

В. Н. Анисимов¹, А. А. Редько², А. В. Финагентов³, В. Х. Хавинсон⁴, А. В. Шабров⁵

СИСТЕМНАЯ ПОДДЕРЖКА ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ В РОССИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

¹ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова, 197758, Санкт-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, 68, e-mail: aging@mail.ru; ² Общественная организация «Санкт-Петербургская профессиональная ассоциация медицинских работников», 191002, Санкт-Петербург, ул. Большая Морская, 52, e-mail: info@spbpramr.ru; ³ Северо-Западный институт гериатрии и социально-медицинского проектирования, 190005, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, 118А, лит. Л, e-mail: szipc@mail.ru; ⁴ Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3, e-mail: ibg@gerontology.ru;

⁵ Институт экспериментальной медицины, 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, 12, e-mail: ashabrov@gmail.com

В статье рассмотрены проблемы и перспективы реализации функций системной поддержки деятельности организаций здравоохранения и социального обслуживания населения в процессе оказания ими медицинских, социальных и психологических услуг гражданам старших возрастных групп (далее — Граждане), в частности в связи с преодолением кризисных ситуаций, таких как пандемия COVID-19. Представлены понятие, структура и алгоритм оказания комплексной медико-социальной помощи (далее — Комплексная помощь) Гражданам. Показано, что организация системы оказания Комплексной помощи позволит обеспечить повышение качества жизни Граждан и продление периода их активного долголетия за счет предоставления им услуг социального профиля в составе индивидуальных пакетов, сформированных на основе персонифицированного подхода. Приводится понятие и детализируются функции системной поддержки оказания Комплексной помощи Гражданам. Описаны условия организации системной поддержки на уровне отдельного региона. Анализируются состав, задачи и формы организации Гериатрической службы как базовой составляющей системы оказания Комплексной помощи Гражданам, проблемы организации согласованной работы подразделений Гериатрической службы, их взаимодействия с учреждениями социального обслуживания населения и профильными медицинскими организациями. Обоснована необходимость создания в составе Гериатрической службы специализированной научно-методической структуры — Центра системной поддержки.

Ключевые слова: качество жизни пожилых граждан, Федеральный проект «Старшее поколение», проблемы и перспективы организации специализированной медико-социальной помощи пожилым

Проблема повышения качества жизни граждан старшего поколения (далее — Граждан) неразрывно связана с медицинскими, социальными,

этическими, экономическими и политическими факторами, обусловленными не только развитием пандемии COVID-19, но и путями преодоления ее последствий, выбранными правительством России, стратегией действий органов государственной власти, здравоохранения и социальной защиты населения.

Задача анализа ситуации и оценки влияния пандемии COVID-19 на качество жизни Граждан успешно решается специалистами-геронтологами [24]. Ограничимся тезисным изложением фактов, подтверждающих интегральную оценку ситуации: учреждения здравоохранения и социальной защиты населения, несмотря на реализацию с 2015 г. ряда государственных программ, имеющих целью повышение качества жизни Граждан и продление периода их активного долголетия [20], оказались неспособными компенсировать негативное воздействие пандемии COVID-19.

Цель настоящей публикации — проанализировать пути создания в России системы комплексной медико-социальной помощи (далее — Комплексной помощи) Гражданам, сформулировать подходы к организации системной поддержки повышения качества жизни Граждан, которые обеспечат продление периода их активного долголетия.

1. Качество жизни Граждан и пандемия COVID-19

Наиболее значимые факты, характеризующие влияние пандемии COVID-19 на качество жизни Граждан:

- уровень смертности от пандемии COVID-19 у Граждан оказался намного выше, чем для мо-

лодежи и людей среднего возраста; по данным зарубежных источников, свыше 80 % смертей от пандемии зарегистрировано у людей старших возрастных групп [24, 25];

- резкое возрастание числа смертных случаев среди Граждан в период с марта по июнь 2020 г. на фоне пандемии COVID-19, имеющих причиной возраст-ассоциированные хронические заболевания;
- низкая устойчивость Граждан к заражению COVID-19 и внебольничной пневмонией в сравнении с другими возрастными группами, что подтверждается резкими «выбросами» количества заболевших и умерших в местах их компактного проживания: больницы, специализированные медицинские и социальные стационары в Италии, Испании, Франции, России и т. д.

Выделим медицинские и психологические проблемы, с которыми столкнулись в сложившейся ситуации большинство людей старших возрастных групп [24]:

- влияние пандемии COVID-19 на динамику развития у Граждан имеющихся и вновь выявленных возраст-ассоциированных заболеваний;
- ухудшение состояния здоровья Граждан, не переболевших COVID-19, что обусловлено психологическими, социальными, экономическими факторами, а также невозможностью своевременной медицинской поддержки по имеющимся хроническим заболеваниям;
- социальная дезадаптация, психические расстройства и резкое ухудшение психофизиологического состояния Граждан, лишенных возможности активно участвовать в экономической деятельности и жизни общества.

Перспективы завершения пандемии COVID-19 неопределенны. Невозможно оценить ее последствия для десятков миллионов наших пожилых соотечественников. Насколько пандемия повлияет на качество жизни и продолжительность периода активной жизнедеятельности Граждан или на «срок их дожития» — объективная картина сформируется только через несколько лет.

Прочитываем выступление вице-премьера правительства РФ Т. Голиковой на заседании 28.06.2020 г. коллегии Минздрава России: «Инфекция до конца не изучена. Мы не знаем пока всего об отдаленных последствиях, особенно у пациентов, которые болели в тяжелой форме (по мнению авторов, это утверждение справедливо также для пациентов старших возрастных

групп, страдающих возраст-ассоциированными хроническими заболеваниями)... нужно обратить внимание на очевидные риски у таких больных: обострение ишемической болезни сердца, гипертонии, заболевания легких, развитие аутоиммунных заболеваний, поражающих сердце и другие системы организма, — сахарный диабет... на нервно-психическую сферу — определенные осложнения возникают и у тех, кто переболел, и даже у неболевших».

