

## Раздел II.

## УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

УДК 616.083

АБДИРОВА Т.М\*.<sup>1</sup><sup>1</sup>Высшая школа общественного здравоохранения

## ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (обзор)

## АННОТАЦИЯ

Обзорная статья посвящена актуальным вопросам организации паллиативной помощи в гериатрической практике РК. В статье представлены ряд общих проблем для многих стран при предоставлении паллиативной помощи пожилым, которые актуальны в условиях нарастающего процесса старения общества.

**Ключевые слова:** Республика Казахстан, старение населения, паллиативная помощь, гериатрия.

Основу государственной политики в области старения населения в Республике Казахстан составляют подходы в таких секторах государственной политики, как здравоохранение, социальное обеспечение, социальные услуги. Соответствующие стратегические документы утверждены на уровне правительства РК [1]. В 2015 г. выполнена Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 гг. (далее — Программа) [2]. Одной из задач Программы было совершенствование медицинской помощи людям пожилого возраста. Для ее решения Программа предполагала комплекс мер, включавший разработку и совершенствование нормативно-правовой базы здравоохранения; разработку и совершенствование протоколов диагностики, лечения и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста на основе доказательной медицины; создание квалификационных стандартов и нормативов нагрузки на медицинский персонал и социальных работников; разработку и внедрение системы оценки эффективности геронтологической и гериатрической помощи.

В ходе осуществления этой Программы вырос показатель ожидаемой продолжительности жизни, снизилась общая смертность населения [3]. Были достигнуты основные цели Программы, в частности уменьшение смертности от основных социально-значимых заболеваний: от болезней системы кровообращения — на 50 %; от злокачественных новообразований — на 15 %; от травм и отравлений — на 21 % [4]. В 2009 г. в номенклатуру медицинских и фармацевтических специальностей страны была включена специальность «гериатрия», а в 2015 г. был утверждён стандарт для организации гериатрической и геронтологической помощи [5]. Таким образом, в Казахстане были заложены основы гериатрической службы и начата подготовка профессиональных кадров врачей и

среднего медицинского персонала этого профиля [6].

Считается, что старение населения несёт как возможности, так и проблемы для развития общества [7]. Политику в области старения на международном и национальном уровнях определяет Мадридский международный план действий по проблемам старения (ММПДС), это стратегия, призванная способствовать разработке мер государственной политики в области старения в конкретных условиях каждого государства, содержит более 200 рекомендаций, сформулированных в трех приоритетных направлениях: пожилые люди и развитие общества; здоровье и благосостояние в пожилом возрасте; условия, способствующие и поддерживающие индивидуальное развитие человека в течение всей его жизни [8]. Общее состояние здоровья людей пожилого возраста хуже, они подвержены многим болезням и нуждаются в уходе, среди них больше одиноких людей со сниженной способностью к самообслуживанию определены пути выполнения государствами основных принципов ООН по отношению к пожилым людям [1, 9].

Демографический показатель ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) косвенно свидетельствует о качестве жизни в данной стране и является одним из компонентов для вычисления индекса человеческого развития [Hum], характеризующего уровень гуманитарного и социального прогресса общества. В этом контексте, низкая продолжительность жизни и высокая смертность в странах СНГ+ по сравнению с развитыми странами мира многократно анализировалась в научной литературе.

Показатели общей (для мужчин и женщин) ОПЖ при рождении в Казахстане (69,8 лет) существенно ниже (10,5 лет), чем в социально и экономически более развитых странах, например, странах Западной Европы (80,3 года) [1]. Средняя ожидаемая продолжительность жизни в РК за последние годы составила: в

\*t\_abdirova@mail.ru

2012 г. – 69 лет (мужчин – 63,6 лет, женщин – 74 года); в 2013 г. приближается к 70 годам (мужчин – 64 года, женщин – 73 года). К 2018 году уровень продолжительности населения планируется повысить до 70 лет, к 2024 – до 80 лет. Это определяет увеличение численности людей, нуждающихся в активной многоаспектной поддержке со стороны общества, и ответственности государства принять этот вызов [10].

Если увеличение продолжительности жизни воспринимать как позитивный процесс, то в старости должно быть обеспечено сохранение остаточного уровня здоровья, социальной активности, гарантий безопасности, согласно Мадридским принципам. В таком случае увеличится количество пожилых пациентов, одиноких и неизлечимо больных; с хроническими заболеваниями и когнитивными расстройствами и др.; ограниченной возможности оказания помощи в больницах и организациях, где осуществляется уход - следует ожидать значительного роста потребности в медицинской помощи, медицинском уходе и в социальной поддержке и ведения домашнего хозяйства [1, 11].

Демографические перемены заставляют пересматривать экономические, финансовые и организационные основы функционирования систем здравоохранения, социального обеспечения и социального обслуживания, но они должны основываться на научно обоснованном анализе проблем и возможностей [11]. В экономически развитых странах-членах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) бюджетные расходы на здравоохранение в 2015 г. составляли в среднем 9 % внутреннего валового продукта (ВВП), а в странах Европейского союза — 9,9 % [12]. Но не все расходы на здравоохранение предназначены для людей пожилого возраста, часть расходов предназначено на распространение диагностических и терапевтических технологий [13]. Второе место по расходам занимают пенсионные выплаты. На пенсии по возрасту страны ОЭСР в 2013 г. потратили в среднем 7,2 % ВВП (2013 г.), а больше всех - Италия - 13,6 % ВВП

[14]. Расходы на обеспечение долговременного ухода сложно оценить, сюда включают разные виды обслуживания (медицинское и социальное) от формальных, так и неформальных услугодателей, а финансирование и регулирование обеспечивается на общенациональном и субнациональном (региональном или местном) уровне. В ОЭСР обеспечивается всеобъемлющий и разносторонний долговременный уход и расходуют на эти цели 2–3,5 % своего ВВП, а в странах, где спрос на долговременный уход невысок, основными поставщиками этих услуг являются учреждения здравоохранения, а расходы по уходу покрываются наличными средствами частных лиц [15, 16].

Расходы стран ОЭСР на оказание долговременного ухода в 2013 г. невысокие и составляли в среднем 1,7 % ВВП, но эта категория расходов растёт быстрыми темпами: годовой прирост в период 2005–2013 гг. в Корее составлял 36 %, а в Швейцарии - около 14 % [1, 12].

