

*В. Н. Анисимов<sup>1</sup>, В. Ю. Серпов<sup>2</sup>, А. В. Финагентов<sup>3</sup>, В. Х. Хавинсон<sup>4</sup>*

## НОВЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ. ЧАСТЬ 1. АКТУАЛЬНОСТЬ, НОРМАТИВНАЯ БАЗА

<sup>1</sup> НИИ онкологии им. Н. Н. Петрова Минздрава РФ, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, 68; e-mail: aging@mail.ru; <sup>2</sup> Городской гериатрический медико-социальный центр, 190103, Санкт-Петербург, наб. Фонтанки, 148; e-mail: ggc-admin@mail.ru; <sup>3</sup> Северо-Западный институт гериатрии и социально-медицинского проектирования, 190005, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, 118 А, лит. Л; e-mail: szirc@mail.ru; <sup>4</sup> Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3; e-mail: ibg@gerontology.ru

Публикация является первой частью аналитического научно-методического обзора, посвященного новому этапу развития геронтологии и гериатрии в России. Обоснована актуальность создания системы гериатрической помощи как важной составляющей государственной политики в сфере повышения качества жизни граждан старшего поколения. Представлена общая оценка проблемы совершенствования социальной поддержки нетрудоспособных граждан старших возрастных групп с учетом ограничения бюджетного финансирования и межведомственной разобщенности. Обосновано использование геронтологических технологий в процессе модернизации социальной поддержки граждан старшего поколения, в частности формирования в стране единой системы медико-социальной помощи для указанной категории граждан как механизма, обеспечивающего продление периода их жизненной активности и снижения демографического давления на экономическое положение субъектов Российской Федерации. Рассмотрены вопросы законодательного и нормативного регулирования развития геронтологии и гериатрии, проанализированы принятые с 1977 по 2014 г. законодательные и нормативные акты. Показана необходимость изменения подхода к нормативному регулированию государственной поддержки граждан старшего поколения. Представлен аналитический обзор комплекса государственных документов, выпущенных по результатам проведения в августе 2014 г. заседания Президиума Госсовета России, посвященного совершенствованию системы социальной защиты пожилых граждан. Обосновано применение этих документов в рамках реализации нового этапа развития геронтологии и гериатрии в России.

**Ключевые слова:** граждане старшего поколения, единая система медико-социальной помощи, геронтология, система гериатрической помощи, демографическое давление на экономику, нормативная база, межведомственное взаимодействие, возраст-ассоциированные хронические заболевания, гериатрическая оценка пациентов

### 1. Актуальность создания системы гериатрической помощи

*Демографическая ситуация в России и социальная помощь гражданам старшего поколения*

Современная демографическая ситуация в России характеризуется постепенным увеличением абсолютной и относительной численности граждан старшего поколения (ГСП) при одновременном сокращении доли населения трудоспособного возраста. Так, в 2015 г. численность пожилых граждан увеличилась на 700 тыс. и составила более 33 млн человек (23 % населения) [42, 44]. В Северо-Западном федеральном округе для отдельных субъектов РФ этот показатель колеблется от 20 до 35 %, при этом наблюдается устойчивая тенденция к его увеличению (до 2025 г. — на 5–10 %).

Практически все ГСП нуждаются в поддержке современного общества, и не только материальной, но в психологической, юридической, информационной, а часто — и моральной. Все ГСП — активные члены общества, имеющие конституционные права на получение гарантированного пакета государственных социальных услуг. В благополучии и сохранении здоровья ГСП прямо заинтересованы их близкие родственники. Например, в Северо-Западном федеральном округе численность этой группы населения достигает 5 млн человек. Этот фактор не может не учитываться при выработке государственной политики в социальной сфере.

При оценке влияния изменений демографической ситуации на перспективы социально-экономического развития страны и отдельных регионов следует учитывать фундаментальное положение экономической теории: если численность

трудоспособного населения становится меньше нетрудоспособного, то социально-экономическое развитие общества приостанавливается, при этом к нетрудоспособной части населения также относятся люди моложе трудоспособного возраста.

Наиболее значимые негативные тенденции:

- увеличение численности ГСП, нуждающихся в постоянной государственной поддержке, следствие — необходимость повышения бюджетного финансирования социальной, включая медицинскую составляющую, поддержки ГСП;
- относительное снижение численности трудоспособного населения, формирующего доходную часть бюджета;
- повышение стоимости медико-социальных услуг в расчете на одного получателя из категории ГСП, обусловленное экономическими, а не медицинскими факторами; не всегда обоснованное показаниями внедрение высокотехнологичной медицинской помощи и дорогих медицинских препаратов;
- малая плотность заселения территорий значительной части регионов повышает затраты на оказание медико-социальной помощи ГСП.

Таким образом, существенное нарастание демографического давления на экономику требует изменения структуры социальной помощи ГСП в РФ.

