия профессионального заболевания, которые установлены Положением № 967, предлагается отвести не более суток.

Отметим, что по отношению к некоторым этапам сроки существенно сокращены. Например, согласно п. 13 Положения № 967, направление больного на амбулаторное или стационарное обследование в центр профессиональной патологии, клинику или отдел профессиональных заболеваний медицинских научных организаций клинического профиля должно осуществляться в течение месяца медицинской организацией, установившей предварительный диагноз – хроническое профессиональное заболевание.

Сокращенные сроки необходимо применять и в отношении иных стадий расследования.

Как указано в Письме, **работодатель в течение 1 суток** с даты получения извещения об установлении заключительного диагноза профессионального заболевания **обязан образовать комиссию** по расследованию случая профессионального заболевания и **расследовать его в срок не более 3 дней**. Отметим, что по общим правилам работодателю отводится 10 суток на образование комиссии (п. 19 Положения № 967), а столь короткий срок расследования определен для несчастных случаев, в результате которых пострадавшие получили легкий вред здоровью (ст. 229.1 ТК РФ).

Акт о случае профессионального заболевания по форме, утвержденной Положением № 967, в течение 24 часов после завершения расследования в 5 экземплярах (для работника, работодателя, Центра госсанэпиднадзора, Центра профессиональной патологии и ФСС) подписывается членами комиссии и утверждается главным врачом Центра госсанэпиднадзора и заверяется печатью центра (при ее наличии). Исходя из п. 31 Положения № 967, указанный срок укорочен в 3 раза по сравнению с расследованием страховых случаев, не связанных с заражением COVID-19.

Утвержденные экземпляры названного акта работодатель незамедлительно направляет в ФСС, а также выдает пострадавшему (законному представителю или доверенному лицу), а в случае смерти работника лицам, состоявшим на иждивении погибшего, либо лицам, состоявшим с ним в близком родстве или свойстве, по их требованию.

Ссылки на документы, приведенные в статье, а также правовая позиция даны по состоянию на день подписания номера в печать – 23 июня 2020 г.

Роберт Твайкросс: «Паллиатив – это о качестве жизни»

Заслуженного клинического профессора и почетного преподавателя курса паллиативной медицины Оксфордского университета Роберта Твайкросса хорошо знают специалисты паллиативной медицины всего мира. Неоднократно Роберт бывал и в России, вдохновляя и поддерживая хосписное движение в нашей стране.

В 2019 году он вновь посетил Россию, чтобы принять участие в открытии Федерального научно-практического центра паллиативной медицинской помощи на базе Сеченовского университета. Именно тогда **главный внештатный специалист паллиативной медицинской помощи Минздрава России и главный редактор нашего журнала Диана Невзорова** попросила профессора Твайкросса об интервью и лично взяла на себя роль интервьюера, понимая, как значимо его мнение для тех людей, которые выбрали своей профессией помощь неизлечимо больным пациентам и членам их семей.

Интервью состоялось 27 июня 2019 года в Первом Московском хосписе им. В.В. Миллионщиковой (Московский многопрофильный центр паллиативной помощи Департамента здравоохранения г. Москвы) при поддержке Ассоциации хосписной помощи и фонда помощи хосписам «Вера».



Как все начиналось

Д.Н.: Роберт, я благодарю вас за то, что вы согласились сегодня быть с нами и поговорить на тему паллиативной помощи. Вы были первым человеком, который в далекий и сложный для нашей страны 1991 год профессионально озвучил тему хосписной помощи и поделился своим опытом и знаниями с ленинградскими врачами. Скажите пожалуйста, а кто учил самую первую команду паллиативной хосписной помощи в мире (вашу команду в Великобритании), кто вдохновлял?

Р.Т.: Позвольте я начну с того, что это большая честь для меня – вернуться в Россию, в Москву, в Первый Московский хоспис, для меня важно быть здесь и читать свои лекции для ваших специалистов. Я благодарен вам за такую возможность. Итак, начало.