В Казахстане финансовые расходы, связанные со старением общества значительно ниже соответствующих расходов в экономически более развитых странах. В 2015 г. общие расходы на здравоохранение в Казахстане составили 10,5 %, а на социальную помощь и социальное обеспечение - 20,8 % от всех бюджетных затрат, или 2,1 и 4,2 % ВВП, соответственно [17]. Доля пенсионных выплат в общих бюджетных расходах в Казахстане — одна из самых низких в странах СНГ+ [18].

Таким образом, для обеспечения адекватного уровня предоставления медицинских и социальных услуг необходим анализ потребности населения пожилого возраста в различных видах помощи, экономической составляющей, системным подходом к организации мер, взаимосвязи и преемственности в работе медицинских и социальных структур по оказанию услуг людям пожилого возраста, расширению видов гериатрических услуг и долговременного ухода, надомной помощи.

#### SWOT-анализ

<p><b>СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Увеличение внимания на вопросы старения, на программу активное долголетие</li> <li>• Правительством разрабатываются отраслевые программы для реализации прав пожилых людей</li> <li>• Активная деятельность неправительственных организаций</li> </ul>	<p><b>СЛАБЫЕ СТОРОНЫ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Одиночные (не комплексные) мероприятия по привлечению внимания к указанному вопросу пока не дают должного результата по решению проблем данной сферы.</li> <li>• Недостаточная подготовка специалистов в сфере геронтологии</li> <li>• Низкая укомплектованность поликлиник и больниц гериатрами, роль гериатров играют врачи-терапевты, не имеющие специальной подготовки.</li> <li>• Малочисленные гериатрические кабинеты технически не оснащены необходимыми ресурсами и не в состоянии охватить все пожилое население</li> <li>• Практическое отсутствие научных исследований в области гериатрии, а также отсутствие подготовленных специалистов в данной сфере.</li> <li>• слабое развитие социального обслуживания</li> <li>• Слабая обеспеченность социальными работниками, др. специалистами по геронтологии, отсутствие условий для отдыха и культурного обслуживания пожилых людей, слабая социализация.</li> </ul>
---	---

\*t\_abdirova@mail.ru

ВОЗМОЖНОСТИ	УГРОЗЫ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Создание конкурентоспособной геронтологической службы.</li> <li>• Совершенствование и модернизация системы обеспечения кадровыми ресурсами геронтологической службы</li> <li>• Развитие целевой формы подготовки специалистов – врачей-гериатров, среднего мед. персонала, социальных работников и психологов в геронтологии</li> <li>• Просветительская, учебная и научная деятельность по вопросам старения.</li> <li>• Сбор и анализ национальных данных по проблемам пожилых людей.</li> <li>• Разработка Национального плана действий по улучшению положения пожилых людей - программный документ, представляющий собой основные направления государственной политики в отношении пожилых людей</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ускоренные демографические изменения в сторону увеличения доли пожилого населения страны.</li> <li>• Кадровый дефицит в геронтологии, отсутствие мотивационных рычагов</li> <li>• Недостаточное выделение бюджетных средств на научные исследования в области геронтологии</li> </ul>

Паллиативная помощь позволяет улучшить качество жизни пациентов и их семей, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов, и оказанию психосоциальной и духовной поддержки пациенту и его близким [19].

Основной принцип этого понятия— пациент ориентированный подход, структура оказания паллиативной помощи адаптируется к каждому конкретному пациенту. Она адресована всем людям с incurable заболеваниями, онкологическими болезнями, другими патологическими неизлечимыми состояниями: дегенеративные заболевания головного мозга (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона), деменции различного типа, терминальные стадии сердечно-сосудистой недостаточности, ВИЧ-инфекция и т.д.

Необходимость развития паллиативной помощи во всем мире определяется Лиссабонской декларацией о правах пациента (1981), документами Всемирной организации здравоохранения (1982, 1990, 2002, 2007), Познаньской (1998), Корейской (2005) и Венецианской (2006) декларациями; Белградским соглашением (2005), Будапештскими обязательствами Европейской ассоциации паллиативной помощи (2007); Развитию паллиативной помощи в Европейских странах посвящены рекомендации Совета Европы: «Рекомендация 1418 (1999) Совета Европы о защите прав человека и достоинства терминальных больных и умирающих» (1999) и «Рекомендация Res. (2003) 24 Совета Европы государствам – участникам по организации паллиативной помощи»; Резолюция Совета Европы 1649 «Паллиативная помощь: модель для формирования инновационной политики в области здравоохранения и социальной помощи» (2009); «Белая книга Европейской ассоциации паллиативной помощи о стандартах и нормах хосписной и паллиативной помощи в Европе».

Формы оказания паллиативной помощи пациентам многообразны, они различаются в разных странах, в каждой стране развитие идет самостоятельно; но разделяются на две основные группы – это помощь на дому и в стационаре. Стационарные учреждения -хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи, расположенные на базе больниц общего профиля, онкологических диспансеров и учреждений социальной

защиты. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, организованные в виде самостоятельной структуры или структурным подразделением стационарного учреждения [20].

Паллиативная помощь преследует следующие цели: облегчает боль и другие симптомы; утверждает жизнь и относится к умиранию как к естественному процессу; не стремится ускорить или отдалить наступление смерти; включает психологические и духовные аспекты помощи пациентам; предлагает систему поддержки пациентам для активной жизни до самой смерти, близким пациента во время его болезни и в период тяжелой утраты; использует мультидисциплинарный командный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников. Для стран Восточной Европы возникает ряд проблем во время предоставления паллиативной и хосписной помощи пожилым:

- недостаточное признание, оценка и поддержка развития системы паллиативной и хосписной помощи со стороны правительства и региональных органов исполнительной власти;
- небольшая доступность опиоидных анальгетиков для паллиативных пациентов;
- нехватка специалистов, прошедших спецподготовку, и отсутствие специализации медицинского персонала по паллиативной и хосписной медицине;
- нехватка оборудования для осуществления паллиативного лечения и ухода;
- отсутствуют возможности для проведения научных исследований;
- негативные культурные стереотипы и национальные традиции;
- не информированность населения по вопросам паллиативной и хосписной помощи;
- недостаточная межсекторальное сотрудничество и координация усилий по развитию службы паллиативной и хосписной помощи;
- ограничение финансирования с госбюджета и отсутствие традиций меценатства и благотворительности.