#### *Использование геронтологических технологий для повышения эффективности социальной помощи гражданам старшего поколения*

Доля затрат на здравоохранение и социальную защиту населения в отдельных субъектах РФ на территории Северо-Западного федерального округа составляет до 40 % региональных бюджетов. Непропорционально большая часть этих расходов направляется на социальную поддержку ГСП в силу их низкой социальной защищенности, высокого уровня заболеваемости. В здравоохранении необходимость таких расходов обусловлена широким распространением возраст-ассоциированных хронических неинфекционных заболеваний, требующих значительных объемов финансирования. При этом, если число посещений к врачам в поликлиниках сопоставимо с относительной численностью ГСП, то число постоянно занятых ими коек в медицинских стационарах в 3–4 раза превышает ожидаемые показатели [45], причем использование этих коек часто не соответствует профилю медицинских стационаров. Российский и международный опыт показывает, что количе-

ство и длительность экстренной госпитализации ГСП в медицинские стационары могут быть реально снижены за счет использования долгосрочной комплексной медико-социальной поддержки. Сложившаяся к настоящему времени в России система учреждений здравоохранения и социальной защиты населения такой поддержки обеспечить не может, что приводит к неоправданно высоким бюджетным расходам на специализированную высокотехнологичную и амбулаторную медицинскую помощь, услуги учреждений социальной защиты населения.

Увеличение средней продолжительности жизни и относительной численности ГСП в сочетании с повышением их информированности о гарантируемых государством услугах стимулирует рост бюджетного финансирования. К сожалению, административные решения в сфере социальной поддержки ГСП часто принимаются на основе узковедомственных интересов. Отсутствие научного и методического обоснования реализуемых подходов не позволяет достичь значимых практических результатов.

Организация долговременного медико-социального сопровождения ГСП требует широкого внедрения геронтологических технологий в практику работы учреждений здравоохранения и социальной защиты населения в формате создания системы гериатрической помощи (ГП) и должна предусматривать:

- структурное позиционирование геронтологии как науки, направляющей развитие системы медико-социальной помощи ГСП, и Геронтологического общества при РАН как системного интегратора научно-практических исследований в процессе модернизации структуры этой помощи;
- создание в масштабах России единой системы медико-социальной помощи ГСП, базовой составляющей которой является система ГП.

#### *Обоснование нового этапа развития геронтологии и гериатрии в России*

Необходимо констатировать, что, несмотря на значительный объем проведенных работ и потраченных средств с середины 90-х гг. XX в., в настоящее время система ГП в России отсутствует. Во всех субъектах РФ гериатрическая помощь как комплексное долговременное медико-социальное сопровождение большинству ГСП недоступна. Качество ГП не отвечает международным стандартам, в первую очередь с точки зрения

комплексности и внедрения современных геронто-технологий.

В качестве индикаторов текущей ситуации в России рассматриваются:

- проработанность и полнота нормативно-правовой базы, регулирующей на государственном уровне предоставление медицинских и социальных услуг ГСП (в нашем случае — это государственная ГП);
- наличие механизмов и структур, обеспечивающих предоставление государством медицинских и социальных услуг ГСП; при этом должны оцениваться доступность и качество услуг, соответствие их перечня международным стандартам, организация финансирования, наличие информационного сопровождения и т. д.

Предпосылками реализации нового этапа развития геронтологии и гериатрии в России, включая создание системы ГП, являются:

- наличие политической воли руководства РФ, обусловленное социально-политическими и экономическими факторами развития ситуации в стране; эта политическая воля наиболее четко выражена в Указах [15, 20] и Поручениях президента РФ В. В. Путина [25], выпущенных по результатам проведения в августе 2014 г. Президиума Госсовета [42], посвященного совершенствованию социальной помощи пожилым гражданам, а также сформулирована в Послании президента РФ 2016 г. Федеральному собранию РФ;
- завершение формирования в 2016 г. целостного пакета нормативных актов федерального уровня, обеспечивающих выполнение Поручений президента РФ, регламентирующих развитие геронтологии и гериатрии в России, включая «Стратегию действий в интересах граждан старшего поколения» на период до 2025 г. (далее — Стратегия) [28], «Порядок медицинской помощи по профилю «Гериатрия» (далее — Порядок) [27], «План мероприятий по реализации первого этапа Стратегии до 2020 г.» [29];
- объективная оценка влияния формирования системы социальной помощи ГСП на социально-экономическое развитие страны с учетом позиционирования России как социально ориентированного государства; понимание невозможности достижения позитивных результатов без изменения сложившейся системы организации медико-социальной помощи ГСП [46];

- обобщение накопленных за последние 20 лет научных и практических наработок федерального и регионального уровней по направлению «геронтология и гериатрия», включая разработку методик и организации системы ГП, создание специализированных учреждений, подразделений и систем на региональном уровне, внедрение новейших информационных и геронто-технологий в практику работы этих структур, апробация использования комплексного подхода к социальному сопровождению ГСП [43, 46, 48, 51–53];
- формирование системы общественной поддержки создания в стране и регионах единой системы медико-социальной помощи, привлечение внимания общества к проблемам ГСП, вовлечение общественных организаций и негосударственных структур в процесс формирования рынка услуг социального профиля для ГСП.

Сочетание перечисленных выше факторов позволяет прийти к выводу об обоснованности и актуальности внедрения нового подхода к предоставлению ГСП долговременной социальной поддержки, включая создание в России полномасштабной системы ГП.

## 2. Нормативная база создания системы гериатрической помощи

### *Понятия и структура нормативной базы*

Рассмотрение вопросов законодательного и нормативного регулирования ГП как составляющей социальной помощи ГСП требует ее четкого определения и позиционирования [52].

В последние годы в литературе используют различные определения ГП, что свидетельствует о несовпадении подходов к сути проблемы, обусловленных узковедомственными интересами. Авторы настоящей публикации основываются на определении ГП, отвечающем требованиям международных стандартов: «Гериатрическая помощь населению — это система мер по оказанию медико-социально-психологических услуг гражданам старшего поколения с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, частично или полностью утраченной из-за хронических возраст-ассоциированных заболеваний, обеспечение их реинтеграции в общество и независимого существования» [52, 53].