К сожалению, государство, несмотря на значительные затраты в 2015–2019 гг., направленные на реализацию программ, имеющих целью повышение качества жизни Граждан, оказалось не в состоянии в полной мере скомпенсировать негативное влияние пандемии на людей старшей возрастной категории.

Разберемся в причинах и следствиях сложившейся ситуации, определим роль и направления системной поддержки оказания Комплексной помощи, обеспечивающей повышение качества жизни Граждан и продление периода их активного долголетия.

2. Комплексная помощь: понятие, структура, алгоритм оказания

Основные направления государственной политики в сфере социальной поддержки Граждан определены в Федеральном проекте «Программа системной поддержки повышения качества жизни граждан старшего поколения» (проект «Старшее поколение») [17], являющимся базовой составляющей Национального проекта «Демография». Необходимо отметить, что в нормативной базе и официальных публикациях отсутствуют четкие определения терминов «комплексная медико-социальная помощь», «системная поддержка» и «качество жизни граждан старшего поколения». Это позволяет разработчикам и исполнителям государственных программ [5–7, 9, 17] на федеральном и региональном уровне трактовать перечисленные понятия в достаточно широком диапазоне при формировании планов первоочередных мероприятий, призванных обеспечить решение задач, поставленных президентом России. Следствием такого подхода является низкая эффективность программ с точки зрения их влияния на качество жизни Граждан [20].

2.1. Понятие и структура Комплексной помощи

Рассмотрим понятие «качество жизни граждан старшего поколения» и его связь с термином «ком-

плексная медико-социальная помощь гражданам старшего поколения», ранее использованном в ряде публикаций [11, 20]. Наличие официальных международных документов, подписанных правительством России, таких как «Болонская декларация» [13] и «Мадридский план по проблемам старения» [12, 18], в сочетании с положениями «Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения» [4, 6], разработанной на основе поручения президента России В. В. Путина [3], определяет основные направления государственной политики, имеющей целью повышение качества жизни Граждан. Приоритетными задачами государства в указанной сфере являются:

- поддержка здоровья Граждан на основе профилактики и лечения возраст-ассоциированных заболеваний;
- социальная поддержка Граждан, способствующая их интеграции в современное общество;
- психологическая адаптация Граждан к динамично изменяющейся социально-экономической ситуации, способствующая стабилизации их психоэмоционального состояния.

Решение этих задач индивидуально для каждого пациента и должно способствовать повышению качества их жизни.

Геронтология должна рассматриваться в качестве системного интегратора прикладных исследований, направленных на продление периода активного долголетия Граждан. Внедрение результатов исследований позволяет сформировать, с учетом нуждаемости, для отдельного пациента старшей возрастной группы индивидуальный, научно обоснованный пакет медицинских, социальных и психологических услуг.

Препятствием к предоставлению индивидуальных пакетов услуг (далее — Индивидуальных пакетов) является ведомственная несогласованность действий учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, связанная, в частности, с принципиально различным подходом к выявлению нуждаемости в услугах: для отрасли «социальная защита населения» используется «заявительный принцип» [21], поэтому большая часть Граждан не получает достаточно информации о социальных услугах. Необходимо отметить также существенные расхождения в нормативных базах ведомств, регламентирующих учет, порядок и стандарты оказания услуг, различные подходы к планированию деятельности и финансированию учреждений. Значительная часть этих различий обусловлена положениями Федерального закона, разграничиваю-

щего полномочия по регулированию оказания услуг в социальной сфере между федеральными и региональными органами исполнительной власти [2].

Для корректной постановки задачи определения условий повышения качества жизни Граждан процитируем широко используемые определения «комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения» и «персонифицированного подхода».

- Комплексная медико-социальная помощь гражданам старшего поколения — долговременная непрерывная помощь гражданам старшего поколения, основанная на применении геронтологических технологий, включающая совокупность медицинских, социальных и психологических услуг, предоставляемых на основе персонифицированного подхода [5].
- Персонифицированный подход — формирование индивидуального пакета медицинских, социальных и психологических услуг, необходимых гражданину старшего поколения, на основе комплексной гериатрической оценки, с учетом состояния здоровья, условий проживания, состава семьи, возраста, социального положения, зависимости от посторонней помощи, характера обстоятельств, которые ухудшают или могут ухудшать условия его жизнедеятельности [11].

На *рис. 1* представлена общая структура Комплексной помощи. При ее анализе необходимо отметить, что в состав медицинской и социальной составляющей для стационарного и амбулаторного блоков необходимо включить также психологическую поддержку Граждан (медицинские и социальные психологи, работающие в ведомственных учреждениях).

В качестве характерных особенностей Комплексной помощи выделим:

- использование персонифицированного подхода, предусматривающего формирование индивидуальных пакетов с учетом нуждаемости;
- гарантии предоставления медицинских, социальных и психологических услуг в составе единого пакета;
- комплексность и преемственность оказания медицинских, социальных и психологических услуг, вне зависимости от ведомственной подчиненности организации, их предоставляющей;
- единые стандарты предоставления всех видов услуг;
- информационное обеспечение доступности, полноты и преемственности оказания услуг, входящих в состав Индивидуальных пакетов.