Наиболее экономически целесообразным видом предоставления паллиативной помощи является оказание помощи на дому [19], ввиду привлечения к уходу за больным членов семьи больного. Поэтому во многих европейских странах значительно больше уч-

реждений, предоставляющих паллиативную помощь на дому [20, 21].

Интересен положительный опыт оказания паллиативной помощи в Нидерландах, где имеется 5 видов учреждений, оказывающих помощь пожилому населению: помощь на дому, дома престарелых, дома сестринского ухода, больницы, помощь волонтеров.

Система финансирования и страхования организована следующим образом: помощь на дому, врач общей практики, больницы, дома престарелых и сестринского ухода финансируется государством или страховыми компаниями, или жителями Нидерландов, за счет фиксированных взносов, а также финансируется за счет доходов пациентов.

В США организованы хосписы – это особая форма паллиативного ухода, ограничивающаяся шестью последними месяцами жизни (этот срок определяется на основании врачебного диагноза): уход предоставляется круглосуточно и проводится на дому у больного, или в хосписе, в больнице или в доме престарелых. Психологические консультации по поводу смерти, умирания и горя, помощь в оформлении последних распоряжений, временный уход за членами семьи, на которых лежит забота об умирающем, организация групп для лиц, потерявших близких, общая поддержка – вот перечень услуг, оказываемых в хосписах. В команду сотрудников хосписа, как правило, входят врачи-специалисты, медсестры, социальные работники, санитарки и нянечки, обученные добровольцы и консультанты по духовным вопросам [19].

В последние годы в РК достигнут определенный прогресс в сфере оказания паллиативной помощи, но уровень её организации и предоставления значительно отстает от европейских стандартов. По мнению международных исследователей, для Казахстана характерна модель паллиативной и хосписной помощи, типичная для стран с ограниченными ресурсами: недостаточное внимание к проблемам боли, табу относительно тем, связанных со смертью (и, как следствие, слабая информированность пациента о диагнозе), и негибкая структура, где врач является главным действующим лицом, принимающим решение [8, 68].

В доступных источниках не удалось найти данных о расходах в Казахстане на социальные услуги, включая долговременный уход. В целом же расходы государственного бюджета республики на социальную сферу в 3,5–4,5 раза ниже, чем в социально и экономически более развитых странах, что видимо объясняется низкой налоговой нагрузкой на бизнес и граждан [19, 21]. Сегодня в Казахстане на 17 млн. населения действует 11 различных служб паллиативной помощи, 349 койки, 1 самостоятельный центр паллиативной помощи, 1 больница сестринского ухода, в основном 95% паллиативной помощи оказывается в стационаре, хотя должна оказываться амбулаторно-поликлиниче-

ски или на дому. В большинстве стран мира финансирование паллиативной помощи осуществляется на 80% из не государственных средств, за счет пожертвований, то в Казахстане финансирование данного вида помощи осуществляется в основном за счет средств местного бюджета. Оказание паллиативной помощи отрегулировано законодательно. В Кодексе Республики Казахстан (статья 53) дается определение паллиативной помощи, разработан и утвержден порядок оказания паллиативной помощи и сестринского ухода, утвержден перечень категорий населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу.

В Республике Казахстан нормативно-правовая база службы паллиативной помощи представлена следующими документами:

1. Кодекс РК от 18.09.2009 г. «О здоровье народа и системе здравоохранения» (ст. 32; 34; 53)

2. Постановление Правительства РК от 26.11.2009 г. № 1938 «Об утверждении перечня категории населения, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу»

3. Приказ МЗ РК от 02.11.2009 г. № 632 «Об утверждении Правил оказания паллиативной помощи и сестринского ухода»

4. Приказ МЗ РК от 07.04.2010 г. № 238 «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»

5. Постановление Правительства РК №366 от 29.03.2012г. утверждена Программа развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016г.

6. Постановление Правительства РК №1222 от 20.10.2011г «Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения».

7. Указ Президента РК от 29.11.2010 г. №1113 «Об утверждении государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» на 2011-2015гг», где написано:

- Совершенствование системы паллиативной помощи: создание сети организаций паллиативной помощи и сестринского ухода за счет репрофилирования некоторых стационаров и санаторно-курортных организаций;

- Расширение сети дневных стационаров и стационаров на дому оказывающих паллиативную помощь;

- Пересмотр штатных нормативов для организаций восстановительного лечения, медицинской реабилитации и паллиативной помощи;

- Разработка программ обучения медицинского персонала по вопросам оказания паллиативной помощи;

- Укомплектование этих организаций квалифицированными кадрами;

- Разработка и внедрение в деятельность организаций паллиативной помощи и сестринского ухода про-

токолов ведения больных и стандартов оказания медицинской помощи;

- Создание системы целевых показателей работы организаций паллиативной помощи и сестринского ухода, отражающих качество медицинской помощи [2, 22].

В системе социального обеспечения и социальных услуг РК Министерством здравоохранения были разработаны и утверждены стандарты оказания специальных услуг в области соцзащиты населения [23]. Они регламентируют оказание социальных услуг в условиях стационара, полустационара и на дому государственными и негосударственными организациями. Предполагается, что в будущем будет происходить деинституционализация социальных услуг по длительному уходу за счет преобразования медико-социальных учреждений стационарного типа в центры социального обслуживания [24]. Деинституционализация, децентрализация, развитие общинных форм медико-социальных услуг и эффективная координация медицинских и социальных услуг составляют главное содержание реформ социального сектора в странах с переходной экономикой, пропагандируемых и поддерживаемых международными организациями [9, 16, 18, 1]. В Казахстане сеть учреждений паллиативной помощи развито слабо и неравномерно, чтобы устранить эти проблемы необходимо объединить усилия разных сторон-представителей власти, медиков, общественных организаций, духовенства, волонтеров. Сегодня весомый вклад в развитие паллиативной помощи в Казахстане вносят неправительственные организации как ОФ Аман саулык, ОО «Кредо», они ежегодно выполняют социальные гранты по поддержке и развитию паллиативной помощи в РК. С 2008 года Фонд Сорос-Казахстан (ФСК) поддерживает развитие паллиативной помощи в Казахстане, финансируя проекты, нацеленные на повышение квалификации врачей и медсестер, работающих в области паллиативной медицины. С 2013 года существует Казахстанская ассоциация паллиативной помощи, действующая на всей территории Казахстана, ее основной целью, является консолидация усилий по: продвижению идеологии паллиативной помощи на всех уровнях казахстанского общества; разработке национального плана действий по развитию паллиативной помощи; участию в совершенствовании законодательства; содействии внедрению стандартов и медицинских протоколов; созданию базы данных для научно-исследовательской деятельности; созданию информационно-методической ресурсной базы (веб-сайт, книги, буклеты, видеокурсы, фильмы); представлении интересов Казахстана на международной арене.

