Министерство здравоохранения Омской области

БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

(БПОУ ОО «МК»)

ЦК СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО

**ПМ. 02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах**

**МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях**

**Раздел 6 Паллиативная медицинская помощь**

**Тема 6.3. Нормативно-правовые аспекты паллиативной медицинской помощи.**

**Специальность** 34.02.01 Сестринское дело (базовая подготовка)

2 курс на базе среднего общего образования

3 курс на базе основного общего образования

3 курс очно-заочная форма обучения

Разработчик: Мельник О.Н.

Омск 2020

**Тема 6.3. Нормативно-правовые аспекты паллиативной медицинской помощи.**

|  |
| --- |
| **ПЛАН ЛЕКЦИИ** |
| **1. Основные документы, регламентирующие оказание паллиативной помощи** |
| **2. Как получить помощь хосписов** |
| **3. Памятка для пациентов и их родственников** |
| **4. Дополнительные материалы** |

Основным нормативным правовым актом, регулирующим вопросы оказания паллиативной медицинской помощи, является **Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".**

Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

Минздравом России определены два порядка оказания паллиативной медицинской помощи:

– в отношении взрослых;

– в отношении детей.

Правила оказания **взрослому населению** паллиативной медицинской помощи, направленной на улучшение качества жизни граждан, страдающих неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, которые, как правило, приводят к преждевременной смерти, а также заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения, за исключением больных ВИЧ-инфекцией, установлены **Приказом Минздрава России от 14.04.2015 N 187н.**

Основной целью паллиативной медицинской помощи является эффективное и своевременное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных лиц до момента их смерти.

Паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие основные группы:

пациенты с различными формами злокачественных новообразований;

пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации,

невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;

пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;

пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;

пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в

симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;

пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;

пациенты с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания.

Паллиативная медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

**Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 187н** обязывает оказывать паллиативную помощь на основе принципов соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения к пациенту и его родственникам со стороны медицинских и иных работников.

Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляют:

врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;

врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

Направление больных злокачественными новообразованиями в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях, осуществляют:

врачи по паллиативной медицинской помощи кабинетов паллиативной медицинской помощи, выездных патронажных служб паллиативной медицинской помощи, хосписов, отделений паллиативной медицинской помощи, врачи-онкологи при наличии гистологически верифицированного диагноза;

врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения.

Медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, вправе осуществлять свою деятельность во взаимодействии с благотворительными, добровольческими (волонтерскими) и религиозными организациями.

Правила оказания паллиативной медицинской помощи **детям** установлены **Приказом Минздрава России от 14.04.2015 N 193н.**

Оказание паллиативной медицинской помощи детям осуществляется:

врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами, врачами по паллиативной медицинской помощи, прошедшими обучение по дополнительным профессиональным программам повышения квалификации) по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям;

медицинскими работниками со средним профессиональным образованием, прошедшими обучение по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи детям.

**КАК ПОЛУЧИТЬ БЕСПЛАТНО ПОМОЩЬ ХОСПИСОВ?**

Хосписы оказывают паллиативную медицинскую помощь, под которой понимается комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан (**ч. 1 ст. 36 Закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ**).

Оказание паллиативной медицинской помощи входит в программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (**п. 4 ч. 1 ст. 80 Закона N 323-ФЗ**).

При оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи гражданин имеет право на выбор медицинской организации в порядке, утвержденном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (**ч. 1 ст. 21 Закона N 323-ФЗ**).

**Содержание заявления о выборе хосписа**

Для получения бесплатной помощи хосписов гражданин, страдающий неизлечимым заболеванием, или его представитель должны обратиться в выбранную медицинскую организацию (хоспис) в пределах территории субъекта РФ, в котором проживает гражданин, с письменным заявлением о выборе медицинской организации, которое содержит следующие сведения (**п. 4 Порядка, утв. Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 N 406н**):

1) наименование и фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление;

2) фамилию и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление;

3) информацию о гражданине:

- фамилию, имя, отчество (при наличии);

- пол;

- дату и место рождения;

- гражданство;

- данные документа, предъявляемого согласно установленным требованиям;

- место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника);

- место и дату регистрации;

- контактную информацию;

4) информацию о представителе гражданина, в том числе законном представителе:

- фамилию, имя, отчество (при наличии);

- отношение к гражданину;

- данные документа, предъявляемого согласно утвержденным требованиям;

- контактную информацию;

5) номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина;

6) наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином;

7) наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления.

**Необходимые документы**

При подаче заявления предъявляются оригиналы документов, в частности, для детей - граждан РФ до 14 лет - свидетельство о рождении, документ, удостоверяющий личность законного представителя, полис ОМС ребенка; для граждан РФ от 14 лет и старше - паспорт гражданина РФ и полис ОМС (п. 5 Порядка).

Кроме того, может потребоваться представление документа, свидетельствующего о наличии у гражданина неизлечимого заболевания. Это может быть справка от лечащего врача, выписка из амбулаторной карты стационарного (амбулаторного) больного.

**Порядок информирования гражданина о принятии в хоспис**

После получения заявления хоспис в течение двух рабочих дней направляет письмо по почте, электронной почте о подтверждении информации, указанной в заявлении, в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления (п. 7 Порядка).

Медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение двух рабочих дней с момента получения письма направляет соответствующую информацию письмом по почте, электронной почте в хоспис (п. 8 Порядка).

В течение двух рабочих дней после подтверждения медицинской организацией, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, информации, указанной в заявлении, руководитель хосписа информирует гражданина или его представителя в письменной или устной форме (лично или по почте, телефону, по электронной почте) о принятии гражданина на медицинское обслуживание (п. 9 Порядка).

Эти действия позволят гражданину получить помощь хосписа бесплатно.

***Примечание.*** *В случае отказа администрации хосписа в предоставлении бесплатной медицинской помощи заявитель вправе обратиться с жалобой на нарушение его прав в органы государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, прокуратуру или в суд.*

**Минздрав России в письме от 28.05.2015 N 17-9/10/2-2519** в целях информирования по вопросам организации медицинской помощи пациентам паллиативного профиля привел пример памятки для пациентов и их родственников.

***ПАМЯТКА***

*Лечением хронической боли у неизлечимых больных занимается паллиативная медицина*

*Паллиативная медицинская помощь*

*Амбулаторные условия, в том числе на дому*

*1 Кабинеты паллиативной медицинской помощи*

*2 Выездные патронажные службы на базе медицинских организаций (график работы устанавливается мед. организацией)*

*Медицинские работники, оказывающие паллиативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, обеспечиваются лекарственными средствами для обезболивания и имеют право выписки рецепта на наркотические и психотропные средства*

*Стационарные условия*

*1 Отделения паллиативной медицинской помощи*

*2 Хосписы*

*- Возможность выписки рецепта на наркотические и психотропные средства на срок до 5 дней при выписке пациента из стационара;*

*- Возможность выдачи на руки лекарственного препарата на срок до 5 дней*

*ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ ДОЛЖНО БЫТЬ ОСНОВАНО НА ПРИНЦИПАХ ВСЕМИРНОЙ*

*ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВОЗ):*

*НЕИНВАЗИВНО избегать инъекций ПО ЧАСАМ анальгетики принимают по графику, не дожидаясь усиления боли*

*ПО ВОСХОДЯЩЕЙ анальгетики назначаются, начиная от высоких доз слабого анальгетика к низким дозам сильного анальгетика*

*ИНДИВИДУАЛЬНО с учетом индивидуальной реакции больного на препарат;*

*С ВНИМАНИЕМ К ДЕТАЛЯМ нужно следить за эффективностью анальгетика и его побочными действиями.*

*ТЕРАПИЯ БОЛИ*

*Куда обратиться, если у Вас возникла сильная боль?*

*Быстрый доступ - это получение препарата в течение 2 - 3 часов вне зависимости от времени суток, дня недели, диагноза, возраста и пр. факторов*

*Районная поликлиника*

*Обезболивание пациентов паллиативного профиля с применением наркотических средств в амбулаторных условиях осуществляется по месту нахождения (фактического проживания) пациента.*

*Назначение наркотических средств осуществляется медицинским работником единолично согласно* ***приказу Минздрава России от 20.12.2012 N 1175н "06 утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков их учета и хранения"*** *при осуществлении первичной медико-санитарной и паллиативной медицинской помощи.*

*Пациент с болью - как получить лекарство?*

*1 Пациент, либо доверенное лицо идет в поликлинику*

*2 Медицинский работник осматривает пациента и выписывает рецепт*

*3 Заведующий ставит печать*

*4 Списки пациентов поликлиникой передаются в аптеку по месту жительства*

*5 Получение лекарственного средства в аптеке*

*6 Получение пациентом обезболивания*

*При оказании скорой медицинской помощи, при усилении болевого синдрома (прорыв боли) в случае необходимости применения наркотических средств больным, получающим симптоматическое лечение: "03"*

*- при невозможности провести обезболивание самостоятельно, обезболивание производится выездной бригадой скорой медицинской помощи (в рамках оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме) наркотическим средством пациента, полученного им по рецепту поликлиники;*

*- введение наркотического средства в случае сильного болевого синдрома, который не снимается ненаркотическими обезболивающими средствами, производится выездной бригады скорой медицинской помощи (в рамках оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме). О проведении обезболивания делается запись в карте вызова, с последующим информированием заведующего подстанцией и руководства территориальной поликлиникой для принятия решения об обеспечении пациента наркотическим средством и проведении дальнейшего планового обезболивания в установленном порядке.*

*БОЛЬ ТЕРПЕТЬ НЕЛЬЗЯ*

*КУДА ОБРАТИТЬСЯ, ЕСЛИ ВОЗНИКЛИ ТРУДНОСТИ С НАЗНАЧЕНИЕМ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕГО?*

*Телефон "горячей линии" регионального управления здравоохранением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Телефон "горячей линии" Минздрава РФ 8 800 200-03-88*

*Телефон главного внештатного специалиста по паллиативной помощи региона*

**Дополнительные материалы**

**Определение паллиативной̆ помощи**

Специальная норма, посвященная паллиативной̆ медицинской̆ помощи, появилась в российском законодательстве сравнительно недавно. **Статья 36 Закона об охране здоровья** содержит следующее определение: паллиативная помощь – это комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

В развитие нормы закона приняты два документа: **приказ Минздрава России от 14.04.2015 № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной̆ медицинской̆ помощи взрослому населению»** и **приказ Минздрава России от 14.04.2015 № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной̆ медицинской̆ помощи детям»**

Анализируя определение, данное в **Законе об охране здоровья**, можно сделать следующим выводы.