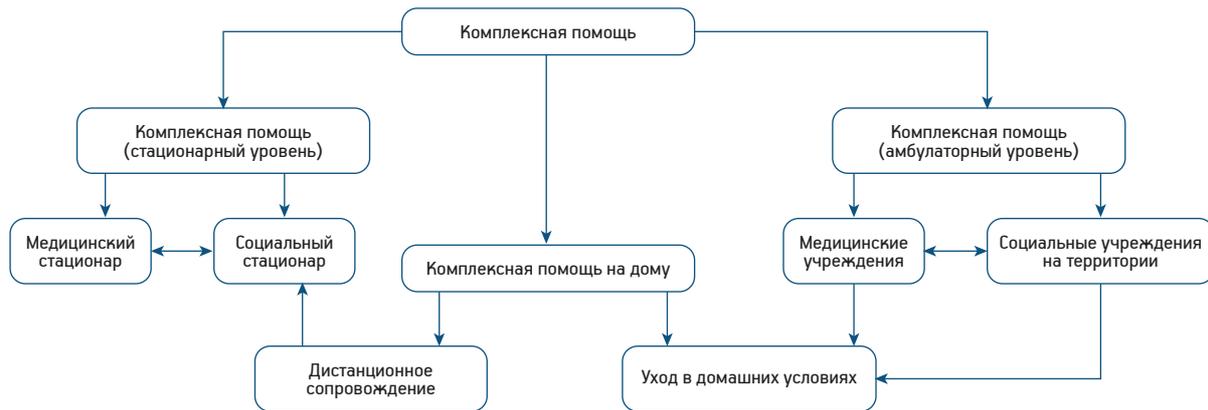


Рис. 1. Структура комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения

Анализ совокупности перечисленных особенностей Комплексной помощи позволяет обосновать взаимосвязь на рис. 1 учреждений здравоохранения и социальной защиты населения на стационарном и амбулаторном уровне, а также связь между специализированными структурами дистанционного медико-социального сопровождения Граждан и социальными стационарами (при отсутствии возможности территориальной привязки последних к медицинским стационарам). Структуры дистанционного сопровождения обеспечивают оказание медицинской, социальной и психологической поддержки, организацию предоставления услуг по уходу в домашних условиях для пациентов со значительной степенью утраты способности к самообслуживанию.

Рассмотрение связей между отдельными блоками на рис. 1 подтверждает вывод, что предоставление Комплексной помощи может быть обеспечено только при формировании единой межведомственной государственной системы длительного медико-социально-психологического сопровождения Граждан. Приведем определения, поясняющие участие отдельных структур в оказании Комплексной помощи и их взаимодействие [10].

- Система оказания комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения (далее — Система) — совокупность организаций, юридических и физических лиц, обеспечивающих предоставление медицинских, социальных и психологических услуг гражданам старшего поколения, объединенных единым организационно-методическим, информационным, техническим, научно-методическим сопровождением, обеспечивающих формирование комплекса медико-социально-психологических

услуг отдельному Гражданину в соответствии с его индивидуальной потребностью.

- Участники системы оказания Комплексной помощи Гражданам — уполномоченные органы государственной власти, учреждения здравоохранения и социального обслуживания, юридические и физические лица, социально-ориентированные некоммерческие организации, благотворительные организации, добровольцы, деятельность которых направлена на оказание Комплексной помощи Гражданам на дому, амбулаторно-поликлиническом и стационарном уровне с единым организационно-методическим руководством и информационным обеспечением.

2.2. Алгоритм оказания Комплексной помощи и необходимость системной поддержки

На рис. 2 представлен алгоритм оказания Комплексной помощи. Анализируя представленную блок-схему, кратко поясним функциональное содержание отдельных этапов, взаимодействие структур здравоохранения и социальной защиты населения, обеспечивающих выполнение указанных функций по каждому из этапов.

Этап 1. Выявление среди людей старшей возрастной группы нуждающихся в Комплексной помощи с учетом их психофизиологического состояния и социального статуса. Достаточно простое обследование должно проводиться периодически для всех Граждан в учреждениях здравоохранения и социальной защиты населения в формате скринингового опроса, требующего не более 10 мин (7–8 вопросов). Процедура может выполняться специалистами, не имеющими специальной подготовки в сфере работы с пожилыми гражданами. В учреждениях здравоохранения амбулатор-

ного типа возможно проведение процедуры в рамках диспансеризации. В процессе принятия решения о нуждаемости в Комплексной помощи учитываются возраст, инвалидность, наличие психических расстройств, социальная дезадаптация и т. д. Исследования показывают, что в возрастной категории 60–70 лет количество нуждающихся Граждан не превышает 30–35 % от общего числа прошедших скрининг.

Этап 2. Герiatricкое обследование пациентов, нуждающихся в Комплексной помощи (далее — комплексная герiatricкая оценка, КГО), для определения степени утраты пожилым человеком способности к самообслуживанию. КГО позволяет определить нуждаемость Гражданина в получении конкретных видов медицинской, психологической и социальной помощи с учетом возраст-ассоциированных хронических заболеваний. КГО проводится специалистами по возрастной медицине с привлечением специально подготовленных социальных работников и геронтопсихологов в виде батареи тестов. Необходимое время составляет 1–2,5 ч. С учетом сложности, трудоемкости и требований к квалификации персонала, КГО может проводиться только на базе специализированных учреждений здравоохранения герiatricкого профиля амбулаторного и стационарного уровня — подразделений Герiatricкой службы.

Этап 3. Формирование Индивидуальных пакетов. Результаты проведения КГО позволяют, с учетом социальных параметров Гражданина, сформировать индивидуальную электронную карту пациента, включающую медицинскую, социальную и психологическую составляющие. При этом желательно, чтобы структура (государственное учреждение), проводящая генерацию индивидуальных электронных карт пациентов, обеспечивала также доведение этих карт до учреждений здравоохранения и социальной защиты населения амбулаторного и стационарного уровня, в частности подразделений Герiatricкой службы, призванных оказывать эти услуги, а также осуществляла контроль их предоставления (см. этап 4) и мониторинг эффективности услуг для выработки рекомендаций по коррекции Индивидуальных пакетов



Рис. 2. Алгоритм оказания комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения

(см. этап 5). По сути, эта структура, независимо от ее ведомственной принадлежности, должна выполнять функции координационного центра оказания Комплексной помощи — интегратора всех мероприятий по системной поддержке повышения качества жизни Граждан (далее — Системная поддержка).