Однако отсутствует системного подхода к организации оказания паллиативной помощи в целом и назрела насущная необходимость обеспечения межведомственного сотрудничества и межсекторальных

программ в этой сфере с учетом основных потребностей паллиативного пациента, ведь этот вопрос ежегодно приобретает все большую актуальность и остроту.

Основными потребностями пожилого паллиативного пациента являются:

1. Потребность в медицинской помощи - уменьшение страданий путем эффективного обезболивания, лечения симптомов заболеваний и расстройств функций органов и систем с применением медикаментозной терапии, хирургических и других методов лечения, квалифицированного медицинского ухода при ограниченных возможностях специализированного лечения основной болезни или его бесперспективности.

2. Потребность в комплексе социальных услуг - социально-бытовых, психологических, социально-педагогических, социально-медицинских, юридических.

Следует отметить, что система здравоохранения в Казахстане не имеет официальных статистических данных о потребности населения в паллиативной помощи. Известно, что тяжелобольных и умирающих выписывают и передают семьям, родственники как могут берут на себя заботу по уходу за тяжелобольным. По современным расчетам ЕФПП в странах с развитой медицинской помощью потребность в паллиативной помощи составляет 80-100 коек на 1 000 000 населения. Так, по расчетам рабочей группы Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК в Казахстане должно быть создано от 1250 до 4225 паллиативных коек против 349 существующих [25].

Анализ общедоступных данных показал, что основной удельный вес среди пожилых пациентов, получающих паллиативную помощь (около 80%), занимают онкологические больные. Для упорядочения деятельности и улучшения качества работы гериатрических служб, МЗ РК в рамках реализации Государственной программы разработал проект стандарта организации оказания паллиативной помощи. До 2019 года предполагается открытие паллиативных коек во всех регионах для покрытия потребности в них. В Казахстане наблюдается феномен старения населения и рост удельного веса лиц пожилого возраста, страдающих тяжелыми хроническими неизлечимыми болезнями, в первую очередь, злокачественными новообразованиями. Сегодня в Казахстане численность людей в возрасте 65 лет и старше составляет более 7% населения. Согласно рекомендациям ВОЗ, 60 - 80% больных пожилого возраста, утративших способность к самообслуживанию, нуждаются в паллиативной помощи. Ежегодно регистрируется 30 тысяч больных раком, на учете состоит около 130 тысяч больных, из которых 75% - это люди старше 60 лет, без оказания паллиативной помощи ежегодно умирает около 12 тыс. человек. В 102-х медико-социальных учреждениях проживает до конца жизни около 20 тысяч престарелых и инвалидов, где не решены вопросы нормативно-методического и медикаментозного обеспечения. В Казахстане соз-

дано 6 специализированных учреждений паллиативной помощи, тогда как по предварительным расчетам в паллиативной помощи нуждается 85 тыс. пожилых людей и около 200 тыс. их родственников [22]. Кроме этого, по данным Всемирного банка, в ближайшие 10 - 15 лет будет наблюдаться рост потребности в паллиативной помощи еще на 20%. Потребность в стационарных койках для паллиативных больных достигнет 100 коек на 1 миллион населения, и увеличится и потребность в предоставлении паллиативной помощи на дому [1]. При этом, развитие сети учреждений паллиативной помощи в Казахстане, существенно отстает от потребности и их материально-техническая база не соответствует международным стандартам. Не создана система оказания паллиативной помощи на дому, практически отсутствуют мобильные бригады паллиативной помощи. Описанная выше ситуация во многом сложилась из-за нерешенности целого ряда важных проблем [19, 20, 2126].

Проблема первая - не созданы организационные основы для оказания паллиативной помощи: не утверждены термины и определения, касающиеся паллиативной помощи; не создана система отраслевых стандартов паллиативной помощи, не разработаны перечни показаний к госпитализации паллиативных пациентов и порядок оказания паллиативной помощи на дому, требуют утверждения положения об учреждениях и структурных подразделениях учреждений здравоохранения, где предоставляется паллиативная помощь.

Проблема вторая - отсутствуют утвержденные проектные, технические, социальные, бытовые и другие стандарты требований к учреждениям паллиативной помощи, оборудованию, используемого для оказания паллиативной помощи, помещениям, коммуникациям и т.п. Европейский опыт свидетельствует о том, что в заведении паллиативной помощи, должен быть решен ряд вопросов, начиная от территории, коммуникаций, подъездных путей, специального оборудования для обеспечения гигиенических процедур пациентов и заканчивая наличием помещений, где пациенты могли бы получать необходимую духовную и психологическую поддержку, для занятий и помещений для проведения ритуальных мероприятий. Так как это компоненты качественной паллиативной помощи, существует потребность в государственном заказе для подготовки типового проекта хосписа, отделений паллиативной помощи и т.д., для образца используя лучшие отечественные и зарубежные практики.

Проблема третья – отсутствие кадров, за последние годы начали внедряться элементы соответствующей до- и последипломной подготовки медицинских кадров для оказания паллиативной помощи. Актуальным остается вопрос подготовки психологов, социальных работников, представителей религиозных организаций, вовлеченных в обслуживание паллиативных

пациентов дома и в стационарных учреждениях паллиативной помощи. Требуют утверждения штатные нормативы для учреждений, оказывающих паллиативную помощь, нормы нагрузки. Не создана система мотиваций и социальных гарантий для работников, оказывающих паллиативную помощь, не решен вопрос подготовки волонтеров, являющиеся базовыми для оказания паллиативной помощи во всем мире.