* 1. Паллиативная помощь представлена как разновидность медицинской̆ помощи и подпадает под регулирование Закона об охране здоровья. По сути, это означает, что все немедицинские аспекты выпадают из-под правового регулирования и должны охватываться иными нормативными актами. Но иные нормативные акты не могут вторгаться в оказание паллиативной̆ помощи, поскольку она определена как разновидность медицинской̆.
* 2. Определен субъект, которому оказывается паллиативная помощь, – неизлечимо больные граждане. Однако это понятие в законе строго не определено. Понятия «безнадежное состояние», «умирающий больной̆» не являются строго клиническими, это в большей степени оценочные понятия.
* 3. Выделена центральная цель оказания помощи: улучшение качества жизни. «Качество жизни» – емкое понятие, используемое как в медицине, так и в философии, социологии, праве. Оно нередко подвергается критике, поскольку может создавать основу для дискриминации тех граждан, которые «не дотягивают» до определенного уровня качества жизни. В связи с этим некоторые специалисты предлагают использовать термин «улучшение жизненного уровня пациентов» (позаимствованный из документов ВОЗ).
* 4. Определена цель оказания паллиативной помощи: избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболеваний. Она идет вразрез с общим понятием медицинской помощи, представленным в ст. 2 Закона об охране здоровья: «медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг». В этом заключается специфика данного вида помощи. Паллиативная помощь не может быть направлена на выздоровление.
* 5. Являясь разновидностью медицинской̆ помощи, паллиативная помощь оказывается в соответствии с порядками и стандартами **(ст. 37 Закона об охране здоровья)**. В частности, **приказом Минздрава России от 09.11.2012 № 785н** утвержден стандарт специализированной̆ медицинской̆ помощи при злокачественных новообразованиях желудка IA–IV стадии (паллиативное химиотерапевтическое лечение), а **приказом Минздрава России от 24.12.2012 № 1462н** – стандарт специализированной̆ медицинской̆ помощи при злокачественных новообразованиях легкого III–IV стадии (паллиативное эндоскопическое лечение).

Термин «качество жизни» используется во многих международных документах, посвященных паллиативной̆ помощи (например, в Рекомендациях Rec (2003) 130 Комитета Министров Совета Европы государствам – участникам по организации паллиативной̆ помощи (приняты 12 ноября 2003 г. на 860-м заседании уполномоченных представителей̆ министров)). Терминологическая правка не решит существующие проблемы в этой̆ области.

**Программа государственных гарантий**

В соответствии с Программой̆ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской̆ помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов (утв. **постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273**) паллиативная медицинская помощь оказывается в медицинских организациях бесплатно. В Программе уточняется, что паллиативная помощь может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях. Определен субъект оказания помощи – медицинский̆ работник, прошедший̆ «обучение по оказанию такой помощи». Врач по паллиативной̆ медицинской̆ помощи включен в Номенклатуру должностей̆ медицинских работников и фармацевтических работников (утв. **приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н**).

Согласно Программе паллиативная медицинская помощь оказывается за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ. Средние нормативы объема медицинской̆ помощи составляют: для паллиативной̆ медицинской̆ помощи в стационарных условиях на 2015 г. – 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2016 г. – 0,092 койко-дня на 1 жителя, на 2017 г. – 0,092 койко-дня на 1 жителя. Как видим, норматив будет неизменным в течение трех лет. Финансовые затраты планируются исходя из 1708,2 руб. на 1 койко-день в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях (включая больницы сестринского ухода).

Нормативы оказания паллиативной̆ помощи выездными бригадами, а также при постоянном уходе на дому отсутствуют. На уровне субъектов РФ нередки попытки занижения объемов финансирования паллиативной̆ помощи, чему препятствуют обращения в суд.

**Порядок оказания паллиативной̆ помощи**

Порядок, утвержденным̆ **приказом № 187н**, распространяется, как явно следует из его названия, только на взрослое население. Порядком определены условия оказания паллиативной̆ медицинской̆ помощи: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника; стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение). В сравнении с прежним порядком (утв. приказом № 1343н) паллиативная помощь теперь не может оказываться в дневном стационаре.

Однако многочисленные рекомендации ВОЗ национальным системам здравоохранения исходят из того, чтобы учитывать пожелания тяжелобольных людей относительно предпочитаемого места получения помощи и завершения жизни. Исходя из индивидуальных предпочтений, должна выстраиваться модель оказания паллиативной помощи. Указывается, что должна быть налажена систематическая регистрация места наступления смерти, эти данные впоследствии можно использовать для предварительной̆ оценки эффективности оказания паллиативной̆ помощи. Необходимо способствовать тому, чтобы службы здравоохранения выясняли у больных, где они желают получать помощь и где бы они предпочли закончить жизнь. Степень удовлетворения индивидуального выбора должна служить окончательным критерием эффективности.