Этап 4. Предоставление услуг пациентам в составе Индивидуальных пакетов осуществляется учреждениями здравоохранения и социальной защиты населения. Ключевое условие обеспечения эффективности Индивидуального пакета — взаимодействие и комплексность услуг. Для этого необходима координация взаимодействия структур, предоставляющих эти услуги, и их контроль из единого центра. Сегодня медицинские, социальные и психологические услуги предоставляются автономно, в соответствии с ведомственными стандартами. Значительная часть нуждающихся Граждан получает специализированные услуги только от одного из ведомств, что объясняется несогласованностью работы учреждений на общей территории и различными подходами к выявлению нуждаемости [21].

Комплексность и взаимодействие предоставления медицинских, социальных и психологических услуг Гражданам является необходимым условием повышения качества их жизни и продления периода активного долголетия [20]. Формирование межведомственной системы требует создания структур Системной поддержки.

Этап 5. Мониторинг эффективности услуг, выработка рекомендаций. После формирования

Индивидуального пакета, доведения информации о его составе до соответствующих медицинских и социальных учреждений, предоставляющих услуги, необходимо через фиксированный период времени оценить результаты, достигнутые в процессе оказания услуг. Задача мониторинга и анализа эффективности является компонентом Системной поддержки, поэтому ее выполнение возлагается на Координационный центр. Базовым критерием, определяющим изменение психофизиологического состояния Граждан, является развитие у них возраст-ассоциированных заболеваний. Условием поддержания стабильно высокого качества жизни Граждан и сохранения их возможности к самообслуживанию является, по мнению геронтологов, профилактика и терапия этих заболеваний, которые должны корректироваться с учетом изменения психофизиологического состояния пациента (см. обратную связь на рис. 2 между этапами 5 и 2).

Анализ схемы на рис. 2 показывает необходимость Системной поддержки деятельности учреждений здравоохранения и социальной защиты населения при использовании персонифицированного подхода к оказанию Комплексной помощи, которая сегодня признается большинством чиновников. Однако последовательные действия, позволяющие обеспечить Системную поддержку на уровне регионов, не реализуются в составе целевых государственных программ из-за отсутствия четкого понимания ее функций и условий организации.

3. Системная поддержка оказания Комплексной помощи: понятие и функции, условия организации

3.1. Понятие и функции Системной поддержки

Сформулируем определение Системной поддержки в контексте решения задачи формирования Индивидуальных пакетов с учетом нуждаемости Граждан, включающих медицинскую, социальную и психологическую составляющие. При этом используем представленные выше определения: «комплексная медико-социальная помощь гражданам старшего поколения», «персонифицированный подход», «система оказания комплексной медико-социальной помощи», «участники системы оказания комплексной медико-социальной помощи».

Системная поддержка представляет собой совокупность организационных, технических, методических, информационных мероприятий, обеспечивающих взаимодействие учреждений здравоохранения и социальной защиты населения,

оказывающих на долговременной основе медицинскую, социальную, психологическую помощь Гражданам с учетом их нуждаемости, в процессе которой обеспечиваются:

- непрерывность, преемственность, согласованность, взаимодополнение оказываемых услуг;
- совместная работа (сотрудничество) организаций, принадлежащих к различным ведомствам, и включенность работающих в них специалистов различных профилей в процесс оказания услуг;
- мониторинг эффективности, единая диспетчеризация и координация оказания услуг всеми участниками системы.

Выполнение перечисленных условий позволяет позиционировать совокупность учреждений и организаций, оказывающих медицинскую, социальную и психологическую помощь, как единую систему, результаты работы которой обеспечивают достижение позитивного эффекта для отдельного Гражданина и проявляются в форме повышения (стабилизации) качества его жизни, продления периода жизненной активности и способности к самообслуживанию.

Кратко охарактеризуем отдельные функциональные блоки Системной поддержки.

Блок 1. Научно-методическое обеспечение — реализация мероприятий, обеспечивающих разработку и использование научно обоснованных стандартов оказания услуг, внедрение геронто-, информационных и образовательных технологий в практику работы органов государственной власти (в процессе формирования программ), учреждений здравоохранения и социальной защиты населения (в процессе планирования и оказания услуг).

Блок 2. Нормативное обеспечение — переработка действующих и подготовка новых законодательных и нормативных актов, межведомственных и ведомственных распорядительных документов, регламентирующих условия, состав, порядок оказания Комплексной помощи, привлечение государственных и негосударственных структур, добровольцев, организация их взаимодействия, общественного контроля и поддержки.

Блок 3. Организационно-методическое обеспечение — системное сопровождение деятельности учреждений здравоохранения и социальной защиты населения в рамках оказания ими услуг, входящих в Индивидуальные пакеты Граждан, без изменения их административной подчиненности, содействие разработке согласованных планов раз-

вития и программ финансирования деятельности участников Системы на отдельных территориях.

Блок 4. Информационная поддержка — комплекс мероприятий, координируемых и контролируемых специальной государственной структурой во взаимодействии с общественностью, реализуемый на долговременной плановой основе, обеспечивающий доведение информации об оказании Комплексной помощи до каждого Гражданина, его родственников, обеспечение информационной доступности медицинских, социальных и психологических услуг на территории региона (макрорегиона).

Блок 5. Кадровая поддержка — организация единой межведомственной системы рекрутинга, профессиональных адаптации, подготовки, переподготовки персонала государственных учреждений и негосударственных структур, добровольческих объединений — участников Системы — за счет мобилизации ресурсов и работок региональных научных и образовательных центров.

Блок 6. Общественная поддержка и контроль — привлечение заинтересованных общественных, благотворительных организаций, профессиональных сообществ к разработке, продвижению, реализации государственных программ и проектов, направленных на совершенствование оказания Комплексной помощи, обеспечение Системной поддержки повышения качества жизни Граждан, организация общественного контроля этих программ, деятельности органов власти, учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, обеспечивающие их выполнение.

Блок 7. Обеспечение межведомственного и межуровневого взаимодействия — создание эффективной координационной и контрольной структуры, обеспечивающей согласованную работу учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, привлекаемых негосударственных структур и добровольцев в процессе оказания Комплексной помощи каждому отдельному Гражданину в соответствии с индивидуальной картой, сформированной с учетом нуждемости в услугах и имеющихся региональных и федеральных ресурсов.

