

О НЕОБХОДИМОСТИ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

О.И. Усенко

Tampa General Hospital, Florida, USA

E-mail: usenko_olga@mail.ru

Представлен опыт США в области оказания помощи больным с хронической патологией. Предложены подходы к формированию Программы развития паллиативной помощи в РФ.

Ключевые слова: паллиативная и хосписная помощь, модели оказания паллиативной помощи, стратегическое планирование.

В Докладе ВОЗ за 2009 г. о состоянии здравоохранения в мире отмечается, что помощь, ориентированная на нужды каждого человека, представляет собой фундаментальный сдвиг в предоставлении услуг, а комплексный характер помощи, ориентированной на человека, обеспечивается всесторонним набором профилактических, лечебных и реабилитационных услуг [1].

По мере того как общество модернизируется и становится более информированным, меняется и представление людей о том, какие условия существования они считают желательными как отдельные личности и как члены общества, т.е. как меняются их ценности [2].

Исследования показывают, что по мере модернизации общества люди все больше хотят иметь возможность «высказаться» о «важных решениях», отражающихся на их жизни, в число которых входят и такие, как организация медицинской помощи [3]. В последние годы во всем мире широкие масштабы принимает движение за улучшение охраны здоровья социально уязвимых групп населения или лиц, страдающих специфическими заболеваниями.

Одна из самых социально незащищенных групп людей – умирающие больные. Они не могут протестовать по поводу страданий, пренебрежения и унижений, которые им приходится переживать в последние месяцы и дни жизни. Поэтому задача государства состоит в том, чтобы не игнорировать проблемы этих людей, а защитить их достоинство и позволить покинуть мир усвоенными.

В последние 25 лет во всем мире широкое распространение получило движение паллиативной

и хосписной помощи. В соответствии с определением ВОЗ, паллиативная помощь (ПП) – это медико-социальная помощь, оказываемая обученной мультидисциплинарной группой специалистов и направленная на обеспечение пациентам в терминальной стадии хронических заболеваний и членам их семей возможности жить полноценной и качественной жизнью. Эта возможность обеспечивается путем предупреждения и облегчения проблем, которые являются причинами страданий [4–6].

Модель оказания ПП формируется как модель оказания помощи онкологическим больным в терминальной стадии заболевания, хотя признается необходимым развитие ПП как вида услуг в системе медицинской помощи для различных возрастных групп пациентов, страдающих от других хронических заболеваний, таких как сердечная недостаточность, респираторные заболевания, дегенеративные заболевания центральной нервной системы, заболевания сосудов головного мозга, СПИД и др. Согласно рекомендациям ВОЗ, ПП должна быть интегрирована в существующую систему медицинской помощи и адаптирована к существующим культурным и социально-экономическим условиям [7].

Одна из основных целей реформы здравоохранения Российской Федерации, обозначенных в Концепции его развития до 2020 г., – повышение качества и доступности медицинской помощи. В Концепции указывается на необходимость создания сети целевых показателей работы учреждений патронажно-реабилитационного уровня, отражающих качество медицинской помощи [8].

Несмотря на то, что Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г. была принята в прошлом году, Министерство здравоохранения и социального развития РФ до настоящего времени не вынесло на широкое обсуждение медицинской общественности и гражданского общества Программу развития ПП, а без применения конкретного научно обоснованного механизма согласования действий различных участников процесса во времени и пространстве данная Концепция превращается не более чем в прогнозирование или декларацию о желаниях.

Развитие качественной медицинской помощи больным с хронической патологией в России невозможно без разработки стратегии развития ПП. Стратегия должна быть адекватна реальности и контролировать только ключевые параметры, а для этого необходимо прежде всего выйти из концептуальной неопределенности в отношении паллиативной и хосписной помощи в РФ.

Существует множество моделей процесса стратегического планирования, которые в той или иной мере детализируют последовательность этапов этого процесса, однако 3 ключевых момента являются общими для всех моделей:

1-й этап – стратегический анализ;

2-й – стратегический выбор (Программа стратегического развития);

3-й – реализация Программы стратегического развития.

