

# РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДО 2020 г. И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

**В.З. Кучеренко**, член-корр. РАМН, проф., **Н.В. Эккерт**, канд. мед. наук, **А.В. Сучков**  
НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением,  
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

E-mail: niilan@yandex.ru

**Оцениваются реформы в системе российского здравоохранения, анализируются варианты проекта Концепции развития здравоохранения РФ на долгосрочный период. Особо рассматривается обозначенная в Концепции позиция преемственности оказания помощи пациентам, для обеспечения которой необходимо создание патронажных служб при стационарах.**

**Ключевые слова:** Концепция развития здравоохранения до 2020 г., здоровый образ жизни, качественная медицинская помощь, патронажно-реабилитационная служба, хоспис, хосписное отделение.

Реформирование российского здравоохранения, как и всей социально-экономической сферы, началось после распада Советского Союза бессистемно и, как теперь ясно, реформы первого десятилетия характеризуются отрицательным результатом.

Для этого периода характерны:

- «безрезультативность» бессистемных реформ на фоне резкого ухудшения управляемости отрасли;
- затянувшийся кризис общественного здоровья;
- «патерналистская идеология» охраны здоровья населения, когда за состояние здоровья отвечает только система здравоохранения, а не государство, общество, власть, работодатели, семья и сам человек;
- «суррогатная» затратная система обязательного медицинского страхования (ОМС) с убогим финансированием не по ценам, а по искусственным тарифам;
- недооценка роли и значимости первичной медицинской помощи, неэффективность ее организации и низкий уровень качества;
- отсутствие правовой базы для защиты прав пациентов и обеспечения им безопасного медицинского обслуживания, отсутствие страхования профессиональной медицинской деятельности врачей и других медицинских работников;
- отсутствие хозяйственной самостоятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ);

- несанкционированное, без законодательной базы, развитие платных медицинских услуг, в определенной мере вынужденно компенсирующих ограниченные возможности программы государственных гарантий, а порой – вводимых в нарушение законодательных и этических норм;
- процветание теневой экономики в отрасли на фоне по-прежнему недостаточного финансирования, низкой заработной платы медицинских работников и нерационального использования ресурсов;
- неконтролируемое в отсутствие нормативно-правовой базы развитие частной медицинской практики, нередко характеризующееся низким качеством услуг и нарушением безопасности пациентов.

Отрицательная динамика состояния здоровья населения РФ в период последнего десятилетия XX века до начала XXI, существенное снижение доступности и качества медицинской помощи на фоне неадекватного затратам финансирования, ухудшение материально-технической базы учреждений системы здравоохранения определили необходимость разработки Концепции развития здравоохранения РФ на долгосрочный период.

В 1-м варианте проекта Концепции был представлен анализ демографической ситуации, показателей здоровья населения России, ресурсов и эффективности деятельности системы здравоохранения. Выявленные при анализе проблемы определили ключевые направления и механизмы охраны здоровья населения.

При широком обсуждении 1-го варианта Концепции было высказано достаточно много критических замечаний. Руководство Минздравсоцразвития РФ адекватно отреагировало на замечания и представило на сайте Министерства новый (2-й) вариант.

В первоначальном варианте Концепции было заявлено, что «...целью Концепции явилось определение путей сохранения здоровья населения на основе повышения качества его жизни, ответственности работодателей и каждого человека за свое здоровье, приоритетного развития профилактического направления в охране здоровья, включая диспансеризацию и охрану материнства и детства, повышения качества медицинской помощи при гарантированном обеспечении доступности бесплатной

медицинской помощи в условиях адекватного затратам финансирования и четкой нормативно-правовой базы отрасли...».

Представляется, что 1-й вариант Концепции носил не столько отраслевой (здравоохраненческий), сколько общегосударственный характер. Да и сам предложенный документ был четко обозначен как «Основные направления охраны и укрепления здоровья населения России».

Безусловно, такая Концепция нужна. Но представляется, что на современном этапе государство не готово к принятию программы охраны здоровья населения, за которое должны нести ответственность не только медицинские работники, но и властные структуры всех уровней, работодатели, средства массовой информации, семья и каждый человек. При обсуждении 1-го варианта Концепции его критиковали за то, что изложенные в нем позиции носили декларативный характер, а как таковой стратегии развития системы здравоохранения практически не было представлено.

Отправным пунктом нового варианта Концепции явилось утверждение: «Установлена прямая корреляционная связь между уровнями социально-экономического развития и эффективностью системы здравоохранения. Результаты математического моделирования свидетельствуют, что относительный вклад в уровень общей смертности распределился следующим образом: система здравоохранения – 38,5%, социально-экономический потенциал – 32,0%, демографическая структура населения – 29,5%».