Исходя из представленного определения, создание системы ГП должно рассматриваться как составляющая совершенствования социальной

поддержки ГСП и планироваться в тесной взаимосвязи с модернизацией систем здравоохранения, социальной защиты населения, культурно-просветительской и образовательной деятельности, совершенствования законодательства в сфере поддержки социально-ориентированных некоммерческих организаций.

Основные свойства нормативной базы создания системы ГП:

- смысловое и концептуальное единство всех документов;
- взаимное дополнение отдельных документов в процессе формирования целостного комплекса;
- многоуровневый подход: от идеологических международных манифестов до региональных и местных нормативных актов и распорядительных документов;
- мультидисциплинарный подход.

При определении требований к структуре нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность системы ГП, необходимо учитывать совокупность факторов:

- гериатрия объединяет в единый комплекс услуги медицинского и социального профиля с учетом возрастных особенностей пациентов, поэтому формирование нормативно-правовой базы для обеспечения работы системы ГП должно учитывать необходимость межведомственной интеграции и координации, чтобы избежать дублирования функций, структур и, как следствие, неэффективного расходования государственных средств;
- государственное устройство РФ предусматривает разграничение полномочий между федеральным, региональным и муниципальным уровнями; это прямо относится к сфере предоставления ГП населению; например, стандарты предоставления медицинских услуг утверждаются исключительно на федеральном уровне, в то время как значительная часть услуг, отнесенных к социальной сфере, может регламентироваться нормативными актами на уровне отдельных субъектов РФ (региональные стандарты).

Состав нормативно-правовой базы, регламентирующей создание и функционирование системы ГП:

- законодательные акты РФ;
- законодательные акты субъектов РФ;
- нормативные ведомственные акты федерального уровня (Министерство здравоохранения и Министерство труда и социального развития РФ, Министерство образования и науки РФ);

- нормативные ведомственные акты регионального уровня (для Санкт-Петербурга это документы Комитета по здравоохранению и Комитета по социальной политике);
- межведомственные нормативные и регламентирующие документы (в частности целевые программы, соглашения и т. д.);
- внутриведомственные нормативные документы системы ГП (положения, регламенты и т. д.).

Перечисленные выше документы, составляющие единый комплекс, должны регламентировать:

- основные понятия, относящиеся к ГП;
- определение специальности «Геронтология и гериатрия», квалификационные требования к работникам, обеспечивающим предоставление гериатрических услуг;
- перечень медико-социальных услуг ГСП, которые должны быть отнесены к категории гериатрических, в частности к группе гериатрических услуг, гарантированно предоставляемых государством;
- основные задачи, функции и обязанности государства в лице федеральных и региональных профильных органов власти и структур в сфере предоставления медико-социальной помощи пожилым людям (гериатрических услуг);
- позиционирование отдельной группы государственных структур, учреждений и организаций (с четким определением их статуса и функций), которые должны быть отнесены к государственной системе ГП;
- принципы взаимодействия государственных структур, предоставляющих медицинские и социальные услуги ГСП, не входящим в систему ГП, с ее подразделениями: распределение функций и сфер влияния, зон ответственности, координация работы, информационное взаимодействие, организация финансирования.

#### *Формирование нормативной базы предоставления гериатрической помощи до августа 2014 г.*

В период 1977–2014 гг. в СССР и далее в РФ было выпущено более двух десятков нормативных актов федерального уровня [1–24], регламентирующих развитие геронтологии и гериатрии в стране: Законы, Постановления Правительства, Приказы Министерств здравоохранения, труда и социального развития. В то же время, с учетом сложившейся системы разграничения полномочий между федеральным центром и регионами, в ряде субъектов РФ в период 1996–2014 гг. выпускались нормативные акты регионального уровня, ре-

гламентирующие деятельность специализированных подразделений учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, предоставляющих ГП, число которых зависело от объема проводимых в регионе работ. Например, в Санкт-Петербурге было выпущено более 20 нормативных актов [25, 30–40].

Детальный анализ перечисленных документов выходит за рамки настоящей публикации, поэтому мы бегло рассмотрим наиболее значимые из них с точки зрения формирования единого комплекса нормативных актов и регламентации основных параметров системы ГП.

Приказами Минздрава СССР № 137 от 21.02.1977 г. и № 347 от 19.04.1977 г. [1, 2] предусмотрены подготовка врачей всех специальностей по геронтологии и гериатрии, усиление разработок и более широкое внедрение в практику здравоохранения профилактики, диспансерного наблюдения, диагностики и лечения различных заболеваний у лиц старшего возраста, координации деятельности с органами социального обеспечения.