1-й этап – стратегический анализ – оценка ключевых воздействий на нынешнее и будущее положение организации. Основываясь на опыте США в области оказания помощи больным с хронической патологией, можно провести сравнительный анализ демографической ситуации, причин заболеваемости и смертности населения, методов и результатов орга-

низации ПП и выделить основные направления Программы стратегического развития ПП в России. Демографическая ситуация в США характеризуется ростом продолжительности жизни с 47 лет в 1900 г. до 77 лет в 2000 г. [9]. В 2030 г. более 20% населения США будет старше 65 лет [10]. Рост продолжительности жизни в США на 75% был обусловлен уменьшением роста смертности лиц в возрасте до 40 лет, снижением уровня смертности от сердечно-сосудистой патологии с 586,8 на 100 тыс. населения в 1950 г. до 211,1 на 100 тыс. населения в 2005 г., от острых нарушений мозгового кровообращения – с 180,7 на 100 тыс. населения в 1950 г. до 46,6 на 100 тыс. населения в 2005 г., от злокачественных новообразований – с 193,9 на 100 тыс. населения в 1950 г. до 183,8 на 100 тыс. населения в 2005 г. на фоне эффективных превентивных мер и высокотехнологических методов лечения [11] (рис. 1).

Хотя заболевания сердечно-сосудистой системы лидируют в США в структуре причин смерти, в 2003 г. они составили лишь 28% в структуре смертности, от них умерли около 690 тыс. человек. Смертность от злокачественных новообразований – на 2-й позиции, на их долю пришлось 22,7% всех умерших, или немногим более 550 тыс. человек [12].

Особенностью здравоохранения США является интенсификация высокотехнологичной помощи при непомерно высокой цене медицинских услуг. Так, рейтинг использования современных инвазивных процедур в США намного выше, чем в других высокоиндустриальных странах. Затраты на новые жизнепродлевающие технологии (трансплантация органов, дефибрилляторы различных модификаций, коронарные стенты и новые противоопухолевые препараты) растут в геометрической прогрессии.

Постоянный экспоненциальный рост финансирования медицинских услуг в США как на душу населения, так и на отрасль в целом вследствие того, что у все большего числа людей используются дорогостоящие высокотехнологичные методы лечения и лекарственные препараты, привели к кризису здравоохранения: финансовые затраты на лечение наиболее тяжелых больных с хронической патологией (около 10% всех больных) составляют более 2/3 всех затрат (!) на оказание медицинской помощи. В 2007 г. затраты на здравоохранение составили 2,3 триллиона долларов, что составило 16,9% от ВВП; ожидается, что в 2016 г. затраты составят 4,2 триллиона долларов, или 20% от ВВП [13].

В то же время, согласно Health Confidence Survey (2006), несмотря на то, что затраты на здравоохранение увеличились по сравнению с 1998 г. практически вдвое, 28% респондентов признали медицинскую помощь неудовлетворительной, а 31% – слабой. По данным Commonwealth Fund

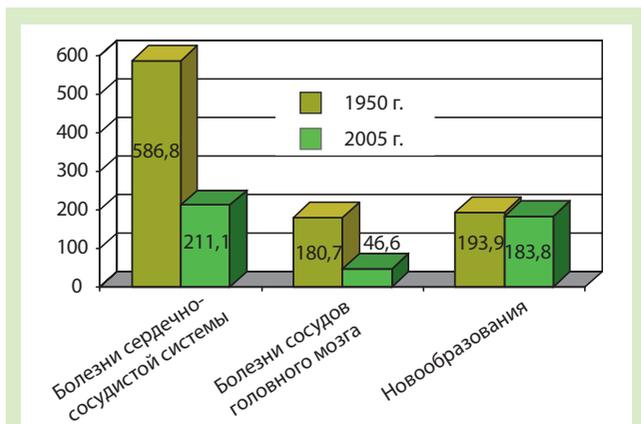


Рис. 1. Показатели смертности в США на 100 тыс. населения (1950 и 2005 гг.)

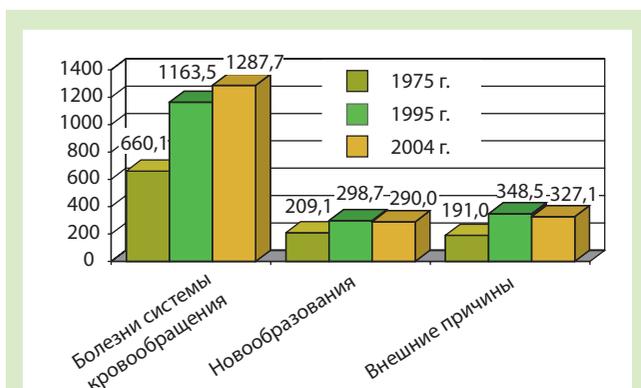


Рис. 2. Статистические данные о причинах смерти в РФ

Survey, 46% респондентов требовали фундаментальных изменений в организации медицинской помощи; 42% отметили, что помощь, которую они получили, была неэффективной, плохо скоординированной и опасной [14].