Хосписная и паллиативная помощь начала развиваться во всем мире около 50 лет назад, и с тех пор она стремительно развивается. Все это случилось благодаря одной жительнице Лондона – Сесилии Сандерс. У нее был свой особый взгляд на проблему умирающих пациентов: когда она была социальным работником еще до того, как стала врачом, она поняла, что умирающими пациентами в больнице зачастую пренебрегают, на них мало обращают внимание. Сесилия захотела это изменить, изменить поведение врачей, медицинских сестер. Для этого ей нужно было самой стать врачом, и в возрасте 30 лет она начала учиться. Спустя несколько лет после выпуска ей удалось учредить хоспис Святого Христофора в Лондоне, и это было начало. Сесилия Сандерс была вдохновляющей личностью.

Я присутствовал на ее лекции в 1963 году. Она показывала на экране фотографии своих пациентов, рассказывала их истории, и с экрана на нас обруши-

вался целый спектр их потребностей, их нужд. Благодаря чему пришло понимание, как и чем мы можем им помочь. Для меня было очень важно видеть этих людей, слышать их истории, понимать, как происходит взаимодействие с пациентом и его семьей, когда они находятся в эпицентре страдания. Особенно ценно было понимание того, как эти страдания можно облегчить путем привлечения хосписной службы. Тогда многие из нас прониклись мировоззрением Сесилии и разделили ее взгляды. Я подумал: «Да, это то, чем я хочу заниматься, это именно то, что означает «забота, уход». Лечение нужно меньшинству, а в заботе нуждается большинство. Так, вдохновленный опытом Сесилии, который основывался на историях пациентов, я захотел стать не просто врачом, а «заботящимся» врачом. Мне, конечно, нужно было изучить все медицинские предметы, а потом мне повезло стать коллегой Сесилии Сандерс в исследовательской группе по терапии и управлению болью. В 1976 году я переехал обратно в Оксфорд и возглавил новый медицинский центр, созданный по инициативе Национальной службы здравоохранения Великобритании.

Д.Н.: Что сподвигло вас и вашу команду помогать людям в других странах? Почему вы не остались в своем хосписе, в своей стране, а посвятили свою профессиональную жизнь развитию паллиативной помощи в других странах, приехали в Россию? Почему это важно для вас?

Р.Т.: Я всегда был преподавателем, а не только практикующим врачом, я люблю делиться знаниями, поэтому я организовывал курсы. Один из моих давних коллег переехал в США, и мы начали курс – один год в Англии, в Оксфорде, а другой – в одном из городов США. Люди читали мои статьи и писали

мне, приглашали посетить другие страны. А если тебя приглашают в другую страну, то ты едешь, если можешь, особенно если ты преподаватель. Вот так все росло и развивалось. Была потребность, и я был рад помочь по мере возможности. Сейчас, конечно, я путешествую уже меньше, чем когда был молод.

Что касается России, то паллиативная помощь начала развиваться здесь благодаря одному журналисту, Виктору Зорзе. Он жил и в Лондоне, и в Вашингтоне. У него был особенный интерес к России. После перестройки, в 1989 году, он смог сюда приехать (до этого ему был запрещен въезд из-за его особой семейной истории). За 12 лет до его приезда его дочь в возрасте 26 лет умерла от рака в моем хосписе. Именно тогда он проникся идеей развития хосписного движения, загорелся желанием помочь людям понять важность такого подхода. Когда он приехал в Россию, то поинтересовался, какая работа проделана в этом направлении. Выяснилось, что никакая. И он решил работать над созданием хосписной и паллиативной помощи в России. Оказавшись здесь, первое, что он сделал, помимо общения с сотрудниками Минздрава, это пригласил меня провести 2-недельный курс для 30 врачей. Дело было в Ленинграде в июне 1991 года, тогда я первый раз приехал в Россию. Конечно, когда ты приезжаешь, встречаешься с разными людьми, эти отношения начинают развиваться, укрепляться, и дальше все растет как снежный ком.