Блок 8. Внедрение информационно-телекоммуникационных технологий — обеспечение согласованной разработки, внедрения и использования ведомственных информационно-телекоммуникационных систем, программного обеспечения, баз данных в процессе выявления

нуждемости Граждан в Комплексной помощи, формирования Индивидуальных пакетов, предоставления услуг и мониторинга их эффективности в целях анализа изменения психофизиологического состояния пациентов и выработки комплексных научно, технически и экономически обоснованных решений по развитию Системы на уровне региона и макрорегиона.

Важно отметить, что необходимым условием создания Системы является реализация всех перечисленных выше функциональных блоков. Исключение или недостаточное развитие одной из них, например «кадровой поддержки» или «информационной поддержки», полностью парализует Систему в целом, независимо от успешности развития и затрат на другие составляющие. Представленный список функциональных блоков подготовлен на основе структурного анализа Паспорта Федерального проекта «Разработка и реализация программы системной поддержки повышения качества жизни граждан старшего поколения „Старшее поколение“» [8, 17].

В разделе «План мероприятий по реализации Федерального проекта “Старшее поколение”» (далее — «План мероприятий») были выделены пункты и подпункты, которые соотносятся с представленными выше функциональными блоками Системной поддержки.

В рамках п. 2 «Создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста, включающего сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь» выделены:

- п. 2.1–2.4 «Создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь» — соответствует блокам 2, 3, 7;
- п. 2.13, 2.14 «Определение информационной системы, на базе которой будет осуществляться интеграция и синхронизация информационных систем, содержащих сведения в сфере социального обслуживания, социальной защиты, охраны здоровья Граждан» — соответствует блокам 2, 8;
- п. 2.15, 2.16 «Совершенствование штатной численности и укомплектованности государственных организаций, оказывающих социальные и медицинские услуги» — соответствует блокам 2, 5;
- п. 2.17, 2.18 «Профессиональное образование и профессиональное обучение, дополнительное профессиональное образование работников ор-

ганизаций социального обслуживания и медицинских организаций» — соответствует блокам 2, 5;

- п. 2.52–2.54 «Межведомственные региональные планы мероприятий по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами» — соответствует блокам 2, 3, 7.

В рамках п. 4 «Организация гериатрической службы» выделены:

- п. 4.1, 4.2, 4.7–4.10 «Создание в субъектах Российской Федерации региональных гериатрических центров» — соответствует блокам 1, 5, 7, 8;
- п. 4.3–4.4 «Комплекс мер по профилактике и раннему выявлению когнитивных нарушений у лиц пожилого и старческого возраста, профилактике падений и переломов» — соответствует блоку 1;
- п. 4.5–4.6 «Разработка клинических рекомендаций по ведению шести наиболее распространенных возраст-ассоциированных заболеваний и гериатрических синдромов, а также пациентов пожилого и старческого возраста с мультиморбидностью» — соответствует блоку 1.

Приведенное сопоставление подтверждает адекватность предлагаемой авторами структуры Системной поддержки. В то же время, необходимо отметить, что в «Плане мероприятий» полностью отсутствуют позиции, которые можно соотнести с блоками 2 и 6, а выделенные подпункты «Плана мероприятий» далеко не исчерпывают функционального содержания других блоков, представленных в перечне. В частности, мероприятия, перечисленные в п. 4 «Организация гериатрической службы», соотнесенной с блоками 1, 5, 7, 8, относятся исключительно к специализированным структурам здравоохранения, оказывающим Гражданам медицинскую помощь по профилю «гериатрия» [17, 20].

3.2. Условия организации Системной поддержки

Основываясь на представленных выше материалах, сформулируем общие условия организации оказания Комплексной помощи Гражданам на уровне региона:

- наличие базовых структур, обеспечивающих реализацию функций Системной поддержки;
- административная поддержка формирования системы Комплексной помощи на федеральном и региональном уровне (административные ре-

шения, ресурсы, обеспечение межведомственного взаимодействия);

- поддержка руководством региона программ, направленных на повышение качества жизни Граждан; определение их проблем в качестве приоритета государственной политики в социальной сфере (политико-административная поддержка, принятие нормативных актов и контроль их выполнения);
- наличие в регионе и активная позиция руководства научных и образовательных центров (интеллектуальный, кадровый и организационный потенциал);
- общественная поддержка, формирование в регионе заинтересованной группы влиятельных и компетентных специалистов, объединенных в формате некоммерческого объединения, способного инициировать процессы модернизации системы государственной помощи Гражданам, подготовить мотивированные предложения, основанные на российском и международном опыте, сформировать кадровую и методологическую основу для создания регионального Координационного центра, а также инициировать формирование общественных моделей добровольческой (волонтерской) помощи и предоставления Гражданам дополнительных добровольческих социальных услуг;
- наличие опыта и ресурсов в регионе у организаций здравоохранения, социальной защиты населения, образования (кадровые, организационно-технические, информационно-методические, добровольческие), которые могут быть отоблагодариены для решения задачи Системной поддержки.

4. Роль Гериатрической службы в решении задачи Системной поддержки

С 1997 г., после принятия Приказа № 297 [1], термин «Гериатрическая служба» широко используется в научной литературе и популярных публикациях, посвященных оказанию специализированных медицинских и социальных услуг Гражданам. При этом его толкование существенно различается — по составу услуг, оказываемых Гражданам подразделениями Гериатрической службы (медицинских, социальных, психологических). Соответственно, трансформируется перечень учреждений, входящих в состав Гериатрической службы, и параметры их взаимодействия. В последние годы общепризнан подход, ограничивающий сферу деятельности Гериатрической службы

медицинской помощью по профилю «гериатрия», при этом в состав службы включаются только специализированные учреждения здравоохранения и их подразделения [22, 23].