Право пациента на выбор медицинской организации и врача не отрицается, здесь действуют стандартные правила (**ст. 21 Закона об охране здоровья**). Далее, при выборе врача необходимо учитывать его согласие. Здесь появляется дополнительная сложность: если паллиативную помощь рассматривать как разновидность специализированной̆, то выбор медицинской̆ организации осуществляется по направлению лечащего врача. Если в реализации территориальной̆ программы государственных гарантий принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий̆ врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской̆ организации с учетом выполнения условий оказания медицинской̆ помощи, установленных территориальной программой̆.

Однако в **ст. 36 Закона об охране здоровья** паллиативная помощь не характеризуется как специализированная. Более того, в соответствии с классификацией̆, предусмотренной̆ ст. 32 Закона, паллиативная помощь является самостоятельным видом медицинской̆ помощи. Такой подход представляется неточным. По сути, в рамках общего перечисления видов медицинской̆ помощи за основу берутся различные основания. Бессистемность наблюдается и в гл. 5 Закона об охране здоровья, где можно найти отдельные статьи, посвященные донорству органов (тканей) человека, реабилитации, профилактике заболеваний, клинической апробации и т. д. По мнению ряда юристов, было бы целесообразно отнести паллиативную помощь к специализированной помощи.

*ЭТО ИНТЕРЕСНО*

*В России паллиативная помощь оказывалась уже в начале XX в. Так, в 1903 г. по инициативе проф. А.Л. Левшина на пожертвования фабриканта С. Морозова был открыт Раковый институт при медицинском факультете Московского университета (в настоящее время – МГМУ им. И.М. Сеченова). Его главной целью стала организация ухода за больными с распространенными формами злокачественных новообразований. Такие же цели преследовала и Еленинская больница для бедных женщин, страдающих онкологическими заболеваниями, которая была построена в Санкт-Петербурге в 1911 г. на средства купцов Елисеевых. Как и в большинстве стран, в России паллиативная медицина развивалась из онкологии. В СССР вопросы оказания медицинской помощи онкологическим больным IV клинической группы эпизодически отражались в различных директивных документах, в основном речь шла о госпитализации таких больных в соматические отделения лечебных учреждений общего профиля. В одном из последних приказов Минздрава СССР (от 25.04.1986 № 590) территориям приказано обеспечить обязательную госпитализацию в стационары лечебно-профилактических учреждений больных с далеко зашедшими формами злокачественных новообразований (взрослых и детей) при наличии выраженного болевого синдрома и невозможности обеспечить лечение и уход в домашних условиях. В 1987 г. на базе МНИОИ им. П.А. Герцена открыт один из первых кабинетов противоболевой терапии, в 1991 г. организован Российский научно-учебно-методический центр лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных, а в 1993 г. – Экспертный совет по организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным. В 1994 г. на базе ГКБ № 11 г. Москвы открыто первое отделение паллиативной помощи онкологическим больным.*

Порядок уточняет критерии, при наличии которых оказывается паллиативная помощь. Наличие неизлечимого заболевания не является единственным основанием. Помощь будет оказываться пациентам с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие основные группы: пациенты с различными формами злокачественных новообразований; пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента; пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития; пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи; пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи; пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания; пациенты с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания.

Направление больных в медицинские организации, оказывающие паллиативную помощь, различается в зависимости от наличия или отсутствия онкологического заболевания. При наличии онкологического заболевания направление будет различаться в зависимости от того, присутствует ли гистологически верифицированный диагноз. Если такой диагноз поставлен, то пациента направляет врач-онколог, если нет – врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные врачи) при наличии заключения врача-онколога об инкурабельности заболевания и необходимости проведения симптоматического и обезболивающего лечения. При отсутствии онкологического заболевания направление осуществляется на основании врачебной комиссии медицинской организации, в которой больной проходит лечение.

**Паллиативная помощь детям**

Проанализированный Порядок (как и порядок, действовавший до него) распространяется только на взрослое население. Однако в паллиативной помощи нуждаются и дети. Пробел, существовавший в федеральном законодательстве, долгое время пытались устранить на региональном уровне.

Во всех документах определен субъект, которому оказывается специализированная помощь, – ребенок в возрасте от 0 до 17 лет. Приказ министерства здравоохранения Московской области устанавливает, что оказание паллиативной медицинской помощи детям организуется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (частные организации не упоминаются), имеющих соответствующую лицензию, в форме стационарного отделения, дневного стационара, а также на дому и в амбулаторных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи. Паллиативная помощь оказывается комплексно, с привлечением специалистов органов социальной защиты, психологов.

Документ, принятый в Воронежской области, закрепляет основные задачи специализированного отделения паллиативной помощи. Среди таких задач оказание психотерапевтической помощи и психологической поддержки, обучение родственников пациента навыкам ухода (и оказание им психологической поддержки), привлечение волонтеров, обеспечивающих безвозмездный уход за пациентами, привлечение внимания государственных, коммерческих, общественных и религиозных организаций к проблемам детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. В документе подчеркивается, что отделение оказывает паллиативную медицинскую помощь только детям Воронежской области.

Региональными документами расширен перечень заболеваний, при наличии которых может оказываться паллиативная помощь. В частности, приказ министерства здравоохранения Московской области предусматривает «наличие онкологических, неврологических, наследственных и других заболеваний». Приказ департамента здравоохранения Воронежской области закрепляет показания и противопоказания для направления в отделение паллиативной медицинской помощи.