Приказ Минздрава СССР № 875 от 02.07.1985 г. [3] предписывал:

- обеспечить подготовку врачей клинических специальностей по вопросам гериатрии на местах;
- назначить в каждой республике, крае, области и крупном городе главных внештатных специалистов по геронтологии и гериатрии;
- завершить организацию гериатрических кабинетов в городских поликлиниках консультативно-диагностической помощи;
- организовать в городских поликлиниках гериатрические кабинеты из расчета обслуживания не менее 100 тыс. человек взрослого населения; укомплектовать гериатрические кабинеты врачами-терапевтами и медицинскими сестрами, прошедшими специальную подготовку по гериатрии;
- подготовить учебные пособия по клинической и социальной геронтологии и геронгигиене для студентов медицинских институтов;
- предусмотреть в планах научно-исследовательских работ разработку вопросов возрастных особенностей профилактики, диагностики и лечения заболеваний у лиц старшего возраста;
- подготовить методические рекомендации для врачей по профилактике, особенностям диагностики и лечения заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Приказ Минздрава РСФСР от 01.02.1991 г. № 19 [4] в целях улучшения медицинской и соци-

альной помощи больным пожилого и старческого возраста предписывал:

- создать сеть домов сестринского ухода и хосписов, отделений сестринского ухода в многопрофильных и специализированных больницах;
- обеспечить подготовку средних медицинских кадров для работы в больницах сестринского ухода и хосписах по заявкам органов здравоохранения;
- разработать стандарт «медико-социальная койка»;
- активно привлекать к организации и финансированию домов и отделений сестринского ухода, хосписов общественные, религиозные и благотворительные организации, государственные и кооперативные, промышленные и сельскохозяйственные предприятия.

В Федеральном законе РФ от 02.08.1995 г. № 122 ФЗ [5] в числе прав граждан пожилого возраста, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, указаны:

- первичная медико-санитарная и стоматологическая помощь;
- социально-медицинская реабилитация и социальная адаптация;
- медико-социальная экспертиза, проводимая по медицинским показаниям.

Базовым нормативным актом для предоставления гериатрической помощи гражданам РФ является Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 июля 1999 г. № 297 [9–13]. В качестве основных направлений модернизации медицинской помощи людям пожилого возраста определены:

- осуществление целенаправленных мер по созданию системы ГП;
- повышение уровня знаний по гериатрии врачей общей лечебной сети;
- проведение научно-исследовательских работ в области геронтологии и гериатрии, в том числе и по вопросам профилактики преждевременного старения населения;
- организация более тесного взаимодействия органов и учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, в ряде случаев совместного решения поставленных задач на основе интеграции финансовых и других ресурсов.

В целях проведения указанной модернизации предусматривались:

- организация гериатрических центров и обеспечение их деятельности; при наличии необходимого материально-технического, финансового и

- кадрового потенциала предлагалось возложить функции гериатрических центров на существующие многопрофильные гериатрические больницы или госпитали ветеранов войн;
- создание сети гериатрических больниц и отделений, учреждений медико-социальной помощи в соответствии с потребностью;
  - утверждение правил направления на консультацию в гериатрические центры и госпитализации в указанные учреждения, гериатрические больницы (отделения), а также больницы (дома) и отделения сестринского ухода;
  - организацию в амбулаторно-поликлинических учреждениях отделений медико-социальной помощи для проведения больным старших возрастных групп и инвалидам лечебно-реабилитационных мер, в том числе на дому;
  - определение, совместно с территориальными органами социальной защиты населения, возможности долевого участия в финансировании гериатрических, медико-социальных больниц (отделений) и медико-социальных отделений поликлиник;
  - подготовка и повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала по гериатрии, а также повышение уровня знаний врачей общей лечебной сети по актуальным вопросам гериатрии;
  - назначение внештатных главных специалистов — гериатров (геронтологов);
  - формирование научно-исследовательских и клинических подразделений по гериатрической кардиологии, гериатрической неврологии, гериатрической ортопедии и проблемам профилактики преждевременного старения;
  - обеспечение научно-методического руководства созданием и функционированием сети гериатрических учреждений (подразделений);
  - координация научных исследований по геронтологии и проблемам преждевременного старения в рамках Межведомственного научного совета по геронтологии и гериатрии Российской академии медицинских наук и Минздрава России;
  - разработка и утверждение дифференцированных расчетных нормативов обеспечения и стоимости стационарной специализированной медицинской и медико-социальной помощи населению трудоспособного и пенсионного возраста;
  - долевого финансирования ГП территориальными органами здравоохранения и социальной защиты;
  - координация деятельности учреждений, предоставляющих гериатрическую помощь, главным геронтологом Минздрава РФ и межведомственным научным Советом по геронтологии и гериатрии РАМН;
  - разработка и принятие федеральных медико-социально-экономических стандартов в области предоставления ГП.
- Приведенный перечень мер, предписанный Приказом № 297 [9–13], настолько сбалансирован, что может рассматриваться в качестве базиса для создания системы ГП. Это снимает необходимость детального рассмотрения здесь других выпущенных нормативных актов.
- Отсутствие значимых практических результатов, соотнесенное с составом комплекса нормативных актов, выпущенных до 2014 г., позволяет оценить их эффективность:
- введение в практику работы государственных учреждений здравоохранения и социальной защиты населения широкого спектра регламентированных нормативными документами требований и рекомендаций создало предпосылки, но не обеспечило формирование целостной системы ГП на уровне страны и отдельных регионов;
  - присутствие в ряде документов дублирующих (повторяющихся) формулировок и положений свидетельствует об отсутствии системного подхода к формированию системы нормативных актов, регламентирующих предоставление специализированной социально-медицинской помощи ГСП, а также косвенно подтверждает факт невыполнения директивных указаний, представленных в выпущенных документах;
  - несоответствие значительного объема декларированных требований реальным наработкам и достижениям на протяжении достаточно длительного периода (более 30 лет) подтверждают, с одной стороны, неполноту и несовершенство сформированной нормативной базы в части распорядительных и контролирующих функций, с другой стороны, показывают «поверхностность» подхода к формированию системы ГП; решение «мелких» организационно-методических и финансовых вопросов было оставлено на усмотрение местных администраций, которые, как правило, не располагали возможностями и кадровым потенциалом, а также желанием менять ранее сложившуюся статичную систему услуг социального профиля; при этом руководители федеральных структур не

считали необходимым контролировать процессы на местах.