Приведем формулировку, основанную на положениях Закона Республики Саха (Якутия) «О комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения» [20]: «Гериатрическая служба — совокупность медицинских организаций и подразделений, обеспечивающих оказание гериатрической медико-социально-психологической помощи гражданам на долговременной основе, амбулаторно, в том числе на дому, в дневном стационаре, стационарно».

Гериатрическая служба как базовая составляющая Системы [19, 20, 23, 26] (см. рис. 2) призвана решать следующие задачи:

- проведение углубленного медицинского обследования Граждан (КГО);
- формирование индивидуальных электронных карт пациентов;
- предоставление специализированной медицинской помощи пациентам по профилю «гериатрия» в рамках Индивидуальных пакетов;
- мониторинг текущего психофизиологического состояния пациентов на основе информации от медицинских и социальных учреждений, участвующих в оказании Комплексной помощи;
- изменение Индивидуальных пакетов с учетом результатов мониторинга и доведение их до медицинских и социальных учреждений.

Как показывает опыт регионов, на практике сфера деятельности Гериатрической службы значительно уже. Структура Гериатрической службы Санкт-Петербурга, созданной в 90-х гг. XX в. под руководством Э. С. Пушкиной [22], в общих чертах соответствует типовой трехуровневой модели Гериатрической службы для субъектов РФ, создание которой предусматривается федеральной программой «Территория заботы» [7, 14–16, 27].

На амбулаторном уровне в состав Гериатрической службы входят специализированные структуры здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь Гражданам по профилю «гериатрия» на территории их проживания и, при необходимости, на дому (во взаимодействии с учреждениями социальной защиты населения либо со службой дистанционного сопровождения гериатрических пациентов).

Указанные структуры являются подразделениями амбулаторно-поликлинических учреждений и структурируются в форматах: гериатрическое,

медико-социальное отделение, кабинет врача-гериатра, реабилитационное отделение, дневной стационар.

Опыт работы Гериатрической службы Санкт-Петербурга [19, 23] показал низкую эффективность кабинетов врачей-гериатров, функциональные возможности которых ограничены недостатком кадровых и технических ресурсов. Не представляется возможным гериатрическое сопровождение одним врачом более 100–150 пациентов: на проведение КГО необходимо более 1 ч, амбулаторный прием одного пациента — не менее 30 мин. При проживании на территории 10–15 тыс. Граждан, уровень нуждаемости в гериатрической помощи составит 2–5 тыс. Это не соответствует возможностям кабинета врача-гериатра, который также должен обеспечивать (см. рис. 2) ведение электронного документооборота по каждому гериатрическому пациенту, предусматривающего фиксацию предоставления Индивидуальных пакетов (этап 3) и мониторинг эффективности (этап 5).

На стационарном уровне Гериатрической службы работают учреждения здравоохранения, предоставляющие услуги Гражданам по профилям «гериатрия», «сестринский уход», «паллиативная помощь». Эти услуги предоставляются Гражданам с учетом нуждаемости в рамках этапа 4 (см. рис. 2). При этом медицинские стационары, как правило, не закрепляются за отдельными территориями. Услуги по профилям «гериатрия» и «сестринский уход» оказываются на плановой основе.

Административная подчиненность профильных медицинских стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений, на базе которых работают подразделения Гериатрической службы, не совпадают. Несогласованность информационных систем и баз данных препятствует организации электронного документооборота в процессе оказания Комплексной помощи (см. рис. 2), в частности между этапами 3, 4 и 5. У медицинских стационаров, в отличие от амбулаторно-поликлинических учреждений, практически отсутствует взаимодействие с учреждениями социального обслуживания населения, что не позволяет организовать предоставление пациентам комплексной услуги.

Организацию взаимодействия подразделений Гериатрической службы должен обеспечивать региональный Гериатрический центр, выполняющий следующие функции:

- организационно-методическое сопровождение деятельности подразделений Гериатрической службы;

- консультативное и амбулаторное сопровождение гериатрических пациентов (как структура методической поддержки подразделений Гериатрической службы амбулаторного уровня);
- стационарное сопровождение гериатрических пациентов по профилям «гериатрическая помощь», «сестринский уход», «паллиативная помощь» для Граждан по основным профильным возраст-ассоциированным заболеваниям;
- организация долговременного дистанционного гериатрического сопровождения нуждающихся Граждан в домашних условиях (во взаимодействии с амбулаторными подразделениями Гериатрической службы).

На рис. 3 представлен алгоритм оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия». Анализ алгоритма позволяет выделить ключевые факторы этой помощи:

- выявление нужд пациента в отдельных видах услуг проводится по результатам КГО;
- приоритетное направление развития гериатрической помощи — совершенствование гериатрического сопровождения на территории проживания Граждан, включая профилактику и реабилитацию по основным профильным возраст-ассоциированным хроническим заболеваниям; оно является базовым видом гериатрической помощи и должно включать социальную и психологическую составляющие;
- медицинская помощь Гражданам в условиях стационара по профилям «гериатрия», «сестринский уход», «паллиативная помощь», а также медицинская реабилитация в условиях

стационара и медико-социальное сопровождение на дому с использованием дистанционных технологий осуществляются периодически, на плановой основе, с учетом нуждаемости пациентов; они дополняют гериатрическое сопровождение на территории проживания;

- сочетание гериатрического сопровождения на территории проживания с дополнительными видами гериатрической помощи в условиях стационара и на дому обеспечивает эффективную работу Гериатрической службы при минимизации затрат;
- необходимое условие долговременного гериатрического сопровождения — обеспечение непрерывности услуг, текущий мониторинг психофизиологического состояния пациентов с целью локализации критических ситуаций.

Реализация функций организационно-методического сопровождения деятельности подразделений Гериатрической службы возлагается на организационно-методический отдел по гериатрии и главного внештатного специалиста по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению региона, деятельность которых регламентируется нормативными документами по отрасли «Здравоохранение». Их функции, при отсутствии необходимых кадровых, технических и административных ресурсов, ограничиваются методической поддержкой и сбором статистической информации по результатам годовой работы подразделений Гериатрической службы.