Ребенок направляется для оказания паллиативной помощи на основании заключения врачебной комиссии медицинской организации, на лечении в которой он находится. Госпитализация возможна только при наличии письменного согласия законных представителей ребенка. Приказ департамента здравоохранения Воронежской области устанавливает, что «в отделении обеспечивается возможность для круглосуточного посещения ребенка родителями или опекунами. Другие посетители в отделение допускаются только с согласия законных представителей ребенка».

В настоящее время **приказом № 193н** утвержден Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям, который во многом учитывает опыт регионов. Порядком определено, что паллиативная медицинская помощь оказывается неизлечимо больным детям с отсутствием реабилитационного потенциала, которые нуждаются в симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе. Возрастные границы не указаны, но есть уточнение, что при достижении ребенком 18 лет он направляется в медицинскую организацию для взрослых.

Решение о направлении ребенка на оказание паллиативной медицинской помощи принимает врачебная комиссия медицинской организации, в которой ведется наблюдение и/или лечение ребенка. Врачебная комиссия оформляет соответствующее заключение, которое выдается на руки законным представителям. Предполагается, что уже сами законные представители должны определять, госпитализировать ребенка или нет.

*СПРАВКА*

*В отношении ВИЧ-инфицированных пациентов на федеральном уровне действует Положение об оказании паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией (утв.* ***приказом Минздравсоцразвития России от 17.09.2007 № 610****). В данном документе приводится альтернативное определение паллиативной помощи: «Под паллиативной помощью понимается комплекс мер, направленных на улучшение качества жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием, включающий медицинскую, социальную и психологическую поддержку больного и членов его семьи». К задачам медицинских учреждений добавляется оказание медико-социальной помощи больным ВИЧ-инфекцией и членам их семей, а также элементарный уход за больными, способность к самообслуживанию которых значительно снижена или утрачена.*

**Паллиативная помощь как социальная помощь**

Отечественный законодатель пошел по пути упрощения, трактуя паллиативную помощь только как медицинскую помощь, т. е. комплекс медицинских вмешательств исключительно для неизлечимо больных граждан. В то же время согласно определению, данному ВОЗ в 2002 г., паллиативная помощь – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки.

Паллиативная помощь направлена на ослабление боли и других мучительных симптомов, утверждает ценность жизни, но относится к смерти как к естественному событию, не стремясь ни к ускорению, ни к отсрочке ее наступления. Паллиативная помощь включает психологическую и моральную поддержку, направленную на то, чтобы помочь больному сохранять в максимально возможной степени активную жизнь до последнего дня. Система поддержки для близких больного призвана помочь им справляться с трагической ситуацией. При необходимости для них проводится психологическое консультирование после смерти больного.

Таким образом, российские нормы оказания паллиативной медицинской помощи как минимум не учитывают обстоятельство, на которое обращает внимание ВОЗ. Паллиативная помощь должна включать в себя не только медицинскую, но и социальную, а также психологическую помощь. Российские нормативные документы федерального уровня, по-видимому, исходят из разделения сфер ответственности, когда Минздрав России отвечает только за медицину, а за все остальное – другие ведомства. Однако у других ведомств иное видение ситуации: паллиативная помощь во всех ее проявлениях – зона ответственности Минздрава России.

На региональном уровне наблюдаются некоторые разночтения по этому вопросу. Например, в Калининградской области паллиативная помощь рассматривается как разновидность социальной помощи. Положение об организации паллиативного ухода на дому за пожилыми людьми и инвалидами с тяжелыми формами заболеваний на 2012–2015 гг. (утв. приказом министерства социальной политики и труда Калининградской области от 21.02.2012 № 22) устанавливает, что паллиативный уход на дому ориентирован на оказание действенной помощи пожилым людям и инвалидам с тяжелыми формами заболеваний путем предоставления социально-бытовых, санитарно-гигиенических, социально-медицинских, социально-правовых и иных услуг на дому. (Приказ принят не министерством здравоохранения!)

**Помощь родственникам**

Упоминание об оказании помощи родственникам инкурабельного больного отсутствует в Законе об охране здоровья. Между тем медицинские исследования показывают, что именно в окружении больного формируется т. н. хронический дистресс (по некоторым данным, смертность среди близких родственников онкологического больного возрастает на 40%). Именно паллиативная служба должна способствовать уменьшению последствий хронического дистресса, оторванности родственников от нормальной социальной жизни и расходов здравоохранения на их реабилитацию.

**Приказ № 187н** вносит некоторые коррективы. Так, в правилах организации деятельности кабинета паллиативной медицинской помощи специально обозначено, что в его задачи входит также оказание социально-психологической помощи больным и их родственникам, обучение родственников навыкам ухода за больными.

**Круг пациентов**

Российским законодательством долгое время был ограничен круг лиц, нуждающихся в оказании паллиативной помощи. Паллиативная помощь оказывалась лишь тогда, когда любая терапия уже не давала положительного эффекта. Для сравнения: в ст. 53 Кодекса Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения есть прямое указание на то, что паллиативная помощь оказывается неизлечимым больным в терминальной (конечной) стадии заболевания в специализированных структурных подразделениях, самостоятельных медицинских организациях (хосписах) или в форме стационара на дому. В Законе об охране здоровья такого ограничения нет, однако оно нередко встречается в нормативных актах субъектов РФ. Например, подобное указание есть в Положении о службе паллиативной помощи больным с распространенными формами онкологических заболеваний, утвержденном распоряжением министерства здравоохранения Хабаровского края от 16.11.2012 № 1367-р.