В последние 2 десятилетия в России происходят демографические изменения, также характеризующиеся увеличением числа людей пожилого возраста. В 1959–2002 гг. общая численность населения увеличилась примерно на четверть, а число пожилых людей – более чем в 2 с половиной раза. В 1950 г. в Западной Европе доля лиц в возрасте старше 60 лет превышала таковую в России более чем на 60%, а в 2000 г. – менее чем на 20%. За истекшие 50 лет относительная разница в значениях демографической нагрузки за счет пожилых людей между Россией и Западной Европой уменьшилась в 3 раза [15]. В последние 16 лет заболеваемость населения Российской Федерации выросла на 36%. Если в 1990 г. в РФ было выявлено 158,3 млн случаев заболеваний, то в 2006 г. – 216,2 млн [8].

К сожалению, одной из характерных черт современной демографической ситуации в России является депопуляция населения. Аналога российскому специфическому положению со смертностью нет ни в развитых странах, ни в развивающихся [16].

В 2007 г., как и в предыдущие годы, структура причин смерти была не такой: более половины (56,6%) всех случаев смерти вызвано болезнями системы кровообращения, 13,8% – новообразованиями, 11,9% – внешними причинами, т.е. 82,3% всех случаев смерти обусловлено только 3 классами болезней [8]. Несмотря на то, что основные причины смерти не меняются, отмечаются значительные различия в показателях смертности на 100 тыс. населения за последние 30 лет (рис. 2).

В настоящее время из-за несовершенства амбулаторно-поликлинической помощи в РФ, в частности из-за отсутствия системы патронажа и неэффективного наблюдения за больными с хронической патологией, стационарная помощь выступает в качестве основного уровня в системе охраны здоровья населения. Но и она характеризуется неадекватным расширением коечного фонда и высокими показателями нецелесообразной и непрофильной госпитализации, а система восстановительного лечения и реабилитации вообще отсутствует. Во многих случаях больной выписывается из стационара «под наблюдение участкового врача», что в реальности означает «под собственное наблюдение» [8].

В течение последних 20 лет в США быстрыми темпами развивается паллиативная и хосписная помощь инкурабельным больным как альтернатива высокотехнологичной и дорогостоящей помощи в конце жизни. Целью ПП является поддержка оптимального качества жизни больных, заболевание ко-

торых перешло в терминальную стадию, а не борьба за выздоровление, что указывает на важный поворот при оказании помощи [17].

Еще в 2001 г. Институт медицины (Institute of Medicine) изучил качество медицинской помощи в США и опубликовал 360-страничный доклад «Crossing the Quality Chasm: A New Health System for 21st Century» («Преодолеть пропасть в оказании качественной помощи: новая система здравоохранения 21 века»); в докладе констатировалось, что проблема качества помощи существует везде и всюду и это «не просто дыра, а настоящая пропасть».

Одним из решений по улучшению качества помощи в госпиталях для наиболее тяжелых пациентов было предложение о развитии ПП. Отличительная особенность ПП в госпиталях – то, что ее оказывают пациентам наряду с курабельными методами лечения, и ожидаемая продолжительность жизни пациентов не ограничена 6 мес.

Основные задачи ПП в госпиталях:

- улучшение качества симптоматической терапии;
- улучшение взаимоотношений между врачом, пациентом и его семьей;
- повышение эффективности госпитальной помощи.

Американская ассоциация госпиталей (American Hospital Association) уже в Национальном отчете 2002 г. одним из ключевых компонентов качества помощи обозначила доступность ПП нуждающимся в ней больным. В США доступность ПП в госпиталях имеет широкие географические вариации, зависит от размера госпиталя и формы его собственности. Более 53% госпиталей, рассчитанных на 50 и более коек, имеют программы оказания ПП. 75% больших госпиталей (на 300 и более коек) также имеют данные программы. Согласно отчету 2008 г., 100% госпиталей, рассчитанных на 50 и более коек, в штате Вермонт оказывали ПП, а в штате Миссисипи, например, – только 10%. Интересно, что только в 3 штатах (Миссисипи, Небраска и Невада) кафедры ПП в медицинских школах не имеют своих клинических баз в госпиталях [18].

Ежегодно около 1,5 млн американцев умирают от хронических заболеваний и более 70% из них госпитализируются в стационар в последние 6 мес жизни. Тем не менее исследования свидетельствуют о том, что чем более доступна ПП в госпиталях, тем меньше терминальных больных поступают в отделения интенсивной терапии или находятся в этих отделениях меньшее количество времени [19].