В новом варианте Концепции была определена основа эффективного функционирования системы здравоохранения:

- совершенствование организационной системы;
- подготовка медицинских кадров;
- развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения: финансового, материально-технического, технологического (в том числе – информатизации);
- нормативно-правовое обеспечение.

Концепция обозначила цели развития здравоохранения:

- повышение качества и доступности медицинской помощи, гарантированной населению Российской Федерации;
- снижение младенческой смертности до 7,5 на 1 тыс. родившихся живыми (на 20% от 2007 г.);
- снижение материнской смертности до 18,6 на 100 тыс. родившихся живыми (на 15,7% от 2007 г.).

Весьма спорной представляется постановка перед системой здравоохранения задач, за решение которых она не может отвечать:

- увеличение численности населения РФ до 145 млн. человек;
- повышение ожидаемой продолжительности жизни населения до 75 лет;
- формирование здорового образа жизни населения, в том числе снижение потребления табака и алкоголя.

Итак, к основным мерам, заявленным в Концепции, относятся:

- формирование здорового образа жизни;
- гарантированное обеспечение населения качественной медицинской помощью.

Следует приветствовать обозначение в проекте Концепции основных направлений формирования здорового образа жизни, за которые, помимо системы здравоохранения, ответственны государство, работодатели и население. Это:

- создание мотивации: у руководителей учреждений школьного образования к охране здоровья школьников и формированию у них здорового образа жизни; у граждан – к ведению здорового образа жизни и участию в профилактических мероприятиях; у работодателей – к участию в охране здоровья работников;
- совершенствование медико-гигиенического образования и воспитания;
- формирование эффективной системы мер по борьбе с вредными привычками;
- обеспечение здорового питания;
- развитие массовой физкультуры и спорта;
- снижение риска воздействия неблагоприятных факторов внешней среды;
- массовая профилактика неинфекционных заболеваний.

Для обеспечения высокого качества медицинской помощи и ее доступности требуется создать организационную систему, предусматривающую:

- максимально быструю доставку пациента в ЛПУ: оснащенное лечебно-диагностическим оборудованием; укомплектованное подготовленными медицинскими кадрами; обеспеченное необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения;
- при необходимости – поэтапное продолжение лечения в других медицинских учреждениях (преимущественно долечивание и реабилитация, вторичная профилактика, санаторно-курортное восстановительное лечение) или на дому – до достижения наилучшего результата (выздоровление, функциональное восстановление) в соответствии с порядком оказания медицинской помощи при конкретном заболевании или состоянии.

В новом варианте Концепции развития здравоохранения РФ достаточно четко обозначены по годам этапы ее реализации через Приоритетный национальный проект (ПНП) «Здоровье» (2009–2012), в том числе:

- формирование здорового образа жизни;
- развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний;
- повышение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;
- поэтапное совершенствование: системы оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями, пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, больным с онкологическими заболеваниями; службы крови;
- совершенствование медицинской помощи матерям и детям.

В проекте Концепции впервые за последнее десятилетие представлена версия дальнейшего развития отечественной системы здравоохранения, в том числе патро-

нажно-реабилитационной службы (расширение сети дневных стационаров, отделений долечивания, реабилитационных структурных подразделений, хосписов).

Концепцией предусмотрено реформирование лекарственной помощи населению в части повышения ее доступности и качества.

Доступность лекарственных средств определяется их наличием на фармацевтическом рынке и экономической доступностью, т.е. ценовым регулированием и компенсацией затрат населения на лекарственные средства через систему ОМС.

Недостаточный уровень обеспечения качественной медицинской помощью и лекарственными средствами на фоне неконтролируемого отпуска рецептурных препаратов и низкой культуры потребления лекарственных средств населением интенсифицирует так называемое самолечение граждан, приводящее к увеличению длительности временной нетрудоспособности, снижению производительности труда, а также сокращению продолжительности жизни населения.

Предполагается внедрение программы всеобщего обязательного лекарственного страхования, направленной на создание оптимального соотношения эффективности и стоимости лечения при рациональном расходовании ресурсов.