Две недели, решившие судьбу многих

Д.Н.: Спасибо, я как раз хочу об этом поговорить. Ваш курс лекций 1991 года до сих пор вспоминают доктора, которым посчастливилось его прослушать. На прошлой неделе, в гостях у Андрея Владимировича Гнездилова, основателя первого хосписа в России, в Санкт-Петербурге, человека, собравшего тогда группу заинтересованных врачей, мы встретились с некоторыми из них. Скажите, а вы помните тех людей, которые были на ваших лекциях? Какое впечатление они на вас произвели?

Р.Т.: Как обычно бывает, некоторых из них я действительно очень хорошо помню, а некоторых не очень. Я знаю, что кто-то из группы продолжил активно работать в паллиативной помощи. Все эти врачи были отобраны Виктором Зорзой, он считал, что у них есть потенциал развития в паллиативной помощи, но, конечно, обстоятельства бывают разными, и не у всех из них это получилось.

Пару недель назад я звонил одному из участников того курса, который помнит его очень хорошо. Он рассказал мне, что те две недели были просто чудесными. Он чувствовал себя губкой, впитывающей информацию об основах паллиативной помощи, о которой я рассказывал на фактических примерах. В особенности – о человекоориентированном подходе, заботе о человеке в целом, о его физических и психо-

логических, духовных и социальных нуждах – речь шла не просто об основах управления болью или купировании тягостных симптомов. Так что для него это были великолепные две недели лекционного обучения. Однако надо учитывать, что он сам уже тогда был готов оказывать паллиативную помощь, ему просто нужна была дверь или кто-то, кто ее откроет, вдохновит историями пациентов. И эти две недели стали для него фундаментом. Несколько месяцев спустя он приехал к нам и провел два месяца в Оксфорде – это была необходимая часть его становления как паллиативного врача. Там он уже встречался с пациентами лично, вместе со мной и другими коллегами, слушал их истории, познавая ролевую модель, что, по моему мнению, исключительно важно в паллиативной помощи. Тот двухнедельный лекционный курс в сочетании с временем обучения в клинике сделал его тем, кто он есть сейчас.

Д.Н.: Вы сказали: «он был готов работать в паллиативной помощи, но ему нужна была дверь или кто-то, кто ее откроет». Что, по вашему мнению, является признаком этой готовности? Что есть или должно быть в людях, готовых войти в эту дверь?

Р.Т.: Это сложный вопрос... Чтобы быть хорошим специалистом в паллиативной помощи, важно иметь правильное отношение к пациентам, важны уважение и способность строить доверительные отношения. Важно учитывать, что тем, с кем мы имеем дело, отпущены считанные дни, у них онкологические или какие-либо другие заболевания в терминальной стадии. Когда пациента направляют на паллиативное лечение, и у него есть только несколько недель или месяцев жизни, мы должны быть готовы к тому, что пациенту предстоит умереть, и должны понимать, что смерть в данном случае – не поражение. Поражением будет игнорирование самого пациента и его проблем, признание того, что для него ничего нельзя сделать, пренебрежение запросом на помощь. Думаю, человеку нужно иметь некоторого рода врожденное сострадание к людям, которые испытывают страдания. Может быть, это справедливо по отношению к врачам вообще, но здесь это качество должно быть концентрированным. Когда-то нам всем придется умереть, а люди, которые приходят к нам за помощью, именно сейчас находятся у последней черты, в очень важном и одновременно сложном периоде своей жизни. Мы должны им помочь справиться с трудностями и именно на этом строить свою деятельность.

От эмпатии к состраданию

Д.Н.: Вы учитель с большим опытом, скажите, можно ли научить состраданию?

Р.Т.: Возможно ли научить состраданию? Давайте сделаем шаг назад. В каждом из нас есть врожденная способность, которая называется эмпатией. Это способность представлять, что может переживать другой

человек. И я полагаю, что у некоторых людей эмпатия более развита, чем у других, а также что ее можно развивать, обсуждая истории пациентов. У всех нас есть воображение, которое позволяет нам прочувствовать состояние другого человека, представить, что он может испытывать сейчас. Через такое вчувствование можно научиться лучше представлять, что пациент переживает сейчас, его внутренние ощущения. И создать в своей памяти хранилище, библиотеку этих переживаний. При этом эмпатия, как я убежден, всегда должна вести к действию. **Эмпатия в действии – это и есть сострадание.** Поэтому да, я думаю, что состраданию можно научить – не всех, но многих.