В пособии, подготовленном Европейским бюро ВОЗ, подчеркивается: «Однако в реальной жизни больные и их близкие на протяжении порой многих лет болезни сталкиваются с различными проблемами и нуждаются в помощи именно в это время, а не только непосредственно перед наступлением смертельного исхода. Принцип оказания паллиативной помощи только на финальном отрезке жизни явно не подходит для тех часто возникающих ситуаций, когда больные нуждаются в паллиативной помощи сразу же после постановки диагноза, несмотря на то что им параллельно и до конца жизни проводят лечение, направленное против развития основного заболевания» 10 .

**Законодательство стран ближнего зарубежья**

Мы уже упомянули о Кодексе Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения. Сопоставим отечественные правила оказания паллиативной медицинской помощи с аналогичными правилами, установленными в странах ближнего зарубежья.

В Республике Беларусь паллиативная помощь определена как специализированная медицинская помощь, оказываемая пациентам с онкологической патологией в терминальной стадии заболевания, предусматривающая купирование боли и других симптомов, когда дальнейшее применение специальных, сложных, высокотехнологичных или уникальных методов оказания медицинской помощи ограничено либо исчерпано (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20.12.2008 № 225). Как видно, паллиативная помощь в белорусском документе гарантирована только пациентам с онкологической патологией, только в терминальной стадии, только при невозможности применения иных методов оказания медицинской помощи.

Статья 53 Кодекса Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения содержит лишь общее понятие паллиативной помощи. Упоминается хоспис как вид специализированной медицинской организации (к слову, в российском Законе об охране здоровья отсутствует упоминание о хосписах). В Казахстане предусматривается также сестринский уход, который определен как ключевой, но под руководством врача.

Показательно, что ранее действовавшее Положение о деятельности организаций, оказывающих паллиативную помощь и реабилитацию (утв. приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28.12.2006 № 657), исходило из широкого понимания паллиативной помощи – как активной всесторонней помощи с целью улучшения качества жизни неизлечимого больного и его семьи.

Сейчас в Республике Казахстан действуют Правила оказания паллиативной помощи и сестринского ухода, утвержденные постановлением Правительства Республики Казахстан от 15.11.2011 № 1343. Согласно Правилам паллиативная помощь представляет собой направление медицинской и социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни и общего состояния пациентов с неизлечимыми заболеваниями в терминальной (конечной) стадии. Наличие неизлечимого заболевания подтверждается медицинским заключением, выданным организацией здравоохранения.

**Международные нормы и рекомендации**

На международном уровне приняты уже упоминавшиеся нами рекомендации ВОЗ относительно оказания паллиативной помощи, которые можно обобщить следующим образом. Определено, что паллиативная помощь: обеспечивает облегчение боли и других симптомов, причиняющих страдания; утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу; не стремится ни ускорить, ни отдалить наступление смерти; включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам; предлагает систему поддержки, помогающую пациентам жить по возможности активно до наступления смерти; предлагает систему поддержки близким пациента во время его болезни, а также в период тяжелой утраты; использует бригадный подход для удовлетворения потребностей пациентов, в т. ч., при необходимости, в период тяжелой утраты; улучшает качество жизни и может также оказывать положительное влияние на течение болезни; применима на ранних стадиях болезни в сочетании с другими видами терапии, предназначаемыми для продления жизни, такими как химиотерапия или радиотерапия, и включает проведение исследований, необходимых для лучшего понимания и ведения причиняющих страдания клинических осложнений.

Всемирной медицинской ассоциацией приняты следующие документы: Заявление о политике в области лечения смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль (Калифорния, октябрь, 1990 г.), Венецианская декларация о терминальном состоянии (Венеция, октябрь, 1983 г.), Заявление о персистирующем вегетативном состоянии (Гонконг, сентябрь, 1989 г.), Сиднейская декларация относительно констатации факта смерти (август 1968 г., дополнена в октябре 1983 г.).

*ЭТО ИНТЕРЕСНО*

*Как следовало из Положения о деятельности организаций, оказывающих паллиативную помощь и реабилитацию (утв. приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28.12.2006 № 657), улучшение качества жизни больного должно достигаться путем комплексной реабилитации, включающей в себя медицинскую, психологическую и медико- социальную помощь. В документе раскрывалось содержание каждого вида помощи. Так, медико-социальная помощь включала решение социальных вопросов, помощь в возвращении к трудовой деятельности, поддержку в возможности участвовать в общественной жизни. Психологическая помощь предполагала помощь психотерапевта, священнослужителя, уважение к религиозным предпочтениям пациента с предоставлением возможности отправления религиозного культа. В задачи специальной помощи включалась также поддержка родственников и близких неизлечимого больного (психологическая поддержка и моральная помощь), подготовка их к предстоящей утрате и помощь после утраты, а также обучение родственников основным приемам медицинского ухода за неизлечимым больным в домашних условиях.*

На европейском уровне приняты Рекомендации Rec (2003) 130 от 12.11.2003 Комитета Министров Совета Европы государствам – участникам по организации паллиативной помощи. В них изложены принципы-рекомендации оказания паллиативной помощи, направленные на улучшение всей системы здравоохранения. Их перечисление заняло бы значительное место.