Сопоставление содержания и смысловой нагрузки отдельных нормативных документов [1–24, 26, 30–40] с датами их выпуска и ведомственной принадлежностью подводит к выводу о волнообразном характере процессов развития геронтологии и гериатрии в рассматриваемый период. Условно можно выделить три периода «относительной активности»: конец 70-х — начало 80-х гг. прошлого столетия — продвижение идеи внедрения в стране гериатрической помощи по инициативе Министерства здравоохранения СССР; середина 90-х XX столетия — 2001 г. — попытка активного формирования целостного комплекса документов на федеральном уровне, инициированная Минздравсоцразвития; с 2008 г. — достаточно вялая попытка регламентировать социально-медицинскую поддержку ГСП в учреждениях системы социальной защиты населения.

Главным критерием полноты и эффективности сформированного комплекса законодательных и нормативных актов является результат их практической реализации. На начало 2014 г. эти результаты имели выраженный негативный характер:

- большая часть учреждений и подразделений гериатрического профиля в регионах, созданных на рубеже 90-х гг. XX и начала XXI в., была постепенно ликвидирована по решению местных органов государственной власти;
- межведомственная разобщенность после разделения Минздравсоцразвития РФ привела к созданию двух параллельных систем: медико-социальной и социально-медицинской помощи ГСП, работающих независимо, по чисто ведомственным правилам с отдельным финансированием; такой подход, по мнению экономистов, ведет к двойному финансированию услуг;
- «Медицинская геронтология», как наука, оказалась полностью оторванной от практической деятельности учреждений здравоохранения, предоставляющих ГП [43, 46], поскольку таких учреждений в России, за исключением Санкт-Петербурга и еще двух-трех регионов, не осталось; попытка провозгласить создание нового научного течения «социальная геронтология» [47] не состоялась в силу отсутствия практических результатов.

*Нормативное регулирование развития геронтологии и гериатрии после проведения Президиума Госсовета России в августе 2014 г.*

Задачи государства и общества в рамках решения проблем пожилых людей наиболее четко сформулированы в документе, известном как «Мадридский международный План действий по старению» (далее — Мадридский план) [49, 50], принятом в 2002 г. на II Ассамблее ООН по проблемам старения:

- обеспечение здоровья и благосостояния людей пожилого возраста;
- создание условий, способствующих индивидуальному развитию пожилого человека;
- адаптация и участие пожилых людей в развитии общества.

Проведение 5 августа 2014 г. заседания Президиума Госсовета России [42], посвященного развитию системы социальной защиты граждан пожилого возраста, показало приверженность руководства страны идеям Мадридского плана и Болонской декларации [41]: государство призвано обеспечить каждому человеку безопасную и достойную старость, а также возможность участия в жизни общества как полноправного гражданина. По результатам заседания были выпущены Поручения президента РФ В.В. Путина [25], в которых была поставлена задача совершенствования системы социальной помощи ГСП, включая создание системы ГП. Президент России поручил профильным Министерством и ведомствам:

- разработать и утвердить Стратегию действий в интересах граждан пожилого возраста, направленную на стимулирование активного долголетия, улучшение качества их жизни;
- обеспечить совершенствование системы охраны здоровья граждан пожилого возраста, развитие геронтологической службы;
- развивать систему предоставления гражданам пожилого возраста медицинских и бытовых услуг на дому;
- развивать альтернативные формы ухода за гражданами пожилого возраста;
- обеспечить, с учетом Стратегии, корректировку региональных и муниципальных программ, направленных на улучшение качества жизни пожилых граждан.

Первым значимым результатом выполнения Поручений президента России стала разработка «Порядка оказания медицинской помощи по профилю „Гериатрия“» [27]. Для специалистов, работающих в сфере предоставления услуг ГСП —

медиков, социальных работников, психологов, принятие этого ведомственного нормативного акта стало событием, определившим перспективы развития специализированной медицинской помощи ГСП.

В качестве переломного события, открывшего новый этап развития геронтологии и гериатрии в России, должна рассматриваться разработка «Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» [28, 29]. Стратегия, как программный документ для формирования в России нового подхода к социальной поддержке ГСП, включающий создание системы ГП, разрабатывалась более года большим коллективом ученых, специалистов, общественных деятелей. Необходимо отметить комплексный системный подход Стратегии к решению проблемы поддержки государством ГСП, отличающий ее от всех ранее выпущенных нормативных актов.