Д.Н.: Как вы считаете, ежедневное общение с умирающими пациентами, ежедневная необходимость быть при последнем вдохе и последнем выдохе являются ли основными факторами профессионального выгорания специалистов паллиативной помощи, причиной их ухода из этой сферы деятельности?

Р.Т.: Выгорание – это всегда риск для медицинского работника, находящегося рабочий день в сложных физических и эмоциональных условиях. Проблема профессионального выгорания состоит в том, что оно развивается тихо, незаметно, и зачастую человеку требуется время, чтобы понять, что он выгорел или устал. Можно не замечать этого три, шесть, девять, двенадцать месяцев, – не замечать после того, как уже не можешь полноценно взаимодействовать с пациентами и их семьями, находящимися в состоянии душевного дистресса.

Что можно сделать, чтобы предотвратить выгорание? Сложно дать рецепт, но очевидно, что нужен баланс между работой и досугом. Конечно, если вы первопроходец, работа имеет обыкновение распространяться на время, которое должно быть вашим личным. И здесь совершенно необходимо брать отпуск и выходные, нельзя пренебрегать отдыхом.

Для меня преподавание и написание научных статей действовали как противовес работе с пациентами. Также поездки за границу – они могли быть непростыми, но при этом перезаряжали мои батареи, помогали восполнить силы. Я ушел на пенсию из врачебной практики 18 лет назад, проработав в хосписе 30 лет. Большой эпизод выгорания у меня случился после первых 14 лет, потребовалось взять перерыв в 3–4 месяца, хотя и этого, наверное, было недостаточно. Мне пришлось это сделать. В состоянии эмоционального выгорания мы чувствуем себя очень уязвимыми, и требуется время на то, чтобы снова почувствовать себя сильным. Впоследствии у меня было еще несколько таких эпизодов, но они уже не были такими серьезными, как первый, и я обошелся уже без перерывов. Однако мне пришлось реорганизовывать свою работу. Мы выгорим, потому что делаем слишком много. И когда это происходит, нужно отсечь, ампутировать что-то из своей профессиональной жизни. Я слишком мно-

го на себя взял – вот что произошло со мной после 14 лет работы. Строил клиническую службу, Центр совершенствования медицинского персонала, развивал преподавание, писал, вел исследовательские программы, – это просто слишком много, от чего-то надо было отказаться. Правильно или нет, я отодвинул исследовательскую работу. Однако в течение жизни мы снова обрастаем обязанностями, и снова наступает «точка слома», и нужно опять что-то отсечь. Обычно объем работы только увеличивается, и, если мы не будем делать этих «ампутаций» по мере необходимости, учитывая, что мы стареем и сил становится все меньше, мы не выживем. Если вы поддерживаете баланс между работой и досугом, берете отпуск, когда положено, и отсекаете что-то из обязательств каждые несколько лет – тогда вы, возможно, выживете (улыбается).

Когда есть цель, можно двигаться дальше

Д.Н.: Хочу спросить вас про обучение врачей паллиативной помощи: сколько нужно времени, чтобы из врача-хирурга или онколога стать полноценным, качественным специалистом паллиативной помощи? Ваша книга, переводимая фондом помощи хосписам «Вера», – это капитальный труд. В ней огромное количество материала, особенности применения препаратов, специфика ведения пациентов с различными состояниями, сложные схемы лечения. Этот учебник оказался сложным даже для перевода. Как доктору освоить все эти тонкости, сколько ему нужно времени? На что нужно обратить внимание начинающему специалисту? Чему первому он должен научиться – что самое главное он должен уметь?