В проекте Концепции заложены основы единой кадровой политики в отрасли:

- приведение численности и структуры медицинских кадров в соответствие с объемами деятельности персонала и перспективными задачами; устранение дублирования функций, перераспределение функций между различными профессиональными группами (врачи и сестринский персонал, медсестры и младшие медсестры);
- повышение профессионального уровня работников здравоохранения на основе дальнейшего развития системы непрерывного образования медицинских и фармацевтических работников;
- совершенствование условий труда и его оплаты; приведение системы оплаты труда в соответствие со сложностью, объемом и качеством медицинской помощи; модернизация рабочих мест, повышение технической оснащенности труда медицинских работников;
- совершенствование нормативно-правовой базы, определяющей профессиональную деятельность медицинского и фармацевтического персонала;
- разработка комплекса мер, направленных на повышение статуса врача и среднего медицинского персонала, на осознание медицинским работником потенциала профессии и ее перспектив, значимости для общества;
- подготовка специалистов в сфере управления здравоохранением.

Высокой оценки в проекте Концепции заслуживает раздел по совершенствованию подготовки управленческих кадров и специалистов кадровых служб медицинских организаций на основе современных принципов управления качеством и стандартизации, многопрофильных профессиональных знаний (юридических, экономических, психологических,

социологических и др.) и навыков управления кадрами. В проекте Концепции подчеркнута безусловная необходимость для успешной реализации поставленных задач адекватного финансового, информационного и правового обеспечения основных направлений развития отрасли.

В целом как 1-й, так и 2-й варианты Концепции заслуживают внимания, обсуждения и доработки. Однако экономический кризис явился причиной вынужденной паузы перед окончательным обсуждением и принятием Концепции. На ближайшие годы реальными являются поддержка и совершенствование системы здравоохранения через целевые программы и Национальные проекты по охране здоровья населения и повышению доступности и качества медицинской помощи.

Во 2-м варианте проекта «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года» в качестве одной из задач раздела «Обеспечение качества и доступности медицинской помощи» выделено планирование развития сети ЛПУ с их профилизацией, перераспределением кадров и лечебно-диагностических мощностей, формированием маршрута движения больных и созданием системы поэтапной преемственности медицинской помощи.

Впервые в практике отечественной медицины обозначена позиция эффективной преемственности в оказании диагностической, лечебной, реабилитационной и паллиативной помощи больным, получающим стационарное лечение и выписываемым из больницы порой как «бесперспективных для лечения» не под «дежурное» наблюдение участкового врача-терапевта, а для оказания адекватной медико-социальной помощи при отягощенном прогнозе, когда требуются симптоматическое лечение, адекватная помощь, реабилитация и постоянный уход.

Для реализации обозначенного в проекте Концепции положения в 2010–2015 гг. планируются внедрение этапности медицинской помощи, разработанных маршрутов транспортировки больных и, что особенно актуально и значимо для практики, – создание в каждом стационаре патронажно-реабилитационной службы, ответственной за организацию долечивания, реабилитацию и паллиативную помощь выписываемым больным, что, в свою очередь, предполагает дифференцированное направление больных патронажной службой:

- во-первых, в стационар на дому через связь с амбулаторно-поликлиническим учреждением в соответствии с местом жительства больного;
- во-вторых, в специализированные стационары восстановительного лечения, реабилитации и санаторно-курортные учреждения;
- в-третьих, в учреждения медицинского ухода и хосписы.

Это требует улучшения показателей работы перечисленных учреждений (летальность, осложнения, степень восстановления нарушенных функций и т.д.).

В пилотном проекте развития системы медицинской помощи больным, выписываемым для внебольничного долечивания и наблюдения, планируется формирование при стационарах патронажной службы, ответственной за организацию долечивания и реабилитацию больных, которым требуются дифференцированное лечение, наблюдение и уход.

Ввиду этого в проекте Концепции предусмотрено укомплектование в 2010–2015 гг. учреждений восстановительного лечения, долечивания, реабилитации, медицинского ухода и паллиативной помощи (хосписов и хосписных отделений) квалифицированными кадрами и их оснащение согласно стандартам.

Хосписы – это не просто специализированные больницы для умирающих. Во многом они являются своеобразным отрицанием идеи «просто больницы». Вот почему философская сторона их деятельности даже важнее, чем медико-техническая. Исходная идея философии хосписа очень проста: умирающий нуждается в особой помощи, ему должно и можно помочь перейти границу между жизнью и смертью.

Организация хосписа для больных с онкологическими заболеваниями в терминальной стадии обеспечивает значительную экономию средств, так как затраты на хоспис меньше расходов на содержание таких же больных в онкологических больницах, онкодиспансерах и (или) крупных онкологических центрах (нет необходимости содержать специализированные диагностические и лечебные отделения с соответствующим штатом врачебного персонала).