Представленные аргументы ясно свидетельствуют, что организация Гериатрической службы на уровне субъекта РФ в рамках государственных программ является необходимым условием, но не обеспечивает создания системы оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия», а тем более Системы оказания Комплексной помощи, включающей, как показано выше, социальную и психологическую составляющие. В составе Гериатрической службы сегодня отсутствуют структуры, которые могли бы обеспечить Системную поддержку. На уровне региона требуется создание специальной структуры — Центра системной поддержки для реализации перечисленных выше функциональных блоков Системной поддержки.



Рис. 3. Алгоритм оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»

Заключение

Кратко сформулируем выводы по настоящей публикации.

В России, несмотря на реализацию в последние годы ряда государственных программ, до настоящего времени не сформирована система, способная обеспечить эффективное решение медицинских и социальных проблем Граждан в кризисных ситуациях, в частности нейтрализовать негативное влияние пандемии COVID-19 на качество их жизни и развитие возраст-ассоциированных хронических заболеваний.

Решение задачи повышения качества жизни Граждан, продление периода их активного долголетия, поставленной президентом России В. В. Путиным, может быть обеспечено за счет создания системы комплексной медико-социально-психологической помощи Гражданам, объединяющей учреждения здравоохранения, социальной защиты населения, заинтересованные негосударственные структуры и объединения добровольцев.

Предоставление Комплексной помощи должно осуществляться в формате персонифицированного подхода, предусматривающего формирование научно обоснованных Индивидуальных пакетов, включающих медицинские, социальные и психологические составляющие. В нормативных актах должны быть определены критерии нуждаемости, параметры, условия предоставления и структура этих услуг.

Взаимодействие государственных учреждений здравоохранения и социального обслуживания населения в процессе предоставления Комплексной помощи не предусматривает их административного переподчинения и должно обеспечиваться за счет реализации мер Системной поддержки, параметры которой должны регламентироваться нормативными документами.

Создание Гериатрической службы на уровне региона, как базового элемента Системы, является необходимым условием оказания Комплексной помощи, однако для реализации функции Системной поддержки необходима организация специально научно-методического центра Системной поддержки.

Завершая публикацию, авторы считают необходимым выделить принципиальные соображения по идеологии организации Комплексной помощи, которые определяют структуру Системной поддержки.

Представленные технологии выявления Граждан, нуждающихся в помощи общества, формы и методы оказания Комплексной помощи по направлениям «медицина», «социальная и психологическая поддержка» логично сочетаются с определением здоровья как комплекса физического, психологического и социального благополучия, декларируемого ВОЗ. Однако это определение здоровья, в контексте решения задачи продления периода активного долголетия Граждан, не обладает полнотой, так как не учитывает ключевых факторов — «способность к самоорганизации» и «потребность в духовной деятельности», которые являются составляющими философского понятия «счастье». Это состояние человека, характеризующее его внутреннюю удовлетворенность условиями своего бытия, полнотой и осмысленностью жизни, возможностью реализации своего человеческого призвания.

Оказание помощи в случае запущенности патологического процесса и наличия необратимых осложнений, декларируемое сегодня как приоритетное направление медицинской помощи Гражданам, малоперспективно и весьма затратно. С учетом представленных выше аспектов, оправдан переход от попыток купирования развившихся патологических состояний к активной профилактике их возникновения, выявлению зон напряжения и угроз декомпенсированных состояний.

Оценка степени реинтеграции Граждан в социальные ячейки, главной из которых является семья, позволяет выявить причины личностных ущербов и травм, невостребованности обществом и негативных социальных прогнозов. Общество и власть обязаны обеспечить Гражданам возможности активной деятельности и реальные перспективы использования их творческого потенциала, способствовать востребованности их индивидуальных талантов и способностей. Выявление личностных особенностей Граждан требует участия в работе специально подготовленных психологов и социологов. Привлечение к этой деятельности людей старших возрастных групп будет способствовать повышению их самооценки, нужности обществу и значимости в глазах их семей, отвлечет их от самокопания и самолечения, придаст новый смысл существованию.

Без реализации предлагаемого комплекса мероприятий, государственная поддержка, предоставляемая сегодня в виде формализованного набора часто невостребованных и неэффективных медицинских и социальных сервисов, вы-