Одним из основных условий оказания хосписной помощи в США является прогноз ожидаемой продолжительности жизни пациента с жизнеугрожающим заболеванием – он не должен превышать

6 мес. В 2009 г. хосписная помощь в США была оказана более чем 1,5 млн американцев, причем немногим более 40% из них – больные с неизлечимыми онкологическими заболеваниями, а около 60% – больные в терминальной стадии хронических прогрессирующих заболеваний: сердечно-сосудистых, легочных, неврологических и т.д. В 2009 г. около 1 млн больных, наблюдавшихся в хосписах, умерли. При этом 40,1% из них умерли дома, 18,9% – в домах сестринского ухода, 9,6% – в домах престарелых, 21,2% – в хосписах-стационарах и только 10,1% – в госпиталях [20].

В 2009 г. в США более 5 тыс. агентств предоставляли услуги хосписной помощи. В это число входят как головные офисы компаний, так и их дочерние организации. Хосписная помощь оказывается во всех штатах страны. Большинство хосписов (около 60%) – независимые агентства, остальные программы являются либо частью госпитальных учреждений, либо домов сестринского ухода, либо агентств по оказанию помощи на дому [20] (рис. 3).

В штаты агентств по оказанию хосписной помощи в США входили: медсестры – 30,7%, помощники по уходу – 18,1%, социальные работники – 9,0%, врачи – 2,2%, священники – 3,9% и др. [20] (рис. 4).

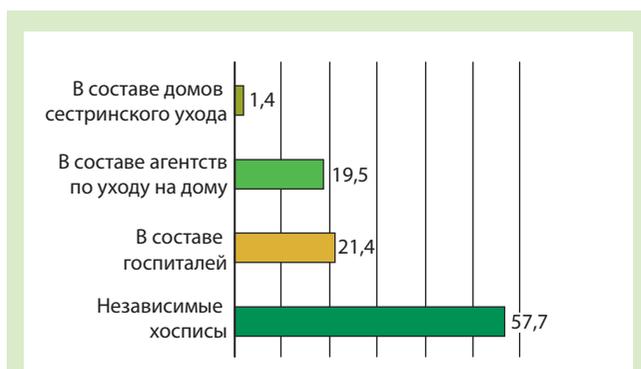


Рис. 3. Агентства (в %), предоставляющие услуги хосписной помощи в США (2009)

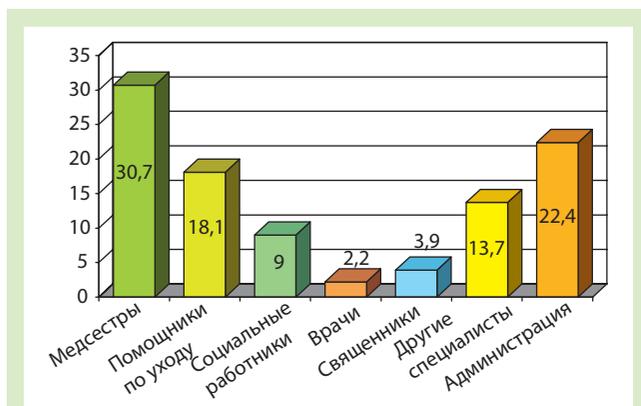


Рис. 4. Штатный состав (в %) агентств, оказывающих хосписную помощь в США (2009)

В настоящее время хосписы и отделения ПП в России существуют лишь в отдельных регионах. Согласно официальным данным Минздравсоцразвития РФ, в стране работает только 53 (!) мало-мощных хосписа [21].

2-й этап – стратегический выбор (Программа стратегического развития) – логически вытекает из анализа ситуации, строится на основе продуманной гипотезы и состоит из 3 основных компонентов.

1. *Выработка вариантов стратегии.* Выработка серии стратегических альтернатив, которые могут представлять собой возможные варианты действий.

2. *Оценка вариантов стратегии.* Основной вопрос: «Какие направления стратегического развития кажутся наиболее приемлемыми?».

3. *Выбор стратегии, стратегической линии поведения и дизайна программы действий* для удовлетворения нужд и потребностей клиентов.

Любая управленческая деятельность тесно связана с принятием решений. Процесс стратегического управления – это перманентный процесс принятия последовательных решений, осуществления их контроля и коррекции. Этот процесс носит циклический характер. Предпринимательское поведение требует наличия у топ-менеджера выраженных лидерских качеств: харизмы руководителя, умения творчески решать проблемы и смелости брать на себя риск.