Р.Т.: Учебник – это важно. «Введение в паллиативную помощь» было написано в контексте Великобритании, поэтому, вероятно, часть книги не будет актуальна для России, и возможно, это следует учесть при издании. Но мне бы хотелось думать, что большая часть информации в этой книге применима везде. Важно ознакомиться с основами паллиативной помощи; главная задача наших пациентов – это переход от борьбы за жизнь к принятию того, что смерть теперь неизбежна, переключение с отчаянных поисков излечения к поиску мира и покоя. И в этом им нужно помочь. Возможно, это не так уж ясно написали в книге, но это ключевая установка – переключиться с борьбы с болезнью на принятие неизбежности смерти. Это задача огромной сложности для пациента и его семьи, но это основополагающая цель. У книг есть ограничения, однако они полезны – вместе с лекциями и клиническими наблюдениями, и я надеюсь, мои книги не так уж сложны. Самое важное заключается в том, что мы говорим в них о совершенно особенной модели ухода – подходе, ориентированном на человека в целом. Мы говорим о партнерстве между меди-

цинским работником и пациентом, оба они эксперты: врач – в патологии и течении заболевания, а пациент и его семья – в том, какое влияние они оказывают на них самих. И поскольку обе стороны обладают экспертным знанием, это образует партнерство, в этом и заключается фундаментальная разница паллиативного и куративного подходов. Мы говорим о том, как помочь людям перейти от ошеломления негативными обстоятельствами к пониманию и принятию этих обстоятельств.

Это уважительное отношение, движение в сторону облегчения помогает человеку определить цели. Люди приходили в мою клинику в совершенном замешательстве, у них в голове было все перепутано, и они не видели выхода, они не видели дороги вперед. Все это было порочным кругом, в котором становилось все хуже и хуже. Тогда я говорил им: «Мы можем помочь вам». Мы выслушивали их истории и говорили, что мы можем помочь с этим, и с этим, и с этим: «Давайте начнем с этого, и посмотрим на ситуацию через некоторое время, и разберемся с некоторыми другими вопросами, которые вы подняли». Когда нам удается установить те или иные цели, мы даем пациенту возможность планировать, идти вперед, выйти из порочного круга. Мы указываем ему направление, в котором надо двигаться, и тем самым восстанавливаем для него надежду. Это и есть ключевой момент паллиативной помощи, это имплицитная часть паллиатива. Установление цели и восстановление надежды.

«Мы должны быть к такому готовы...»

Д.Н.: Пациенты страдают так называемой общей болью – боль, одышка, депрессия и много других тягостных симптомов, которые не дают идти по последнему пути с гордо поднятой головой. Наша цель – помочь больным пройти этот путь. Как вам кажется, какой симптом у умирающего пациента сложнее всего поддается лечению?

Р.Т.: Симптомы могут поддаваться контролю легко, а могут сложно. В зависимости от того, что происходит с пациентом – психологически, социально, духовно. У вас может быть два пациента с одинаковой болью, одинаковым раком – с одинаковой локализацией опухоли, и один будет с легкостью отзываться на предложенные методы облегчения боли, а другой не будет на них реагировать. Есть такая дилемма – некоторые пациенты «устойчивы» к нашим усилиям им помочь, они не могут выразить свои тревоги и страхи, отчего те могут проявляться в симптомах. Эта ситуация сложна и для них и для нас, паллиативных специалистов, но это часть наших обязанностей, нашей ответственности – мы работаем не только для тех, кто относительно хорошо реагирует на лечение, но и для того, чтобы оставаться с теми, кому исключительно тяжело. Мы должны быть к такому готовы.

Д.Н.: Скажите, Роберт, как вы понимаете, что тот или иной пациент нуждается в паллиативной помощи? Как вы считаете, есть ли четкая грань между паллиативной помощью и куративным лечением?

Р.Т.: Четко очерченной границы между паллиативной и куративной помощью не существует. У паллиативной помощи размытые границы. Другими словами, есть пациенты, которые однозначно попадают в паллиативную категорию, и есть те, которым паллиативная помощь может принести пользу, даже когда они получают куративное лечение. Как мне сказал один онколог несколько десятилетий назад, «если ты сможешь облегчить рвоту у этой пациентки (у нее был рак яичников), то я смогу продолжить химиотерапию».