Проблема четвертая - не создаются новые организационные формы работы, понятие «паллиативная помощь» шире, чем связанные с ним понятия «паллиативное (симптоматическое) лечение», «паллиативная медицина», «хосписная помощь», «паллиативный уход». Паллиативная помощь базируется на комплексном подходе и уделяет особое внимание потребностям паллиативного пациента и его родных, членов семьи. Бюджет на содержание паллиативного пациента имеет несколько составляющих: средства медицинского и социального направления из государственного и местного бюджетов с учетом гарантированного объема паллиативной помощи, средства благотворительных фондов, другие формы привлечения средств, не запрещенные действующим законодательством. Отдельный вопрос - предоставление паллиативной помощи на дому, что имеет очень большое значение для страны с большой долей сельского населения, наиболее эффективный в экономическом плане.

Проблема пятая - низкое обеспечение обезболивающими препаратами паллиативных пациентов как дома, так и в стационарных учреждениях. Так, в национальном формуляре отсутствуют такие сильнодействующие лекарственные средства, как таблетированные опиоидные анальгетики, трансдермальные средства и другие лекарственные формы, применяемые в паллиативной медицине, согласно рекомендаций ВОЗ и Международной ассоциации паллиативной помощи. Остается нерешенным вопрос строгих лицензионных условий для лечебно-профилактических и аптечных учреждений МЗ по хранению и применению контролируемых веществ.

Проблема шестая - формирование общественного мнения о необходимости оказания паллиативной помощи. Общественные организации, государственные органы исполнительной власти и медицинские работники должны активно приобщиться к широкому информированию общественности относительно задач и приоритетов паллиативной помощи. Осознание того, что оказание квалифицированной паллиативной помощи тяжелобольным пациентам, является неотъемлемой составляющей обеспечения их права на здоровье [27].

По данным Управления занятости и социальных программ города Алматы в городе Алматы проживают 221,7 тыс. людей пожилого возраста, из них: женщин – 158,1 тыс., мужчин – 63,6 тыс. Пенсионеров старше 75 лет – 57,4 тыс. чел (дорожная карта подд. пож за 2018 год).

Таблица доли активных пенсионеров стран ОЭСР и продолжительности их жизни.

Страна	Казахстан	Россия	США	Германия
Город	Алматы	Москва	Нью-Йорк	Берлин
Население	1,8 млн.	11,9 млн.	8,6 млн.	3,5 млн.
Пенсионеров	0,22 млн. (12,5%)	3 млн. (25%)	0,94 млн. (11%)	0,64 млн.(18,2)
Продолжительность жизни	75,9 (69,4)	73,1 (70,1)	78,7 (79,1)	82,3 (80,9)
% активных пенсионеров	6%(13 тыс.)	5,2% (156 тыс.)	12% (119 тыс.)	18% (114 тыс.)
Средняя пенсия в USD*	219	268	1100	948**

Информация взята из официальных и открытых источников

\*данные из расчета актуального среднего валютного курса на 3 марта 2018 года.

\*\*средняя пенсия мужчин (1206) и женщин (750)

#### SWOT-анализ граждан пенсионного возраста г. Алматы [ча, дорожная карта].

<b>ВНУТРЕННЯЯ СРЕДА</b>	<b>Сильные стороны</b>	<b>Слабые стороны</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• модернизация системы социального обслуживания престарелых граждан;</li> <li>• введение дополнительных штатных единиц узких специалистов (социальных работников, психологи, инструкторы по ЛФК);</li> <li>• укрепление материально-технической базы (приобретение современного вспомогательного, медицинского, учебного оборудования);</li> <li>• улучшение форм оказания специальных социальных услуг в условиях полустационара – отделения дневного пребывания;</li> <li>• развитие конкурентной среды за счет привлечения на рынок негосударственного сектора, что приводит к улучшению качества предоставления услуг</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствие детального анализа сферы жизнедеятельности пенсионеров города Алматы;</li> <li>• недостаточно эффективное межведомственное взаимодействие городских;</li> <li>• управлений и служб по вопросам работы пенсионерами;</li> <li>• отсутствие системной работы,</li> <li>• охватывающей все элементы социальной культуры людей пенсионного возраста;</li> <li>• отсутствие единой нормативно-правовой базы о правах и свободах пожилых людей, которая регламентирует все вопросы социальной защиты населения пожилого возраста;</li> <li>• имеющиеся НПА, регулирующие отдельные виды правоотношений с участием пожилых людей не охватывают все потребности и проблемы данной категории населения;</li> <li>• отсутствие специального органа по защите прав людей пожилого возраста</li> </ul>

<b>ВНЕШНЯЯ СРЕДА</b>	<b>Возможности</b>	<b>Угрозы</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• улучшение социальной защищенности одиноких престарелых людей, предотвращение их социальной изоляции;</li> <li>• повышение уровня жизни пожилого поколения и продолжительности жизни населения;</li> <li>• повышение активности пожилых людей, желание быть полезными и полноценными членами общества, вносить вклад в воспитание детей и молодежи, в том числе и патриотическое воспитание;</li> <li>• совершенствование системы социального обслуживания граждан пожилого возраста;</li> <li>• укрепление здоровья граждан пожилого возраста;</li> <li>• оптимизация среды жизнедеятельности граждан пожилого возраста;</li> <li>• совершенствование коммуникационных связей и развитие интеллектуального потенциала граждан пожилого возраста;</li> <li>• организация культурного досуга граждан пожилого возраста;</li> <li>• повышение конкурентоспособности граждан пожилого возраста, желающих работать;</li> <li>• вовлечение граждан пожилого возраста в занятия спортом;</li> <li>• подготовка социальных работников, работающих с пожилыми гражданами</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• увеличение численности одиноко проживающих пожилых людей, несмотря на наличие трудоспособных детей;</li> <li>• пожилые люди могут стать жертвами домашнего насилия, социальной изоляции;</li> <li>• в силу возрастных и физиологических ограничений пожилые люди могут стать жертвами мошенничества</li> </ul>

Доступ к медицинскому и социальному обеспечению являются правом каждого человека, гарантированным Конституцией и обеспечивающим достойную старость каждому гражданину. Большинство людей (9 из 10 опрошенных жителей Казахстана) предпочитают уход на дому, чем длительное пребывание в стационаре, это эмоционально помогает дополнить лечение и при квалифицированной работе по уходу осуществляет профилактику и реабилитацию, улучшая качество жизни больных, помогая и членам их семей [28]. Опрос, проведенный в 2016 году пожилых жителей г. Алматы показал, что на вопрос «Какую форму медико-социальной помощи вы считаете для себя наиболее желательной?», 67,3% респондентов ответили «Помощь на дому» ([29]