Одним из приоритетных направлений Стратегии определено «совершенствование системы охраны здоровья граждан старшего поколения, развитие гериатрической службы, включая профессиональную подготовку и дополнительное профессиональное образование специалистов в этой сфере». В рамках этого направления предусматривается:

- создание последовательной и преемственной системы, сочетающей медицинские услуги для людей всех возрастов, от профилактики до паллиативной медицинской помощи — декларируется комплексный подход к медицинскому сопровождению ГСП;
- обеспечение доступности гериатрической помощи для ГСП, что подтверждает значимость гериатрической помощи в системе медицинского сопровождения ГСП;
- организация системы ранней диагностики возраст-ассоциированных хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, что подчеркивает необходимость «профилактики старения»;
- организация гериатрической службы как единой системы долговременной медицинской помощи за счет преемственности ведения пациента различными уровнями системы здравоохранения, а также системы социальной защиты населения — показаны системность, комплексность, долговременность системы гериатрической помощи ГСП, необходимость межведомственной интеграции;

- развитие паллиативной медицинской помощи в интересах ГСП — предлагается решение проблемы «угасания» в рамках гериатрической помощи;
- использование механизмов частно-государственного партнерства в сфере оказания гериатрических услуг гражданам старшего поколения в связи с необходимостью расширения медицинской помощи — декларируется необходимость привлечения социально-ориентированных некоммерческих организаций;
- популяризация потенциала и достижений геронтологии и гериатрии как современных направлений медицины, способствующих продлению периода активного долголетия — указано на необходимость повышения информационной доступности ГП;
- совершенствование системы профессиональной подготовки, проведение научных исследований, повышение информированности медицинских работников по специальности «Геронтология и гериатрия» — обозначена необходимость научно-методической и образовательной поддержки развития гериатрической службы.

Анализ перечисленных позиций показывает интегративный подход Стратегии к решению проблемы совершенствования системы охраны здоровья ГСП, выделение ГП в качестве базового элемента этой системы, который обеспечивает объединение действий и потенциалов государственных учреждений и негосударственных структур в рамках формирования комплексной услуги — гериатрическая медико-социально-психологическое сопровождение ГСП.

Отличительной особенностью Стратегии, как программного документа, является высокая степень детализации. Так, в рамках реализации направления «Совершенствование системы охраны здоровья граждан старшего поколения, развитие гериатрической службы» перечислены меры, которые должны проводиться профильными структурами здравоохранения:

- внедрение системы «гериатрической оценки пациентов»;
- разработка стратегии профилактики хронических заболеваний ГСП;
- создание системы оказания плановой медицинской помощи пациентам со старческой астенией и комплексом возраст-ассоциированным заболеваниями, включающей федеральный центр геронтологии и гериатрии;

- разработка стандартов медицинской помощи по отдельным возраст-ассоциированным заболеваниям;
- совершенствование системы подготовки специалистов по оказанию медицинской, гериатрической и социальной помощи ГСП;
- проведение фундаментальных и прикладных исследований в области геронтологии и гериатрии;
- повышение информированности специалистов и граждан по проблемам гериатрии.

Существенным моментом, с точки зрения перспектив реализации отдельных положений Стратегии, является их привязка к Поручениям президента РФ, которая делает эти пункты из рекомендательных директивными. Так, п. 2в перечня Поручений президента РФ [25] предписывает: «Правительству Российской Федерации обобщать и распространять успешный опыт работы субъектов Российской Федерации в сфере социальной поддержки граждан пожилого возраста». В рамках выполнения этого Поручения, Стратегия предусматривает следующие меры:

- совершенствование существующих механизмов управления и общественного контроля;
- эффективная реализация межведомственного взаимодействия;
- системное изучение и распространение опыта работы по предоставлению услуг ГСП;
- укрепление партнерства органов государственной власти с общественными объединениями, содействие их деятельности.

Ряд значимых рекомендаций, влияющих на совершенствование медико-социального сопровождения пожилых людей, представлен в описании других приоритетных направлений Стратегии: «обеспечение доступа граждан старшего поколения к информационным и образовательным ресурсам», «развитие форм социального обслуживания», «развитие общества с учетом интересов, потребностей и возможностей граждан старшего поколения».

В июне 2016 г. в регионы был направлен проект «Плана мероприятий на 2016–2020 гг. по реализации первого этапа Стратегии» (далее — План) [29], который представил комплекс мер, направленных на совершенствование системы охраны здоровья ГСП, развитие гериатрической службы. Выделим наиболее важные меры Плана, касающиеся настоящей публикации:

- развитие гериатрической помощи в России и регионах;

- разработка нормативных актов, регламентирующих совершенствование медико-социальной помощи ГСП;
- содействие распространению позитивного опыта субъектов РФ по отдельным направлениям медико-социальной помощи ГСП.

Утверждение Плана [29] правительством РФ в ноябре 2016 г. определило сроки перехода администраций субъектов РФ к практической реализации мер по созданию систем ГП в регионах. Перечисленные выше пункты Плана определяют задачи и перспективы работы для конкретных ведомств и структур, что позволяет рассматривать этот документ в качестве нормативного акта федерального уровня, определяющего направления коррекции целевых региональных программ и являющийся основой для выпуска идентичных «Планов мероприятий по реализации первого этапа стратегии» на уровне отдельных субъектов РФ.

### Заключение

В 2015–2016 гг. Минздрав РФ начал реализацию комплекса мер, обеспечивших подготовку к созданию системы гериатрической помощи в России: назначен главный внештатный специалист Минздрава по геронтологии и гериатрии, создан профильный Совет экспертов, разработан и утвержден Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия», приняты решения по Федеральному научному центру по геронтологии и гериатрии [48]. Следующим этапом в создании системы гериатрической помощи должна стать разработка, утверждение и внедрение типизированной модели региональной гериатрической службы. При ее разработке должны быть использованы разработки Санкт-Петербурга, других регионов России, мировой и европейский опыт.