Как видите, у паллиативной помощи есть своя определенная область применения, но также есть часть, в которой она пересекается с куративным лечением, где мы должны работать в тандеме, в партнерстве. Поэтому если у онколога есть пациенты, у которых, по его мнению, хороший шанс получить хорошие долгосрочные результаты от лечения, но одновременно есть симптомы, мешающие применению противоракового лечения, – тогда да, онкологу следует запросить помощь паллиативного врача. В Великобритании во многих крупных больницах есть команды паллиативной поддержки, и это прекрасно. Там могут быть как специализированные паллиативные службы, так и команда паллиативной поддержки, которая посещает пациентов по запросу, дает советы, отслеживает состояние по необходимости. Иногда возникает необходимость перевести пациента в паллиативное отделение, а через некоторое время отступить и дать куративным докторам продолжить свою работу.

Д.Н.: Исследования говорят о том, что раннее начало паллиативной помощи продлевает жизнь больных. Это купирование боли и других тяжелых проявлений заболевания, это взаимодействие с паллиативной командой и обсуждение прогноза заболевания. Как вы думаете, почему же раннее начало паллиативной помощи увеличивает продолжительность жизни пациента, дает им дни, а иногда и месяцы жизни?

Р.Т.: Думаю, мы все согласны с тем, что паллиатив – это о качестве, а не о количестве. Он сосредоточен на том, чтобы улучшить качество жизни, а не продлить ее. Мне кажется, происходит следующее: если вы улучшаете качество жизни, то иногда, случайным образом, если можно так выразиться, продлеваете ее одновременно. Пациент больше не измучен, он спит по ночам, к нему, хоть частично, возвращается аппетит, у пациента есть цели вместо этого ужасного порочного круга бесконечных страданий, и из-за всего этого у него появляются силы – силы его внутреннего бытия. И да, он проживет подольше. Если же говорить о совместном функционировании паллиативной помощи и куративной онкологии, то думаю, влияние паллиативной помощи приведет к тому, что некоторые виды лечения онкозаболеваний, которые мы можем

назвать терапией отчаяния, не будут применены – такие, которые ненамеренно, но ухудшают и сокращают жизнь. Я думаю, само повышение уровня комфорта неизлечимо больного человека и те изменения, которые происходят на психологическом уровне в результате паллиативного лечения, вполне могут продлить жизнь. Просто потому, что мы сосредоточены на ее качестве.

Боль имеет много причин

Д.Н.: Сейчас в России мы много говорим об обезболивании и его доступности как базовом праве пациента. Скажите, пожалуйста, является ли обезболивание действительно сложной и заслуживающей внимания проблемой паллиативной помощи?

Р.Т.: Облегчение боли – это практически стержень паллиативной помощи. Однако не у всех пациентов есть боль. В зависимости от вида рака она может присутствовать у 50%, а может у 95% больных. Поэтому можно, болея раком и умирая от рака, умирать без боли. Однако у большинства пациентов все-таки есть боль, и больше, чем один ее вид. И меньшая часть этих болей, но все равно значимая, будет вызвана не самим раком, а иными причинами. Поэтому наш подход к управлению болью должен основываться на том, что есть множество причин, вызывающих боль, которые могут воздействовать на пациента, и для некоторых из них вообще не нужны препараты. Каждому виду боли, скорее всего, потребуется сочетание нелекарственных и лекарственных методов лечения. Однако боль, вызванная собственно раком, часто настолько сильна, что для нее требуется препарат вроде морфина и препараты из категории нестероидных противовоспалительных средств. Думаю, последние так же важны, и в нашем преподавании мы недостаточно показываем их роль и особенности применения в управлении болью в паллиативной помощи. В моей практике для большинства пациентов результат достигается именно такой комбинацией нестероидного противовоспалительного средства и морфина – в контексте холистического (целостного) ухода. В Великобритании никогда не было проблемы доступности медицинского морфина, как у вас в России и многих других странах. У нас всегда он был легкодоступным. Однако у врачей – обычно тех, кто не работает в паллиативной службе, – есть обеспокоенность в связи с неправильным или ненадлежащим его использованием, особенно в ситуации лечения неонкологических болей. Однако в контексте паллиативной помощи для моих пациентов это никогда не было большой проблемой – сказать, что теперь нам нужно использовать морфин в дополнение к тому, что мы уже делаем, и назначить его. Важно спросить больного: «Как вы отнесетесь к назначению морфина?» И если у пациента появились страхи или беспокойство по этому поводу и он говорит: «Ой, это значит, что я умру?» – тогда вы отвечаете: «Послушайте, если вы перенесете операцию, вам дадут

морфин после нее и это не потому, что вы умираете, а чтобы вам стало лучше. Если у вас будет сердечный приступ с сильной болью, вам дадут морфин не потому, что вы обязательно умрете, а чтобы помочь вам справиться с острой, кризисной ситуацией, чтобы вам стало лучше». Морфин не означает смерть. Боль – она может вас убить, а морфин возвращает к жизни. Есть разные способы, которые я использую, чтобы объяснить пациенту необходимость обезболивания, а паллиативная медсестра, которая работает с ним более тесно, найдет пути, как успокоить больного и улучшить его отношение к обезболиванию, правильным образом сопроводить пациента во время приема лекарства, отследить все побочные эффекты и симптомы, которые могут возникнуть, – тошноту или запор, выявить их причину. Это замысловато, знаете ли. Мы делаем это практически на автомате, с закрытыми глазами. Основополагающее значение имеет командная работа между врачом и паллиативной медсестрой, такое важное в нашем деле.

Д.Н.: А от чего вы хотели бы предостеречь нашу развивающуюся паллиативную службу? Может быть, вы как человек, который прошел этот путь развития паллиативной помощи в своей стране, могли бы дать какие-то советы? На что нам нужно обратить внимание, чего опасаться и в какую сторону правильнее двигаться?

Р.Т.: Россия – очень большая страна, и задача построения в ней паллиативной службы огромна. А это значит, что начинать надо именно там, где вы находитесь, – с Центра совершенствования, Федерального центра паллиативной медицинской помощи, открытие которого мы празднуем завтра. Это абсолютно необходимо – иметь такое место, которое привлекало бы специалистов, лидеров из разных регионов, чтобы они приезжали сюда, учились, видели, испытывали на своем опыте. Вы не можете в одиночку сделать всего, но вы можете помочь, научить, вдохновить этих представителей регионов, и они будут возвращаться к себе и воссоздавать то, что увидели в центре, применять тот опыт, который они здесь получили. Вам лично важно понимать, что вы не можете сделать все – нужно сосредоточиться на развитии этого центра, чтобы его эффект был подобен кругам на воде – охватывал, расходился на регионы. А что будет происходить в регионах – зависит уже от них самих.

Д.Н.: Спасибо вам большое, Роберт!

Большая честь для всех нас иметь возможность общения с вами. Мы сегодня обсудили актуальнейшие темы, касающиеся помощи тяжелобольным пациентам, уверена что ваши рассуждения помогут российским специалистам в их ежедневной практике у постели больного.

Мы желаем вам благополучия и здоровья на долгие годы.

Переводчик Карина Тимофеева

Требования к статьям для авторов

Редакция журнала «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, оригинальные обзорные статьи, случаи из практики, рецензии и др., по темам: паллиативная медицина, паллиативная и хосписная помощь.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статьи принимаются на русском и английском языках.
2. Статья предоставляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экземпляр). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.
3. На титульной странице указываются: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы (полное название учреждения и адрес) и должность авторов, номер контактного телефона и адрес электронной почты.
4. Перед названием статьи указывается УДК.
5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полупетельный межстрочный интервал; ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац» (не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab). Десятичные дроби следует писать через запятую. Объем статьи – до 24 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).
6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организацию, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы. Возможно авторское оформление статьи (согласуется с редакцией).
7. Прилагаемое резюме (аннотация): объем 250–300 слов, ключевые слова. В реферате дается краткое описание работы. Выделяются разделы: цель, материалы и методы, результаты и выводы. Он должен содержать только существенные факты работы, в том числе основные цифровые показатели и краткие выводы.
8. Название статьи, ФИО авторов, название учреждения, резюме и ключевые слова должны быть представлены на русском и английском языках.
9. Для каждого автора целесообразно указать:
 - а) SPIN-код в e-library (формат: XXXX-XXXX),
 - б) Researcher ID (формат: X-XXXX-20XX),
 - в) ORCID iD (XXXX-XXXX-XXXX-XXXX).
10. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте

при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

11. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

12. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и четко обозначенные приводимые категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

13. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках согласно приставному списку литературы, оформленному в соответствии с ГОСТом и расположенному в конце статьи. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы по мере их упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. В списке литературы указываются: а) для книг – фамилия и инициалы автора, полное название работы, город (где издана), название издательства, год издания, количество страниц; б) для журнальных статей – фамилия и инициалы автора (-ов; не более трех авторов), название статьи, журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»; в) для диссертации – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская диссертация, место издания, год, количество страниц.

14. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

15. Статьи, поступившие в редакцию, подлежат рецензированию. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а также отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям и/или тематике журнала.

16. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.

17. Редакция не несет ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшее по вине авторов присланных материалов.

Статьи направляются письмом по адресу:

Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2
Издательский дом «Стриж Медиа»

Российский научно-практический журнал
«PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь»

№ 2, июнь 2020

Главный редактор
НЕВЗОРОВА Д.В.



Журнал зарегистрирован в Роскомнадзоре.

Свидетельство о регистрации СМИ

ПИ № ФС 77-73615 от 05.10.2018

Периодичность издания – 4 раза в год

Учредитель и издатель
ООО Издательский дом «Стриж Медиа»

Адрес редакции и издательства:
Россия, 125124 г. Москва, 5-я улица Ямского Поля, д. 7, стр. 2
Генеральный директор **Олеринская Т.Г.**

Главный редактор **Кукушева Т.Е.**

Главный художник **Кузнецова Е.А.**

Контакты: 8-495-252-75-31, tkukusheva@strizhmedia.ru
Отпечатано в ОАО «Подольская фабрика офсетной печати»

142100 г. Подольск, Ревпроспект, д. 80/42.

Заказ 01917-20. Тираж 500 экз.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале
«Pallium: паллиативная и хосписная помощь», возможна только с разрешения редакции.

© ООО ИД «Стриж Медиа», 2018

Дорогие коллеги, друзья!

Мы рады сообщить,
что теперь вы можете подписаться на журнал
«PALLIUM: паллиативная и хосписная
помощь» и получать каждый
новый номер с полезной
и важной информацией
с доставкой!

Подписаться можно

двумя способами:

1

Из офиса или дома.

Заходите на сайт
«Почта России» по ссылке
<https://podpiska.pochta.ru>

В разделе «Газеты и журналы по подписке» забываете название «PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» (или подписной индекс издания ПР394). Появится обложка журнала и его название, кликаете на него, выбираете нужный вам период подписки и заполняете все необходимые данные для доставки. Остается только оплатить заказ любой из трех банковских карт: МИР, VISA или Mastercard.

2

**В любом отделении
«Почта России»**

Подписаться на журнал вам поможет оператор. Обратитесь к нему и обязательно скажите, что хотите оформить подписку по электронному каталогу «Почта России». Это очень важно отметить. Сообщите ему название или индекс издания и желаемый период подписки.

Подписной индекс

ПР394

**Журнал
«PALLIUM: паллиативная
и хосписная помощь»**

Российский научно-практический журнал

PALLIUM

ПАЛЛИАТИВНАЯ
И ХОСПИСНАЯ
ПОМОЩЬ

www.pro-hospice.ru



АССОЦИАЦИЯ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
УЧАСТНИКОВ
ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ

№2 (3)
2019



«Главное — жить любя»

Вера Миллионщикова,
основатель и первый главный врач
Первого московского хосписа



Подписка на журнал
«PALLIUM: паллиативная и хосписная помощь» —
по каталогу «Почта России»

Подписной индекс ПР394