**Процитируем лишь некоторые из них.**

* 1. Любой человек, нуждающийся в паллиативной помощи, должен иметь возможность получить эту помощь без неуместного промедления в соответствующем учреждении, насколько это реально выполнимо, в соответствии с его потребностями и предпочтением.
* 2. Задачей паллиативной помощи является решение физических, психологических и духовных проблем, возникающих при развитии неизлечимого заболевания. Поэтому паллиативная помощь требует координированной работы высококвалифицированной и соответственно оснащенной междисциплинарной и мультипрофессиональной команды.
* 3. Активные лечебные мероприятия следует проводить лишь в том случае, если пациент этого хочет, если нет – лечение следует прекратить. В любом случае больной должен получать в полном объеме паллиативную помощь.
* 4. Доступ к службам паллиативной помощи должен быть основан на клинических показаниях, но не на нозологической форме заболевания, местонахождении больного, его экономическом статусе и т. п.
* 5. Паллиативная помощь должна быть представлена различными организационными формами: помощь на дому, стационарная помощь в специализированных или традиционных медицинских учреждениях, дневные стационары и поликлиники, неотложная помощь, «помощь выходного дня» (respite care), предоставляющая возможность дать отдых лицам, постоянно ухаживающим за больным. Формы организации должны быть разносторонними, приспособленными к той или иной системе здравоохранения и культуре, нацеленными на удовлетворение изменяющихся потребностей и желаний пациентов.
* 6. Необходимо оказание поддержки лицам, осуществляющим постоянный уход за больным. Их нужно оградить от серьезных проблем в социальной сфере, таких как потеря работы в результате того, что они заботятся о родственнике. Желательно, чтобы они имели официальное право на «отпуск по уходу».

**Стоит ли лечить неизлечимо больных?**

Социально-демографические факторы (общее старение населения, распространенность хронических недугов среди граждан пожилого возраста, изменение структуры населения и др.) делают паллиативную помощь все более актуальной. Серьезные успехи в продлении жизни пациентов, страдающих серьезными хроническими недугами, привели к тому, что паллиативная служба становится необходимой не только для онкологических больных. Многие неизлечимые болезни приобретают характер хронических. В настоящее время оказание паллиативной помощи возможно инкурабельным больным с онкологическими заболеваниями, больным, перенесшим инсульт, пациентам с ВИЧ-инфекцией. Данный перечень расширяется за счет целого ряда хронических прогрессирующих заболеваний, обусловливающих продолжительную терминальную стадию развития болезни.

*КОММЕНТАРИЙ*

*Главной целью паллиативной помощи является не поощрение «ускорения наступления смерти», а достижение максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни инкурабельных больных. Исходя из этого, недопустимо рассматривать паллиативную помощь как некий шаг к легализации эвтаназии. Организации по оказанию паллиативной помощи – это не центры, в которых в максимально сжатые сроки пациента «доводят до смерти».*

Некоторые спекуляции на данную тему присутствуют в зарубежных исследованиях. Например, специалисты Брюссельского свободного университета в Бельгии, где эвтаназия легализована, посчитали, что эвтаназия и паллиативное лечение могли бы дополнять друг друга. В своем исследовании Ян Берхейм и его коллеги пришли к выводу, что в Бельгии движение за легализацию эвтаназии способствует развитию паллиативного лечения, а адекватное паллиативное лечение, в свою очередь, делает эвтаназию более приемлемой как этически, так и политически: «Эвтаназия здесь представляет собой не альтернативу паллиативному лечению, но возможное решение в том случае, когда паллиативное лечение становится уже невозможным. Всем пациентам, требующим эвтаназии, рассказывают о возможном паллиативном лечении. При этом больные имеют право получать его как в больницах, так и дома».

Современная система здравоохранения скорректировала естественный отбор. Граждане, страдающие неизлечимыми заболеваниями, благодаря успехам современной медицины увеличивают свой возраст дожития. Развитие медицины порождает «обратный эффект», на который указывают сторонники новой евгеники: «Успехи медицины обеспечивают выживание людей с генетическими аномалиями, которые передаются потомкам с определенной частотой и тем самым загрязняют популяцию разными аномалиями. Вследствие этого общество отягчается индивидуумами, которые не могут полноценно обслужить себя и, тем более, внести лепту в развитие общества».

Паллиативная помощь также может рассматриваться в указанном контексте. Некоторые ученые, политики, экономисты сетуют, что на поддержание жизни неизлечимо больных тратятся финансовые ресурсы, которые могли бы быть распределены более равномерно. Например, М. Мищенко, член Общественной палаты России (ранее возглавлявший движение «Россия молодая»), заявлял: «Есть десять человек, которым можно помочь, они лежат и ждут скорую помощь. А есть один человек, больной раком. И мы расходуем деньги на продление его жизни, при этом обделяя людей, которых можно быстро вернуть в строй. В этом парадокс ситуации: гуманизм является мнимым. Конечно, мы не можем пройти мимо умирающего человека с раковой болезнью, но мы его все равно потеряем, он умрет, а мы не поможем десяти здоровым». После бурного протеста общественности М. Мищенко принес извинения, носившие, правда, двусмысленный характер: «Видимо, я не до конца четко сформулировал свою позицию о необходимости повысить прозрачность системы финансирования здравоохранения».