полняет роль костыля, не освобождая Граждан от социальной дезадаптации. Создание системы Комплексной помощи предполагает приоритет профилактики социальной, физической, психологической дезадаптации Граждан и использование методов стимулирования и комплексной поддержки, не ограничивается периодом декомпенсации запущенных патологических состояний. Активное включение общественных ресурсов и регуляторных технологий в данный процесс на более ранней его стадии обеспечивает сохранение механизмов самоорганизации Граждан, в частности в сфере их духовной и общественной жизни.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28.07.1999 № 297 «О совершенствовании организации и предоставлении медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 06.10.1999 № 184-ФЗ (в редакции Федерального закона от 29.12.2006 г. № 258-ФЗ) «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации».
3. 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.
4. Распоряжение правительства РФ от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25.08.2016 № 471 «Об утверждении рекомендаций по предоставлению социально-медицинских услуг в форме социального обслуживания на дому ветеранов и инвалидов Великой Отечественной войны».
6. 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.».
7. Постановление правительства Российской Федерации от 26.12.2017 г. № 1640 (в редакции 01.03.2018 г.) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения». Ведомственный проект «Организация современной модели долговременной медицинской помощи гражданам старшего поколения пожилого и старческого возраста на принципах междисциплинарного взаимодействия» (пилотный проект «Территория заботы»).
8. Поручение председателя правительства Российской Федерации Д. А. Медведева от 22.05.2018 г. № ДМ-П13–2858 «О разработке Национального проекта «Демография» и Федерального проекта «Старшее поколение»».
9. Приказ Министерства по труду и социальной защите населения Российской Федерации от 29.06.2018 г. № 435 «О реализации пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами старшего поколения».
10. Указ главы Республики Саха (Якутия) от 16.07.2018 г. № 2757 О Законе Республики Саха (Якутия) «О комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения старшего поколения в Республике Саха (Якутия)».
11. Проект Федерального закона № 519063-7 «О комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения старшего поколения», внесенный депутатом Государственной думы Ф. С. Тумусовым. Выписка из протокола заседания Совета Государственной думы Федерального собрания Российской Федерации 7-го созыва от 17.12.2018 г. № 163, п. 108.
12. Региональная стратегия осуществления Мадридского международного плана действий по проблемам старения, 2002. Конференция министров ЕЭК ООН по проблемам старения, Берлин (Германия), 11–13.09.2002 г. ООН, 2002.
13. Болонская декларация о правах человека в отношении граждан пожилого возраста. Принята VII Европейским конгрессом МАГГ-ЕР 17.04.2011.
14. Материалы II Всероссийского конгресса по геронтологии и гериатрии. М., апрель 2017.
15. Материалы совещания в правительстве Российской Федерации от 10.08.2017 г. по вопросам развития в Российской Федерации системы гериатрической помощи.
16. Материалы Круглого стола в Государственной думе Федерального собрания Российской Федерации (организатор — комитет Государственной думы по охране здоровья) от 08.10.2018 г. по теме «Медицина старшего поколения».
17. Решение президиума Совета при президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам от 24.12.2018 г.
18. Анализ систем и политика здравоохранения. Как сбалансировать условия предоставления помощи пожилым? Краткий аналитический обзор. ВОЗ, 2008.
19. Анисимов В. Н., Серпов В. Ю., Финагентов А. В., Хавинсон В. Х. Новый этап развития геронтологии и гериатрии в России: проблемы создания системы гериатрической помощи. Часть 2. Структура системы, научный подход // Успехи геронтол. 2017. Т. 30. № 4. С. 486–497.
20. Анисимов В. Н., Бордовский Г. А., Финагентов А. В., Шабров А. В. Государственная поддержка граждан старшего поколения: какая гериатрия нужна современной России? // Успехи геронтол. 2020. Т. 33. № 4. С. 625–645.
21. Пудова О. С. К вопросу о введении системы долговременного ухода // В сб.: Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов трудоспособного возраста. СПб.: Городской информационно-методический центр «Семья», 2019. С. 19–32.
22. Пушкова Э. С. В помощь организатору гериатрического учреждения: Метод. рекомендации. СПб.: Комитет по здравоохранению СПб и Городской гериатрический медико-социальный центр, 2007.
23. Серпов В. Ю. Развитие гериатрической службы в России: опыт Санкт-Петербурга // Вестн. Росздравнадзора. 2016. № 4. С. 36–42.
24. Сидоренко А. В., Голубев А. Г. Теория и практика старения в условиях пандемии COVID-19 // Успехи геронтол. 2020. Т. 33. № 2. С. 497–408.
25. Сидоренко А. В. Пожилые люди и пандемия // Вестн. ГО РАН (инф. бюл.). Март–май, 2020. № 3–4 (223–224). С. 3–5.
26. Татарина О. В., Горохова З. П., Созонова К. К. и др. О развитии гериатрической службы в Республике Саха (Якутия) // Успехи геронтол. 2018. Т. 31. № 6. С. 870–877.
27. Ткачева О. Н. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации // В сб.: Гериатрия: Национальное рук. / Под ред. О. Н. Ткачевой и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. С. 14–20.

Поступила в редакцию 15.09.2020
 После доработки 15.09.2020
 Принята к публикации 01.10.2020

V. N. Anisimov¹, A. A. Redko², A. V. Finagentov³, V. Kh. Khavinson⁴, A. V. Shabrov⁵

**SYSTEM-BASED SUPPORT OF IMPROVEMENT OF QUALITY OF LIFE
FOR ELDERLY PEOPLE IN RUSSIA: OUTLOOK AND CHALLENGES**

¹ N. N. Petrov National Medical Research Center of Oncology, 68 Leningradskaya str., Pesochnyi, St. Petersburg 197758, e-mail: aging@mail.ru; ² Public Organization «Saint-Petersburg Professional Association of Medical Workers», 52 str. Bolshaya Morskaya, St. Petersburg 191002, e-mail: info@spbpmr.ru;

³ North-West Institute of Geriatrics and Medical Social Design, 118A lit. L nab. Obvodnogo kanala, St. Petersburg 190005, e-mail: szipc@mail.ru; ⁴ Saint-Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology,

3 pr. Dinamo, St. Petersburg 197110, e-mail: ibg@gerontology.ru; ⁵ Institute of Experimental Medicine, 12 Akad. Pavlov str., St. Petersburg 197376, e-mail: ashabrov@gmail.com

The article examines the outlook and challenges relating to the provision of system-based support of healthcare providers and social services in the course of delivering their healthcare, mental health and social services to elderly people, in particular amidst a crisis, such as the COVID-19 pandemic. The article gives the definition of integrated health and social care, its structure and the algorithm of delivering integrated health and social care to elderly people. The article argues that a system of integrated health and social care will improve the quality of life of older populations and extend their active longevity through a person-centered social services plan offered according to an older person's needs. The article gives the definition and a detailed description of the goals of system-based support of integrated health and social care for older populations. It describes the conditions for providing such system-based support in one specific region of the country. The article analyses the structure, aims and type of entity of the Geriatric Service which is viewed by the authors as a building block of the system of integrated health and social care for elderly people, and discusses the issues relating to coordination of activities among various divisions of the Geriatric Service and their cooperation with social services and healthcare providers. The article explains why it is important to establish a special research and methodological unit — the Center for System-Based Support — within the Geriatric Service.

Key words: *quality of life of elderly people, Federal project Older Generation, challenges and outlook of specialty health and social care for elderly people*