Службы по уходу за больными на дому во многих центрально-азиатских странах не интегрированы в систему медицинского и социального обеспечения населения [30], вследствие чего необходимые сферы деятельности в предоставлении услуг на дому развиваются независимо друг от друга. Дефицит услуг по уходу дома отражает система подготовки медицинских сестер: их квалификация ориентирована только на обслуживание больных в больницах. Не существует такой профессии «специалист по уходу» и не формируется система оказания услуг по уходу. Профилактические и терапевтические концепции по уходу не развиты и не практикуются, или только начинают реализовываться. У населения и медсестер отсутствуют необходимые знания и навыки для активного ухода [31]. Институциональный уход за больными на дому связан с решением задач медицинской, образовательной и социальной сфер. Особенно при длительном уходе пациенты испытывают потребность в комплекс-

ной помощи, нельзя изолированно рассматривать медицинские проблемы от социальных проблем. На территории Европейского союза предоставление услуг по уходу на дому, осуществляется в соответствии с законодательством, что обеспечивает правовую защиту лиц, предоставляющие такие услуги или пользующиеся ими. Услуги по уходу включают в себя различные виды деятельности, направленные на оказание помощи для ведения домашнего хозяйства и поддержке привычного образа жизни и другие виды работ, могут осуществляться в рамках самостоятельной (в качестве индивидуального предпринимателя) или несамостоятельной (в качестве наемного работника) трудовой деятельности [32]. С возрастом увеличивается количество лиц, которые пользуются медицинской помощью исключительно дома, основными причинами, формирующими потребность такой помощи, являются физические возможности, возраст и одиночество пациента. Причем сельские жители значительно хуже обеспечены медицинской помощью на дому, чем городские, соответственно количество посещений их врачом в 3,4 раза ниже [33].

К числу надомных социальных услуг, предусматриваемых перечнем гарантированных государством социальных услуг, относятся:

- организация питания, включая доставку продуктов на дом;
- помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости;
- содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинские учреждения;
- поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями;

\*t\_abdirova@mail.ru



- содействие в организации юридической помощи и иных правовых услуг;
- содействие в организации ритуальных услуг;
- другие надомные социальные услуги.

При обслуживании на дому социальный работник призван восполнить недостающие социальные связи и нередко становится основным, если не единственным, человеком, с которым можно поговорить по душам, обсудить интересующие вопросы. Нередко сам контакт социального работника с пожилым человеком имеет психотерапевтический подход, а направленная беседа, обсуждение наболевших вопросов имеют силу разговорной терапии.

Специфика обслуживания пожилых людей в сельской местности состоит в том, что населенные пункты разбросаны, существуют проблемы с развитием инфраструктуры. Поэтому многие проблем селян приобрели затяжной характер, существенно снизили адаптационные возможности и уровень жизни сельчан.

Основными задачами социальной поддержки лиц старшего возраста являются обеспечение необходимых условий для экономического и психического благополучия, которые должны быть основаны на защите прав и повышении их материального уровня.

По данным исследований, проведенных в 2014 году в Казахстане потребность в долговременных формах помощи на дому достоверно растет с увеличением возраста (с 2 % в возрасте 60-69 лет до 28 % после 80 лет). По усредненным данным в постоянной ежедневной медицинской и социально-бытовой помощи в полном объеме (паллиативной помощи) нуждаются 4,77% людей старше 60 лет, а среди 80+ лет – каждый третий (29,3%). Среди людей в возрасте 80+ лет 62,3 % нуждаются в психологической и психотерапевтической поддержке, более 82% - постоянно принимают медикаментозные средства и нуждаются в периодической их коррекции и контроле [28, 30].

С целью изучения основных социальных проблем пожилых людей, проживающих в г.Алматы в 2016 году на базе КазНМУ им.С.Асфендиярова проведено социологическое исследование среди 3000 пожилых людей. 67,7% из числа опрошенных людей пожилого возраста в посторонней помощи нуждаются. Одиноко проживают 28,5%, но чувствуют себя одиночками 24,1% респондентов. Это пожилые люди, не имеющие ближайших родственников, либо имеющие детей, но не поддерживающие с ними отношения [29].

В Казахстане в 2013г., по данным ООН, относительное число самостоятельно проживающих женщин в возрасте 60 и более лет составляло 43%, а мужчин – 51%. По этим показателям Казахстан занимал промежуточное положение между европейскими и азиатскими странами СНГ+ и существенно отличался от западноевропейских стран, где почти 90% и женщин, и мужчин в возрасте 60+ лет проживали самостоятельно [1, 30].

Супруги являются первыми и главными «поставщиками» взаимных услуг по уходу. Относительное число пожилых (60+), состоящих в браке, в Казахстане мало отличается от соответствующего показателя в других странах СНГ+, а также в странах Западной Европы [34].

Женщины в Казахстане, как, впрочем, и в большинстве других стран мира, несут основную нагрузку по выполнению семейных обязанностей, в том числе по уходу за членами семьи, нуждающимися в таком уходе.

Считается, что компенсировать возможный дефицит традиционного семейного ухода за нуждающимися в помощи могут формальные системы ухода. Министрством здравоохранения и социального развития Казахстана разработаны и утверждены стандарты оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения [29]. Утвержденные стандарты регламентируют оказание социальных услуг в условиях стационара, полустационара и на дому как государственными, так и негосударственными организациями.

Предполагается, что в будущем будет происходить деинституционализация социальных услуг по длительному уходу путём преобразования медико-социальных учреждений стационарного типа в центры социального обслуживания [23]. Деинституционализация, децентрализация, особенно развитие общинных форм медико-социальных услуг, а также эффективная координация медицинских и социальных услуг составляют главное содержание реформ социального сектора в странах с переходной экономикой, пропагандируемых и поддерживаемых международными организациями [35; 36, 37].

В городе Алматы в 1989 году открыты два социальных территориальных центра: Ауэзовский территориальный центр, Городской территориальный центр № 1. Территориальные центры социального обслуживания лиц старшего возраста - это учреждения медико-социальной помощи, с условиями временного и постоянного проживания, дневного пребывания престарелых и инвалидов, а также для обслуживания на дому одиноких престарелых. Основными задачами территориального центра являются создание для обслуживаемых лиц благоприятных условий жизни, приближенных к домашним, предоставление социальных услуг в соответствии с государственными стандартами социального обслуживания и проведение реабилитационных мероприятий. Оказание одиноким престарелым и нетрудоспособным гражданам помощи на дому выполняют социальные работники центра. Однако удовлетворить реальную потребность территориальные центры не могут, так как число нуждающихся лиц старшего возраста в защите и помощи быстро возрастает. Следует отметить, что благодаря такой форме социальной помощи решаются две насущные проблемы: во-первых

– уменьшается потребность в определении нуждающихся в дома-интернаты, мест в которых не достает, во-вторых – одинокие и старые люди не расстаются со своим домом, что имеет большое значение в поддержании их психологического состояния. Предоставляемая социальная помощь имеет разнообразный характер: организовывается оплата коммунальных услуг, обеспечивается доставка необходимых продуктов питания, а также оказывается помощь в организации необходимой медицинской помощи [30].

Расходы на обеспечение долговременного ухода сложно оценить, поскольку они включают разные виды обслуживания (медицинское и социальное), их оказывают как формальные, так и неформальные услугодатели, а финансирование и регулирование обеспечивается на разных уровнях – как общенациональном, так и субнациональном (региональном или местном). К сожалению, в доступных источниках нам не удалось найти данные о расходах по долговременному уходу в Казахстане. Страны, в которых обеспечивается всеобъемлющий и разносторонний долговременный уход, обычно расходуют на эти цели от 2% до 3,5% своего ВВП, а в странах, где спрос на долговременный уход невысок, основными поставщиками таких услуг являются учреждения здравоохранения, а расходы по уходу покрываются наличными средствами частных лиц [18, 38].

При проведении анкетного опроса пожилых жителей г.Алматы в 2016 году использовался ряд переменных для оценки различных аспектов социального самочувствия опрошенных: самооценки состояния здоровья, отношение к будущему, а так же удовлетворенность жизнью. Положительные оценки «хорошее» и «удовлетворительное» дают соответственно 19,3% и 57,45%, «Среднее» и «плохое» отметили соответственно 18,45% и 0,65%. Таким образом, пожилые люди избегают крайних оценок своего здоровья и большей частью оценивают его в положительном ключе. Данный

опрос подтвердил тот факт, что пожилые нуждаются в ресоциализации, так как из всех опрошенных лиц пожилого возраста 55,3% желают работать и принимать участие в общественных мероприятиях [29, 31].

Данный обзор показал, что задачи правительства Казахстана направлены на осуществление ряда новых экономических, социальных, медицинских, юридических и других мероприятий по продлению активной жизни и трудоспособности лиц пожилого возраста и проблемы, стоящие перед отечественной геронтологией, полностью совпадают с главными направлениями развития мировой медицинской науки и геронтологической практики.

Таким образом, совершенствование паллиативной помощи, оказываемой людям пожилого возраста, предполагает комплексное решение медико-биологических, социальных, психологических аспектов пожилого возраста, включающее:

- разработку стандартов и протоколов лечения больных, подлежащих паллиативной помощи и сестринскому уходу, в соответствии с международными требованиями;
- разработку и совершенствование протоколов диагностики, лечения и реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста на основе доказательной медицины;
- разработку квалификационных стандартов, нормативов нагрузки на медицинский персонал, в том числе для социальных работников с учетом уровня организаций;
- разработку и внедрение системы оценки (индикаторов) эффективности геронтологической и гериатрической помощи;
- разработку и внедрение программы обучения по паллиативной помощи для врачей, среднего медицинского персонала и социальных работников (мультидисциплинарной команды оказания паллиативной помощи).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Сидоренко А.В., Ешманова А.К., Абикулова А.К. Старение населения в Республике Казахстан. 2. Меры государственной политики. //Успехи геронтологии. 2017. Т. 30. №5. С.644-651.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан». Режим доступа: <https://strategy2050.kz/ru/page/gosprog1/>.
3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2020 годы. Режим доступа: [https://strategy2050.kz/static/files/pr/gprz\\_ru.pdf](https://strategy2050.kz/static/files/pr/gprz_ru.pdf).
4. Международные эксперты дали высокую оценку итогам реализации госпрограммы «СаламаттыҚазақстан». Казахстан 2050. Наша сила. Режим доступа: <https://strategy2050.kz/ru/news/34271/>
5. Отчёт о выполнении региональной стратегии осуществления Мадридского Международного плана действий по проблемам старения в Республике Казахстан. Режим доступа: [http://www.unecese.org/fileadmin/DAM/pau/age/country\\_rpts/2017/KAZ\\_report.pdf](http://www.unecese.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/KAZ_report.pdf)
6. Ешманова А.К., Абикулова А.К., Нуфтиева А.И. и др. Реализация принципа интеграции «образование—наука—практика» в области геронтологии //J.med.(Almaty).2015. №12 (162). С.9–12.
7. Политическая декларация и Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года. Доклад II Всемирной ассамблеи по проблемам старения. Мадрид, 8–12 апреля 2002 года. Нью-Йорк: ООН, 2002. Режим доступа: <https://www.un.org/development/desa/ageing/madrid-plan-of-action-and-its-implementation.html>,
8. Региональная стратегия осуществления Мадридского международного плана действий по проблемам старения, 2002 год: Конференция министров ЕЭК ООН по проблемам старения. Берлин, 11–13 сентября 2002 года. ООН,2002. Режим доступа: [http://www.unecese.org/fileadmin/DAM/pau/age/mica2002/documents/ECE\\_AC23\\_2002\\_2\\_Rev6\\_r.pdf](http://www.unecese.org/fileadmin/DAM/pau/age/mica2002/documents/ECE_AC23_2002_2_Rev6_r.pdf) Отчёт о выполнении региональной стратегии осуществления Мадридского Международного плана действий по проблемам старения в Республике Казахстан. Режим доступа: [http://www.unecese.org/fileadmin/DAM/pau/age/country\\_rpts/2017/KAZ\\_report.pdf](http://www.unecese.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/KAZ_report.pdf)
9. Отчёт о человеческом развитии. Старшее поколение в Казахстане: взгляд в будущее. Программа развития ООН, 2005.
10. Кульжанов М.К. //Здравоохранение Республики Казахстан в свете проводимых реформ / Openmedicalchannel. - 2006. - № 4. - 11-12с
11. Sidorenko A. Adjusting to population ageing: evidence for policy action// Population Horizons. 2015. Vol.12.№ 2. P.50–61.
12. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2015. Retrieved from: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)
13. Health at a Glance: Europe 2016 — State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing, 2016. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
14. Public expenditure on old-age cash benefits. OECD. Stat. Social Expenditure Database. Retrieved from: [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX\\_AGG](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG)
15. Казахстан в 2015 году. Статистический ежегодник. Комитет по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан. Астана, 2016.
16. Beyond Transition. Towards Inclusive Societies. Regional Human Development Report. Bratislava: United Nations Development Programme. Regional Bureau for Europe and CIS, 2011.
17. Казахстан в 2015 году. Статистический ежегодник. Комитет по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан. Астана, 2016.
18. Bussolo M., Koett I.J., Sinnott E. Golden Aging. Prospects for healthy, active, and prosperous aging in Europe and Central Asia. International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, 2015.
19. Н.А. Мовчун, В.В. Чайковская, А.К. Ешманова // Актуал. пробл. теоретич. и клинич. медицины. – 2015. – № 1 – 2. – С. 35 – 40.
20. В.В. Чайковська, Т.І. Вялих, Д.Р. Чайківська. Допомога вдома особам похилоговіку: форми і методи (огляд літератури)./ Проблемы старения и долголетия №1-1. Том 26.2017. С.72-105.
21. Егорова Л.В., Чайковская В.В., Величко Н.Н., Вялых Т.И. Анализ потребностей и организация медико-социальной помощи людям пожилого возраста (аналитический обзор).– 2015. – № 1 – 2. – С. 41 – 49.
22. Козаченко Н.В. Оказание паллиативной помощи на дому / Н.В. Козаченко, Г.Ж. Кунирова //Паллиативная медицина и реабилитация. – 2014. – № 3. – С. 9 – 11.
23. Об утверждении стандартов оказания специальных социальных услуг в области социальной защиты населения. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан

от 26 марта 2015 года № 165. Режим доступа: [https://tengrinews.kz/zakon/pravительство\\_respubliki\\_kazakhstan\\_premier\\_ministr\\_rk/sotsialnoe\\_obespechenie/id- V1500011038/](https://tengrinews.kz/zakon/pravительство_respubliki_kazakhstan_premier_ministr_rk/sotsialnoe_obespechenie/id- V1500011038/)

24. Отчёт о выполнении региональной стратегии осуществления Мадридского Международного плана действий по проблемам старения в Республике Казахстан. Режим доступа: [http://www.unesc.org/fileadmin/DAM/pau/age/country\\_rpts/2017/KAZ\\_report.pdf](http://www.unesc.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/KAZ_report.pdf)

25. Егорова Л.В., Чайковская В.В., Величко Н.Н., Вялых Т.И. Анализ потребностей и организация медико-социальной помощи людям пожилого возраста (аналитический обзор). – 2015. – № 1 – 2. – С. 41 – 49

26. Состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Республике Казахстан/ Под ред. Хакимжановой Г.Д., -Алматы, 2013, с.88..

27. World Population Prospects: The 2015 Revision, custom data acquired via website.// New York: 23United Nations. Retrieved from: <http://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/>

28. Аканов А., Тулебаев К., Ешманова А., Чайковская В. И др. Анализ состояния и перспективы развития гериатрической помощи населению Казахстана. // Успехи геронтологии. 2014. Т. 27. №3. С. 589.

29. Ешманова А.К.1, Измухамбетов Т.А.2, Ерназарова Ж.Ш.3и др. Результаты социологического опроса лиц старше 60 лет, проживающих в Медеуском районе г.Алматы. Вестник КазНМУ Т12.2016.

30. Ешманова А.К., Абдирова Т.М. Радиационная медицина, экология и реабилитология №4 (5) 2017. С.52-57.

31. Турдалиева Б.С., Игисенова А.И., Абикулова А.К., Ешманова А.К. Егде және қарт жастағы адамдардың қажеттілігінің медициналық – әлеуметтік мәселелері». Вестник Казахского национального медицинского университета, № 4. – Алматы, 2016. – С. 406-409. ISSN 9965-01-300-4.

32. J.Notter, V.Chaykovska, L.Stadnyuk. Care for older people: An International Perspective. // Adding Years. Supporting and Strengthening Community Care for older People in the Ukraine. MATRA Project UA-NL 15174. Publishing Saxion Enschede, Deventer 2010. – P.5-10.

33. Маншарипова А.Т., Ким З.Г., Ахмад Н. Садырова Г.А., Ешманова А., Уалиева И.М. Демографические индикаторы для реабилитации возрастзависимых заболеваний. // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. –2014.-№1. –С.4-7.

34. Profiles of Ageing, 2013. United Nations. <http://esa.un.org/unpd/popdev/AgingProfiles2013/default.aspx>

35. Казахстан в 2015 году. Статистический ежегодник. Комитет по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан. Астана, 2016.

36. Обзор по Казахстану. Всемирный банк. Режим доступа: <http://www.vseмирnyjbank.org/ru/country/kazakhstan/overview#1>

37. Kazakhstan Country Program Evaluation 2015, FY04–13. World Bank, 2015. Retrieved from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23824/Kazakhstan000C0dependent0evaluation.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

38. World Population Prospects: The 2015 Revision, custom data acquired via website.// New York: United Nations. Retrieved from: <http://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/> Assessed 04.10.2016.

#### ТҮЙІНДІ

Шолу мақала Қазақстан Республикасындағы гериатрия тәжірибесінде паллиативтік көмек көрсетуді ұйымдастырудағы өзекті мәселелерге арналған. Мақалада паллиативтік көмек көрсетуде көптеген мемлекеттер үшін ортақ болып саналатын жалпы мәселелер қарастырылған, өйткені қазіргі кезде байқалатын қоғамның қартаю үдерісінің өсуі жағдайында бұл мәселелер өзекті.

**Кілт сөздер:** Қазақстан Республикасы, қоғамның қартаюуы, паллиативтік көмек, гериатрия.

#### SUMMARY

The review article is devoted to topical issues of organization palliative care in geriatric practice of the Republic of Kazakhstan. The article presents common problems for many countries in the provision of palliative care to the elderly, which are relevant in the face of growing aging of society.

**Key words:** Republic of Kazakhstan, aging population, palliative care, geriatrics.