Философия хосписа во многом определяется идеей «дома для жизни». В стационаре хосписа создается обстановка, близкая к обычным условиям жизни человека. Здесь предусмотрена возможность пребывания рядом с больным его родных, учиваются его вкусовые пристрастия (вегетарианство и т.д.), допускается, чтобы вместе с больным находилась его любимая кошка или собака, поддерживается замечательный обычай выполнять последнюю волю больного. Последовательные сторонники хосписного движения считают, что помощь в хосписах должна быть совершенно бесплатной: «за смерть платить нельзя».

Представляется, что в нынешних условиях создание хосписов наиболее реально в региональных центрах и городах с численностью населения от 300 тыс. и более. Эти хосписы, помимо основной функции – оказания паллиативной помощи инкурабельным больным, могли бы играть и организационно-методическую роль по организации паллиативной помощи в целом на территории региона во внебольничных и стационарных условиях.

Более перспективным и менее затратным является развитие паллиативной помощи населению в форме отделений паллиативной помощи (хосписных отделений) в крупных многопрофильных больницах. Создание таких отделений рентабельнее, чем организация самостоятельных хосписов, так как работа подобных отделений координируется с деятельностью лабораторно-диагностических, консультативных, финансовых, хозяйственных и других подразделений многопрофильного стационара. Такие отделения имеют возможность оперативно привлекать при необходимости врачей-консультантов разных специальностей (хирургов, невропатологов, гинекологов и др.).

Отделение-хоспис предназначено для оказания паллиативной помощи онкологическим больным IV клинической группы и их медико-социальной реабилитации, а также для психологической и социальной поддержки пациентов и членов их семей в период болезни пациента и после его смерти.

Из-за крайне ограниченного коечного фонда стационаров-хосписов для России представляется весьма

актуальным развитие внебольничной паллиативной помощи. Часть больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний и их родственники предпочитают получать паллиативное лечение на дому.

Организационно-медицинской основой паллиативной помощи инкурабельным больным в амбулаторных условиях являются выездные бригады. Четкостью и профессионализмом работы выездных бригад определяется успех работы всего хосписа. В состав выездной бригады входят врач и медсестры. Выездная служба тесно контактирует с районными онкологами, врачами и руководителями прикрепленных поликлиник.

По желанию пациента и его родственников врачи и сестринский персонал выездной бригады и при необходимости – психологи оказывают консультативную помощь и психологическую поддержку по телефону.

В последние годы получают развитие хосписы на дому, основными задачами которых являются: коррекция схем обезболивания; выполнение необходимых внутривенных и внутримышечных инъекций; динамический контроль за состоянием пациента; обучение родственников больного методам ухода; психологическая поддержка членов семьи и самого пациента; обеспечение преемственности с участковыми терапевтами и другими врачами; в случае ухудшения самочувствия – помощь в госпитализации в стационарное отделение. Хосписы на дому укомплектовываются врачом, медсестрами и социальными работниками. При необходимости привлекаются психолог, юрист и добровольцы (волонтеры).

Патронирование на дому больных, страдающих прогрессирующими формами хронических заболеваний, обеспечивает высокую социально-психологическую и медицинскую эффективность паллиативной помощи.

Внебольничная система паллиативной помощи должна получить в ближайшие годы развитие во всех регионах Российской Федерации.

#### Рекомендуемая литература

Концепция развития здравоохранения до 2020 года // <http://www.zdravo2020.ru/concept>.

Кучеренко В.З., Эккерт Н.В. Организационные и социально-медицинские проблемы паллиативной помощи в России // Вестн. Росс. акад. мед. наук. – 2008; 10: 24–33.

#### PUBLIC HEALTH DEVELOPMENT UP TO 2020 AND PALLIATIVE CARE IMPROVEMENT

**Prof. V.Z. Kucherenko, Honored Scientist of the Russian Federation, Corr. Member of the Russian Academy of Medical Sciences; N.V. Ekker, Cand. Med. Sci.; A.V. Suchkov**

Research Institute for Public Health and Health Care Management, I. M. Sechenov Moscow Medical Academy; Research Institute for Public Health, Economics, Management, and Law

**Health care system reforms are assessed; variants of the draft concept of long-term health care development in the Russian Federation are analyzed. Particular attention is given to the concept's patient care continuity that is provided by setting up home nursing services at hospitals.**

**Key words:** concept of public health development up to 2020; healthy lifestyle; qualitative medical care; home nursing rehabilitation service, hospice, hospice unit.