Повышение эффективности системы здравоохранения видится в снижении дополнительной нагрузки. Логическим продолжением этого будет установление способов избавления от «лишних элементов», и в ряду таких способов основное место принадлежит эвтаназии. Однако не стоит забывать, что Конституция РФ закрепляет право каждого на жизнь. Закрепление субъективных конституционных прав предопределяет их гарантированность со стороны государства. В соответствии со ст. 45 Закона об охране здоровья медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, т. е. ускорение по просьбе пациента его смерти какими- либо действиями (бездействием) или средствами, в т. ч. прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

Подводя итог, следует сформулировать следующие выводы.

* Во-первых, необходимо установить единое понимание паллиативной помощи, устранив различные толкования, используемые в некоторых нормативных актах одинаковой юридической силы.
* Во-вторых, паллиативную помощь следует соотнести с международно-правовыми нормами, включив в нее, помимо медицинской помощи, социальные аспекты, а также включить в круг субъектов ее оказания близких родственников больного. Необходимо придать паллиативной помощи комплексный характер. Это потребует координации различных министерств и принятия межведомственного нормативного акта.
* В-третьих, необходимо согласовать условия оказания паллиативной помощи (амбулаторно, на дому, в стационаре) с нормативами ее финансирования, предусмотрев в каждом случае особенности оказания помощи.

**Задания по изученному материалу:**

**1.Изучи теоретический материал, используя конспект лекции и учебник** В.А.Лапотников., В.Н.Петров, А.Г.Захарчук Паллиативная медицина. Сестринский уход. Пособие для медицинских сестёр. - СПб: «Издательство ДИЛЯ», 2007. - 384 с.: с ил.

**2. Подготовьте устно ответы на контрольные вопросы:**

1. Перечислите нормативно-правовые акты регламентирующие оказание паллиативной помощи
2. Расскажите об особенностях организации оказания помощи взрослому населению.
3. Расскажите об особенностях организации оказания помощи детям.
4. Перечислите документы, необходимые для получения хосписной помощи и порядок информирования пациента
5. Составьте примерный текст беседы, информирующей пациента о возможности получения паллиативной помощи и обезболивания.
6. Назовите проблемы, существующие в нормативной базе по оказанию паллиативной помощи
7. Расскажите о международном опыте организации паллиативной помощи
8. Проанализируйте проблемы с которыми могут столкнутся пациенты и их родственники при возникновении необходимости в получении паллиативной помощи.

**3. Выполни письменно задания в тестовой форме, ответы представь виде таблицы**

***Образец таблицы для ответов***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  | **3.** |  | **5.** |  | **7.** |  | **9.** |  |
| **2.** |  | **4.** |  | **6.** |  | **8.** |  |  |  |

***Выберите один правильный ответ***

1. Паллиативную помощь больному начинают в случае

а) остановки дыхания

б) если жизненно важные органы перестают работать и больной отказывается от специфического лечения

в) при инсульте

г) диабетической коме

2. Паллиативная помощь это:

а) система мероприятий, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний.

б) оказание реабилитационной помощи пациентам на базе санаторно-курортных учреждений.

в) всеобъемлющая помощь пациентам с прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития с целью купирования боли и других симптомов, а также оказание психологической помощи.

г) оказание помощи на дому инвалидам и пациентам пожилого возраста социальной и духовной поддержки.

3 Паллиативную помощь инкурабельным больным оказывает:

а) госпиталь ветеранов войн.

б) клиническая больница.

в) хоспис.

г) медико-санитарная часть.

4. Главной задачей паллиативной помощи является:

а) симптоматическая терапия хронических соматических заболеваний.

б) клиническая апробация новых обезболивающих препаратов у онкологических больных.

в) снижение смертности населения.

г) купирование боли и других симптомов, а так же решение психологических, социальных и духовных проблем пациентов и их родственников.

5. Медицинские работники не должны руководствоваться следующим принципом паллиативного ухода:

а) утверждать жизнь, рассматривая умирание как естественный процесс.

б) оказывать психологическую поддержку.

в) облегчать боль, устранять страдания и другие тягостные симптомы.

г) применять агрессивное лечение и осуществлять эвтаназию.

6. Перед медицинской сестрой хосписа при оказании помощи инкурабельным больным стоит задача:

а) помощи в социально-психологической адаптации.

б) различные услуги больным и их родственникам (организация питания, стирка, чтение книг и т.д.).

в) назначение лекарственной терапии.

г) установление и поддержка связи с коллективом, где раньше работал больной

7. Хоспис – это

а) медицинское учреждение, оказывающее медицинскую помощь, направленную на улучшение качества жизни

б) поликлиника, совмещенная со стационаром

в) медицинское учреждение, исследующее проблемы оказания помощи онкологическим больным

г) медицинское учреждение для пожилых пациентов Выберите все правильные ответы

1. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в России утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ:

а) № 167н от 18 ноября 2015 г.

б) № 187н от 14 апреля 2015 г.

г) № 137н от 12 декабря 2014 г.

9.Паллиативная медицинская помощь была признана одним из видов медицинской помощи, оказываемой населению в России:

а) Конституцией Российской Федерации;

б) Приказом Минздрава России от 14.04.2015 № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»;

в) Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». 4. Приказом от 15.11.2012 № 915н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология».