

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 614.2:616-053.9-08-039.75

А.А. Лебедев¹, И.В. Архипов², С.Н. Пузин³, М.А. Шургая³, С. А. Чандирли³,
Д.С. Огай⁴, О.Т. Богова³, В.Н. Потапов³

ОТ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ПОДХОДА В ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА К НАЦИОНАЛЬНОМУ ПЛАНУ «ЗДОРОВОЕ СТАРЕНИЕ»

¹ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва; ²ФГБУ «Всероссийский научно-методический геронтологический центр», 119619, г. Москва, ³ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, 123995, г. Москва, ⁴ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер», 143900, г. Балашиха

В статье рассматриваются вопросы организации паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста в геронтологических учреждениях на принципах межведомственного взаимодействия субъектов здравоохранения и социальной защиты населения страны. Также читателю предлагается ознакомиться с понятием «здоровое старение» и перспективами формирования и реализации одноименного национального плана как формы новой здравоохранительной политики и социальной политики Российской Федерации.

Ключевые слова: средняя продолжительность жизни, медианный возраст, демографическое старение, затратная эффективность, общественное здравоохранение, социальная защита, паллиативная помощь, полиморбидная патология, социальная геронтология, здоровое старение, национальный план.

FROM THE MULTI-AGENCY APPROACH TO PALLIATIVE CARE OF ELDERLY AND SENILE PATIENTS TO THE NATIONAL PLAN OF «HEALTHY AGING»

A.A. Lebedev¹, I.V. Arkhipov², S.N. Puzin³, M.A. Shurgaya³, S.A. Chandirly³, D.S. Ogay⁴, O.T. Bogova³, V.N. Potapov³

¹N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, 117997, Moscow, Russian Federation; ²Russian scientific and methodical Gerontology Center, 119619, Moscow, Russian Federation; ³Russian Medical Academy of Postgraduate Education, 123995, Moscow, Russian Federation, ⁴Moscow Regional Cancer, 143900, Balashikha, Russian Federation

The article deals with the organization of palliative care in elderly and senile patients in geriatric institutions based on interagency cooperation subjects of health and social protection of the population. Also, the reader is invited to refer to the concept of “healthy aging” and the prospects for development and implementation of a national plan as the form of the new health and social policy of the Russian Federation.

Key words: life expectancy, the median age, population aging, cost-effectiveness, public health, social protection, palliative care, polymorbidity pathology, social gerontology, healthy aging, the national plan.

С повышением средней продолжительности жизни (СПЖ) населения европейских и ряда иных экономически развитых стран постоянно увеличивается число людей, перешагнувших 65-летний возрастной рубеж. Медианный возраст населения Европы уже является самым высоким в мире. Ожидается, что средний возраст населения и доля людей, достигших пенсионного возраста, также будут быстро расти даже в тех странах, где ожидаемая продолжительность жизни намного ниже, чем в среднем по Европе. К 2050 г. больше четверти (27%) населения будут составлять люди в возрасте 65 лет и старше. Масштабы демографического старения также велики в восточно-европейских странах и странах Содружества независимых госу-

дарств (СНГ). По мнению экспертов, в течение менее чем двух десятилетий медианный возраст населения стран-участников СНГ увеличится на 10 лет [1].

Процесс старения населения влечет за собой изменение картины заболеваемости и смертности. Достижением минувшего XX века было снижение смертности детей от инфекционных заболеваний. Вступление нашей цивилизации в XXI век сопровождается ростом смертности людей преклонного возраста от хронических болезней, характеризующихся разнообразными физическими и психологическими расстройствами, часто влекущими за собой социальные проблемы.

В этих условиях системы здравоохранения и социальной защиты населения как взаимодополняющие друг друга отрасли социального государства должны быть в состоянии обеспечить лицам пожилого и старческого возраста своевременную, доступную, квалифицированную, безопасную и качественную медико-социальную помощь, финансово обеспечиваемую за счет как финансовых средств государства, так и ресурсов обществен-

Для корреспонденции:

Лебедев Александр Александрович – д-р мед. наук, проф. каф. Управления, экономики здравоохранения и медицинского страхования фак. усовершенствования врачей, 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1; e-mail: prof.lebedev@yandex.ru.

ных фондов потребления – ОФП (ОФП – часть фонда потребления национального дохода, предусматривающая удовлетворение потребностей различных социальных групп в общественном благе, например здоровье). Данный подход, основанный на принципе затратной эффективности, позволяет облегчить жизнь пожилых людей и как можно дольше поддерживать достаточный уровень качества их жизни. Касаясь вопроса затратной эффективности медико-социальной помощи, необходимо отметить следующее. С конца 50–60-х годов прошлого столетия, когда научно-техническая революция стала активно вторгаться в сферу медицины, начался процесс диверсификации медицинских услуг на основе развития новейших медицинских технологий. Наряду с традиционными направлениями медицинской деятельности динамичное развитие получила и специализированная медицинская помощь, которая в свою очередь дала толчок бурному развитию высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской помощи. Конечно, это позволило резко повысить эффективность медицинской помощи, но одновременно произошло и удорожание услуг. Аналогичным образом складывалась ситуация и на сегменте медико-социальной реабилитации, техническая научно-методическая модернизация которой позволила повысить медико-социальную эффективность, но неизбежно привела к удорожанию этого вида социально значимого обслуживания, сделав его малодоступным для ряда категорий граждан. Наряду с большими достижениями и благом для общества медицина оказалась для него и тяжелой нагрузкой. Доля расходов от ВВП, затрачиваемая на здравоохранение, стала неуклонно расти. К сожалению, при этом уровень здоровья населения не изменялся пропорционально затратам государственных, общественных и частных расходов, которые стали резко превалировать над показателями здоровья населения и увеличением продолжительности жизни. В связи с этим в большинстве стран мира, реформирующих свои системы здравоохранения и модернизирующие механизмы финансирования медико-социальной помощи, основополагающим стал принцип затратной эффективности.

Приближение человека к финалу своей жизни, как правило, сопровождается полиморбидностью и сочетанием хронической и острой патологии. Также меняется его потребность во внимании со стороны членов семьи, медицинских и социальных работников. Завершение жизни – это очень сильное личностное переживание, которое, как правило, требует от пожилого человека всех оставшихся эмоциональных и физических сил. Пожилые и престарелые пациенты, зачастую страдающие неизлечимыми недугами, особенно нуждаются в чуткой медицинской, психологической и социальной помощи. Именно по этой причине гериатрические службы системы здравоохранения и геронтологические службы системы социальной защиты должны быстро и адекватно реагировать на возникающие дополнительные и специфические потребности как в социальной, так и в медицинской помощи у лиц данной возрастной категории. Ведущими задачами в деятельности субъектов этих служб становятся контроль болевого синдрома и других мучительных проявлений болезней, внимательное отношение к пожилым больным, их родственникам, предостав-

ление четкой информации, а также полноценной медицинской и социальной помощи. Эти меры помогут сохранить достойную жизнь пожилого или престарелого человека до самого конца и оказать поддержку семьям после кончины близкого человека.

Пока человек жив, независимо от своего возраста он предпочитает не думать о смерти. А вот системы здравоохранения и социальной защиты населения не могут позволить себе игнорировать эту тему. Сегодня множество людей, подошедших к финалу своей жизни, очень остро нуждаются в более полноценной медицинской и социальной помощи. Организуя и оказывая ее сегодня, руководители и работники этих отраслей должны на межведомственной основе одновременно планировать обеспечение такой помощи всем, кому она может понадобиться.

Растущие нужды пожилых людей, страдающих полиморбидной патологией и зависящих от качества медицинского и социального обслуживания, существенно повышают спрос на организацию паллиативной помощи как в гериатрических клиниках, так и в стационарных социальных учреждениях геронтологического профиля. Недостаточное внимание к этому вопросу в современной здравоохранительной и социальной политике – это проблема, стоящая сегодня перед руководителями и организаторами здравоохранения и систем социальной защиты во всех цивилизованных государствах, включая Российскую Федерацию.

Несмотря на то что паллиативная помощь изначально была ориентирована на онкологических больных, соблюдение принципов социальной справедливости и равноправия требует распространения этого вида помощи и на иных пациентов, страдающих тяжелой хронической патологией неонкологического характера. Очень важным аспектом в решении этой задачи является и взаимодействие соответствующих служб здравоохранения и социальной защиты, обеспечивающее организацию паллиативной помощи пожилым и престарелым, находящимся на стационарном социально-медицинском обслуживании в учреждениях геронтологического профиля. Дело в том, что пожилым людям, проживающим в геронтологических учреждениях системы социальной защиты, свойственны особые ценности и переживания. Многие из них поступают на постоянное проживание в стационарные геронтологические учреждения по причинам либо полного одиночества и отсутствия должного ухода со стороны близких, либо по настоянию близких родственников, не имеющих возможности, а зачастую и желания обременять себя заботами по уходу за тяжелобольными стариками. Иными словами, наши пожилые и престарелые сограждане поступают в учреждения геронтологического профиля с целью дожития в условиях гарантированного обеспечения социальной и медицинской помощью, а также культурным и коммунальным обслуживанием, предоставляемыми за счет государственных источников финансирования.

Следует подчеркнуть, что организация медицинской, психологической, реабилитационной и паллиативной помощи пациентам в геронтологических центрах является базовым аспектом в обеспечении качества жизни пожилых людей, их социальной адаптации к проживанию в стационарных социальных учреждениях. По этой причине любые попытки, связанные с

отказом от предоставления медицинской помощи пожилым пациентам в учреждениях геронтологического профиля с дальнейшей ее передачей на аутсорсинг в амбулаторно-поликлинические учреждения территориальных систем здравоохранения, не должны получить практического развития. В противном случае это обернется стремительным ростом смертности пожилых и престарелых россиян, находящихся на гарантированном государством социальном обеспечении в учреждениях геронтологической сети. В свою очередь это приведет к срыву задачи, поставленной Президентом РФ перед всеми ведомствами страны, по увеличению СПЖ россиян к 2018 г. до 74 лет.

Сегодня все более становится ясно, что современные знания, касающиеся эффективного оказания любых видов как медицинской, так и социальной помощи, редко приводят к значительному улучшению ситуации, если они не сочетаются с целенаправленными усилиями соответствующих ведомств по их внедрению. Само же внедрение любых инноваций должно осуществляться по формуле “создание условий, над созданием систем”. Эта аксиома в полной мере касается и межведомственной задачи по созданию общероссийской геронтологической службы. Геронтологические учреждения и организации могли бы сыграть основополагающую роль в развитии и организации доступной, своевременной, бесплатной, квалифицированной, безопасной и качественной паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста, страдающим тяжелой полиморбидной патологией и проживающим в стационарных геронтологических учреждениях страны.

Этот же принцип должен быть положен в основу формирования второй базисной стратегии социальной геронтологии – формирования национального плана “Здоровое старение”. Вообще принцип создания и реализации национальных планов в здравоохранении и социальной защите очень хорошо зарекомендовал себя в странах ЕС, особенно в период глобальной экономической нестабильности. Одним из первых таких планов был национальный план по борьбе с орфанными (редкими) болезнями. Сегодня в ответ на быстрое демографическое старение своего населения страны участники ЕС активнейшим образом работают над реализацией национальных планов, предусматривающих его здоровое старение.

Для того чтобы большинство людей оставались активными и здоровыми в медианном возрасте, требуются существенные межведомственные инвестиции в широкий спектр мероприятий, лежащих в основе формирования национального плана “Здоровое старение”. Данный подход предполагает комплексное решение задач от предупреждения неинфекционных заболеваний и борьбы с ними в течение жизни до укрепления систем здравоохранения с целью расширить доступ пожилых людей к доступным с финансовой точки зрения высококачественным медико-санитарным и социальным услугам. Инвестирование в обеспечение здорового старения – непереносимое условие для устойчивости стратегий в области здравоохранения и социальной политики в Российской Федерации.

К стратегическим направлениям отечественного национального плана “Здоровое старение” можно отнести следующее:

1) обеспечение здорового старения путем заботы о здоровье на протяжении всей жизни;

2) межведомственное взаимодействие по реализации программ “Доступная среда”, “Безопасная среда”, “Поддерживающая среда”;

3) участие общества и бизнес-сообщества в реализации программ здравоохранения с выраженной профилактической и реабилитационной направленностью;

4) социальные программы, включающие комплексные и системные мероприятия по организации длительного ухода, приспособленные к нуждам стареющего населения;

5) проведение углубленных научных исследований по проблемам пожилых, разработка научных методик с последующим их использованием в практике, организация системного мониторинга фактических данных, получаемых в результате внедрения инноваций.

Основу профилактических целевых программ для лиц пожилого и старческого возраста должны составлять следующие приоритетные мероприятия:

1) профилактика травматизма (предупреждение падений);

2) вакцинация пожилых людей и предупреждение инфекционных заболеваний;

3) общественная и государственная поддержка обеспечения неформального ухода с особым вниманием к уходу на дому и в учреждениях геронтологического профиля;

4) укрепление потенциала медицинских и социальных работников в области клинической гериатрии и социальной геронтологии.

Помимо этого, в рамках плана должна быть предусмотрена реализация как минимум трех социальных программ, связывающих вопросы здорового старения с более широким социальным контекстом:

1) программ, направленных на предупреждение социальной изоляции и социального отчуждения;

2) программ профилактики жестокого обращения с пожилыми и престарелыми людьми;

3) программ по обеспечению качества ухода за пожилыми и престарелыми людьми, включая уход при деменции и паллиативную помощь пациентам, нуждающимся в длительном уходе.

Кроме проблемы демографического старения населения в экономически развитых странах и странах переходного периода существуют иные серьезные вызовы в здравоохранительной и социальной сферах. Например, повышение потребности в межсекторальном взаимодействии для охраны здоровья здоровых и борьбы с эпидемией неинфекционных заболеваний. В силу этого все стратегии, направленные на поддержку здорового старения, имеют важнейшее значение для профилактики заболеваний, предупреждения инвалидности и поддержания уровней благополучия, т.е. всех проблем, которые в значительной мере сконцентрированы в группах населения старшего возраста.

В ответ на глобальные тенденции старения населения в конце 1990-х годов ВОЗ призвала к смене парадигмы в сторону позитивной концепции старения, определив здоровое старение и активную старость как процесс, который “позволяет людям реализовать их потенциал физического, социального и психического благополучия на протяжении всей жизни и

участвовать в жизни общества при обеспечении их безопасности и предоставлении надлежащей защиты и помощи, когда они нуждаются в поддержке”.

В 1999 г. Всемирная ассамблея здравоохранения в своей резолюции “Активность – путь к долголетию” призвала государства-члены обеспечить “наивысший достижимый уровень здоровья и благополучия граждан старшего возраста” [2]. В резолюции “Укрепление активной и здоровой старости”, принятой в 2005 г., внимание уделялось развитию первичной медико-санитарной помощи, соответствующей потребностям пожилых людей [3]. В 2012 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла еще одну немаловажную резолюцию “Укрепление политики в области неинфекционных заболеваний для содействия активной старости” [4]. Все эти шаги являются следствием развития международной здравоохранительной политики “Здоровье-21” (“Здоровье для всех в XXI веке”), принятой в 1999 г. [5]. Это обновленный вариант Европейской стратегии “Здоровье для всех”, к которой Российская Федерация как правопреемница бывшего СССР также присоединилась.

На Второй Всемирной ассамблее по проблемам старения, прошедшей в Мадриде (Испания) в 2002 г., был принят Мадридский международный план действий по проблемам старения (МІРАА) [6], к которому присоединилась и Россия. Продолжением Мадридского плана действий стал разработанный ВОЗ документ “Содействие активной старости: основы политики” [7].

Формирование, развитие и поддержка концепции здорового старения и одноименного национального плана может стать вкладом в устойчивость систем здравоохранения и социальной защиты как в самой России, так и за ее пределами. Реализация данной концепции позволит людям старших возрастных групп оставаться активными, автономными и полностью интегрированными в общественную жизнь. Это связано с тем, что основу концепции здорового старения составляют следующие аспекты:

1. Она отвечает на растущие потребности и ожидания стареющего населения в отношении более эффективного содействия укреплению здоровья и совершенствования медико-санитарных и социальных услуг, включая поддержку самопомощи.

2. Она признает фундаментальное право каждого независимо от возраста на обладание наивысшим достижимым уровнем физического и психического здоровья.

3. Она принимает во внимание растущий объем фактических данных о неэффективности и недостатках в отношении качества и доступа к услугам, включая профилактику (на всех уровнях – первичном, вторичном и третичном).

4. Все мероприятия по обеспечению здорового старения вносят значительный вклад в сокращение разрыва по показателям здоровья и благополучия как между субъектами РФ, так и между социально-экономическими и демографическими группами.

5. Мероприятия по обеспечению здорового старения взаимодействуют со стратегиями социальной защиты, направленными на предотвращение все еще широко распространенного в Европе риска бедности среди пожилых людей.

Подводя итог изложенному выше, необходимо подчеркнуть, что в настоящее время в Российской Федерации сложились как объективные, так и субъективные основания приступить к разработке и практической реализации Национального плана “Здоровое старение”. Реализация данной стратегии позволит обеспечить реальную, а не на словах, реформу всей социальной сферы страны. Отсутствие системных государственных мер по этому вопросу не позволит приступить к эффективной реализации программы “Активное долголетие 2011–2015”, инициированной рядом отраслевых министерств страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе на 2012–2020 гг. Европейский региональный комитет. Шестидесятая вторая сессия. Мальта, 10–13 сентября 2012 г. Мальта; 2012.
2. Резолюция WHA52.7 Всемирной ассамблеи здравоохранения «Активность – путь к долголетию». В кн.: Материалы: 52-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 17–25 мая 1999 г. Т. 1: Резолюции и решения, приложения. Женева; Всемирная организация здравоохранения; 1999: 9–11.
3. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA58.16 “Укрепление активной и здоровой старости”. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_16-ru.pdf).
4. Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения WHA65.3 “Укрепление политики в области неинфекционных заболеваний для содействия активной старости”. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2012 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R3-ru.pdf).
5. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 1999. (Health 21: The basics of the health for all in the WHO European region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999).
6. Мадридский международный план действий по проблемам старения. Нью-Йорк: Департамент по экономическим и социальным вопросам ООН; 2002. (Madrid international plan of action on ageing. New York: Department of economic and social affairs, United Nations, 2002).
7. Active ageing: a policy framework. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf).

REFERENCES

1. The strategy and action plan to support healthy aging in Europe for 2012–2020. Regional Committee for Europe. Sixty-second session, Malta, 10–13 September 2012 (in Russian).
2. Resolution WHA52.7 World Health Assembly “Activity – a way to longevity.” In: 52nd session of the World Health Assembly, Geneva, 17–25 May 1999 Volume 1. Resolutions and decisions, annexes. Geneva, World Health Organization, 1999: 9–11 (in Russian).
3. World Health Assembly resolution WHA58.16 “Strengthening active and healthy aging.” Geneva, World Health Organization, 2005. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_16-ru.pdf (in Russian).
4. World Health Assembly resolution WHA65.3 “Strengthening the policy of non-communicable diseases to promote active aging.” Geneva, World Health Organization, 2012 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_R3-ru.pdf (in Russian).
5. Health 21: The Basics of the Health for All in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (in Russian).
6. Madrid International Plan of Action on Ageing. New York: Department of Economic and Social Affairs, United Nations, 2002 (in Russian).
7. Active ageing: a policy framework. Geneva, World Health Organization, 2002 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf).

Поступила 10.06.13