К сожалению, Стратегия юридически не является нормативным актом, регламентирующим предоставление гражданам старшего поколения услуг социального профиля, в частности гериатрической помощи. Для юридически полного обоснования развития в России системы комплексного медико-социального сопровождения граждан старшего поколения, включая гериатрическую помощь, предусмотренного Поручениями президента РФ, Стратегией и Планом мероприятий, необходимо скорейшее принятие поправок в Федеральные законы от 21.11.2011 г. ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» [19] и от 28.12.2013 г. ФЗ № 442 «Об основах со-

циального обслуживания населения» [22], а также разработка и принятие отдельного Федерального закона «О социальной помощи гражданам старшего поколения», определяющего приоритеты государственной политики и регулирующего вопросы межведомственного взаимодействия. С учетом разграничения полномочий между федеральным центром и субъектами РФ, целесообразно скорейшее принятие отдельных нормативных актов на уровне каждого из регионов, при этом следует использовать опыт субъектов РФ, имеющих наработки в этой сфере, в первую очередь Санкт-Петербурга.

### Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 21.02.1977 № 137, утвердивший «Положение о повышении квалификации врачей и провизоров на местных базах».
2. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 19.04.1977 № 347 «О мероприятиях медицинского обеспечения лиц старших возрастов».
3. Приказ Министерства здравоохранения СССР от 02.07.1985 № 875 «О дальнейшем совершенствовании медицинской помощи лицам старших возрастов».
4. Приказ Минздрава РСФСР от 01.02.1991 № 19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц» (вместе с «Положением о доме сестринского ухода, хосписе и отделении сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц»).
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 16.02.1995 № 33 «О введении должности врач-гериатр».
6. Федеральный закон от 02.08.1995 № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов».
7. Федеральный закон от 10.12.1995 № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения Российской Федерации».
8. Постановление Правительства РФ от 28.08.1997 № 1090 «О федеральной целевой программе "Старшее поколение"» (работало до 2001 г.).
9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.07.1999 № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации».
10. Приложение 1 к Приказу Минздрава России от 28.07.1999 № 297. Дополнения в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвержденную приказом Минздрава России от 09.04.1998 № 110 «Об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения».
11. Приложение 2 к Приказу Минздрава России от 28.07.1999 № 297 «Положение об организации деятельности гериатрического центра».
12. Приложение 3 к Приказу Минздрава России от 28.07.1999 № 297 «Положение об организации деятельности гериатрической больницы (отделения)».
13. Приложение 4 к Приказу Минздрава России от 28.07.1999 № 297 «Положение об организации деятельности отделения медико-социальной помощи».
14. Постановление Правительства РФ от 29.01.2002 № 70 «О федеральной целевой программе "Старшее поколение" на 2002–2004 годы».
15. Указ Президента РФ от 09.10.2007 № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.»
16. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52880–2007 «Социальное обслуживание населения. Типы учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» (утв. и введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 № 558-ст).
17. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 52884–2007 «Социальное обслуживание населения. Порядок и условия предоставления социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.12.2007 № 562-ст).
18. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 53349–2009 «Социальное обслуживание населения. Реабилитационные услуги гражданам пожилого возраста. Основные виды» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 27.05.2009 № 179 ст).
19. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
20. Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 606 «О мерах по реализации демографической политики в Российской Федерации».
21. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 53058–2013 «Социальное обслуживание населения. Социальные услуги гражданам пожилого возраста» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 17.10.2013 № 1181-ст).
22. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
23. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22.01.2014 № 36н «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ медицинского образования по специальности "Гериатрия"».
24. Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 53347–2014 «Социальное обслуживание населения. Контроль качества социальных услуг гражданам пожилого возраста» (утв. приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 22.08.2014 № 958-ст).
25. Комплекс поручений Президента РФ от 09.09.2014 № Пр-2159, выпущенных по итогам проведения в августе 2014 г. Президиума Госсовета России, посвященного развитию системы социальной защиты граждан пожилого возраста.
26. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2015 № 187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».
27. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "Гериатрия"».
28. Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».
29. Распоряжение Правительства РФ от 05.11.2016 № 2539-р «О плане мероприятий на 2016–2020 годы по реализации первого этапа Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 г.».
30. Распоряжение Губернатора Санкт-Петербурга от 30.09.1996 № 260-р «О создании государственного учреждения здравоохранения "Городской гериатрический медико-социальный центр со стационаром"».
31. Приказ Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга от 01.07.1997 «О создании Городского организационно-методического отдела по гериатрии на базе ГУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр».
32. Постановление Правительства Санкт-Петербурга № 45 от 29.09.1997 «Об оказании гериатрической помощи пожилым жителям Санкт-Петербурга».
33. Приказ Комитета по труду и социальной защите населения Администрации Санкт-Петербурга № 137 от 18.06.2002

«О реализации плана мероприятий целевой медико-социальной программы „Гериатрическая служба и система хосписов Санкт-Петербурга на 2001–2004 годы” в 2002 году».

34. *Распоряжение* Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 15.12.2005 №465-р «Об утверждении структуры сети гериатрической службы Санкт-Петербурга».

35. *Распоряжение* Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 15.12.2005 № 468-р «Об утверждении перечня критериев оценки потребности пациентов в услугах гериатрической помощи».

36. *Постановление* Правительства Санкт-Петербурга № 171 от 15.02.2011 «О программе повышения качества жизни граждан пожилого возраста в Санкт-Петербурге на 2011–2013 годы».

37. *Постановление* Правительства Санкт-Петербурга № 1471 от 25.10.2011 «О плане мероприятий по развитию гериатрической службы в Санкт-Петербурге на 2011–2013 годы».

38. *Закон* Санкт-Петербурга от 20.06.2012 № 367–63 «Об основах организации охраны здоровья в Санкт-Петербурге» с изменениями Закона Санкт-Петербурга от 11.12.2013 № 698–123.

39. *Распоряжение* Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга № 126-р от 11.07.2012 «О структуре гериатрической службы Санкт-Петербурга».

40. *Постановление* Законодательного собрания Санкт-Петербурга от 05.03.2014 № 118 «О Законодательной инициативе о принятии Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”».

41. *Болонская декларация* о правах человека в отношении граждан пожилого возраста. Принята VII Европейским конгрессом МАГГ-ЕР 17.04.2011.

42. *Материалы заседания* Президиума Госсовета России 05.08.2014 «О развитии системы социальной защиты граждан пожилого возраста».

43. *Анисимов В.Н., Михайлова О.Н., Сидоренко А.В.* Развитие геронтологии в России: роль международного сотрудничества. СПб.: Фирма КОСТА, 2005.

44. *Пожилое население России: Проблемы и перспективы.* Социальный бюллетень, март 2016 г. <http://ac.gov.ru/files/publication/8485.pdf> 24.12.2016.

45. *Серпов В.Ю.* Развитие гериатрической службы в России: опыт Санкт-Петербурга // *Вестн. Росздравнадзора.* 2016. № 4. С. 36–42.

46. *Серпов В.Ю., Баранюк Т.В.* Опыт организации деятельности гериатрической службы Санкт-Петербурга: состояние, особенности, перспективы развития // В сб.: *Материалы XI Междунар. форума «Старшее поколение».* Междунар. конгресс «Социальная адаптация, поддержка и здоровье людей в современном обществе». СПб., 2016. С. 94–96.

47. *Ускова Н.Е.* Роль государства в повышении качества жизни граждан пожилого возраста: демографические и социальные аспекты: Сб. науч.-практич. работ. М.: Всерос. науч.-методич. геронтол. центр, 2012. С. 9–12.

48. *Ткачёва О.Н.* Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации // *Вестн. Росздравнадзора.* 2016. № 4. С. 31–35.

49. *Andrews G.R., Sidorenko A., Andrianova L.F. et al.* The United Nation research agenda on ageing for the 21<sup>st</sup> century // *Успехи геронтол.* 2001. Т. 7. С. 7–25.

50. *Andrews G.R., Sidorenko A.V., Gutman G. et al.* Research on ageing: priorities for the European region // *Успехи геронтол.* 2006. Т. 18. С. 7–14.

51. *Anisimov V.N., Khavinson V.Kh., Mikhailova O.N.* Biogerontology in Russia: from past to future // *Biogerontology.* 2011. Vol. 12. № 1. P. 47–60.

52. *Anisimov V.N., Mikhailova O.N.* Gerontology in Russia: Milestones and perspectives of development // *Adv. Geront.* 2015. Vol. 28. № 1 (Suppl.). P. 52–62.

53. *World report on ageing and health.* Geneva: WHO, 2015.

*Adv. geront.* 2017. Vol. 30. № 2. P. 158–168

*V.N. Anisimov<sup>1</sup>, V. Yu. Serpov<sup>2</sup>, A. V. Finagentov<sup>3</sup>, V. Kh. Khavinson<sup>4</sup>*

**A NEW STAGE OF DEVELOPMENT OF GERONTOLOGY AND GERIATRICS IN RUSSIA: PROBLEMS OF CREATION OF A GERIATRIC CARE SYSTEM. PART 1. RELEVANCE, REGULATORY INFRASTRUCTURE**

<sup>1</sup> N. N. Petrov Research Institute of Oncology, 68, ul. Leningradskaya, pos. Pesochny, St. Petersburg, 197758; e-mail: aging@mail.ru; <sup>2</sup> Saint-Petersburg Geriatric Medico-social center, 21, Rizhskij pr., St. Petersburg, 190103; e-mail: ggc-admin@mail.ru; <sup>3</sup> North-West Institute of geriatrics and medical social design, L, 118A, nab. Obvodnogo kanala, St. Petersburg, 190005; e-mail: szipc@mail.ru; <sup>4</sup> Saint-Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, 3, pr. Dinamo, St. Petersburg, 197110; e-mail: ibg@gerontology.ru

This article is a 1<sup>st</sup> part of the analytical review, focused on a new step in development of geriatrics in Russia. Creation of state system geriatric care as important part of state politics in the area of enhancement of quality of life was proved. General aspects of improvement of social support of disable elderly persons in condition of restricted budget and interagency separation was presented. Establishment of unified system of medical social support and gerotechnologies for the elderly was substantiated, as a mechanism facilitated life activity and decreasing of demographic loading on economic status of regions of Russian Federation. Legislative and normative regulations of gerontology and geriatric development were observed as well. Accepted legislative and normative acts were analyzed for period since 1977 to 2014. The necessity of approaches to regulation modernization for elderly was demonstrated. Analytical review on number of legislative state documents issued after meeting of Presidium of State Council of the Russian Federation being in August 2014 was also presented. Applicability of these documents for realization new strategy of gerontology and geriatrics development in Russia was proved.

**Key words:** *elderly persons, unified system of health and social care, gerontology, geriatric care system, demographic loading on the economics, regulatory infrastructure, interagency cooperation, age-associated chronic diseases, geriatric assessment of patients*