Эксперты ВОЗ дают пример Программы стратегического развития ПП для страны с ограниченными возможностями и считают, что ключевым компонентом программы является определение лидера или группы лидеров, обладающих властью сформулировать план и приступить к его реализации.

Основной целью на 1-м этапе должно быть оказание ПП как минимум 50% онкологических больных, заболевание которых перешло в терминальную стадию. Основные действия при ограниченных материальных ресурсах должны быть направлены на:

- оценку потребности в ПП;
- ревизию и модификацию существующей политики в отношении опиоидных анальгетиков;
- разработку перечня необходимых и эффективных препаратов;
- детальную разработку стандартов и распространение их на все уровни ПП;
- организацию центров, ответственных за подготовку кадров;
- создание базовой информационной системы для оценки действий на различных уровнях.

В дальнейшем усилия должны быть направлены на организацию ПП *всем* терминальным онко-

логическим больным на всех уровнях оказания помощи для обеспечения ее доступности всей целевой группе населения [22].

В США с целью обеспечения безопасной и качественной помощи Объединенной комиссией по аккредитации лечебных учреждений (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) и независимой профессиональной ассоциацией National Hospice and Palliative Care Organization разработаны Стандарты оказания ПП больным, страдающим прогрессирующими хроническими заболеваниями в терминальной стадии. Эти Стандарты используются также для разработки необходимых законодательных и регулирующих механизмов по организации ПП на территории различных штатов.

Стандарты оказания ПП больным в США состоят из 5 основных секций:

- алфавитный указатель основных законов, которые использовались для разработки Стандартов;
- обзор Стандартов по главам (например, этические вопросы, права и обязанности, предоставление ПП и т.д.);
- основные программные документы по организации ПП, которые могут быть использованы лечебными учреждениями для разработки их собственных программ ПП;
- основные индикаторы качества ПП и способы их оценки;
- клинические руководства по оказанию ПП [23].

Проблема оценки качества медицинских услуг по мере развития медицинских технологий и изменения характера заболеваний все время усложняется. Раньше, когда преобладали острые заболевания, критерии оценки были проще: выздоровел – умер. Однако в настоящее время в стране преобладают больные с хроническими прогрессирующими заболеваниями, при которых эффект лечения может быть разным, а следовательно, оценка качества медицинской услуги становится значительно более сложной.

Индикатором оценки результатов ПП является качество жизни неизлечимых больных. Качество жизни может быть определено только самим пациентом; в это понятие входят не только проблемы физического состояния, интенсивность болевого и иных симптомов, но и выраженность психологических проблем, нерешенные социальные вопросы, возможность духовного умиротворения, принятия смерти как закономерности течения жизни и т.д.

Одной из самых серьезных проблем умирающих от онкологических заболеваний людей является выраженный болевой синдром. Под качественной помощью больным, которых уже невозможно вылечить, понимают адекватную помощь, как минимум,

в обезболивании, а доступность этой помощи выражается в том, что все больные, которые в этой помощи нуждаются, должны ее получить.

Экспертный комитет ВОЗ еще в 1996 г. заявлял, что, как ни трагично, но раковую боль часто оставляют без лечения, а если ее все же лечат, то облегчение все-таки часто недостаточное. При этом боль можно было бы снять, если бы действительно применялись имеющиеся медицинские знания и способности лечения. При хронической боли средней или тяжелой степени у пациента, страдающего неизлечимой формой тяжелого заболевания, необходимы опиоиды, и замены опиоидам на сегодня нет [24].

Опиоиды подпадают под действие международных антинаркотических конвенций: Единой конвенции о наркотических средствах 1961 г. и Конвенции по борьбе против незаконного оборота наркотических и психотропных веществ 1988 г. Основной целью этих двух конвенций является прекращение торговли и применения контролируемых лекарственных веществ, за исключением тех, которые используются в медицинских и научных целях.

Международный комитет по контролю над наркотиками – независимый квазисудебный орган по контролю над выполнением международных договоров о контроле над наркотиками. Одной из многочисленных функций Комитета является анализ информации, представленной правительствами и другими компетентными международными организациями, с целью обеспечения надлежащего выполнения государствами положений международных договоров о контроле над наркотиками. Международный комитет по контролю над наркотиками считает, что «эффективный режим национального контроля над наркотиками должен включать в себя не только программу предотвращения незаконного оборота и обходных путей, но и программу, обеспечивающую соответствующую доступность наркотических средств для медицинских и научных целей».

Согласно данным Международного комитета по контролю над наркотиками, в 2008 г. Россия находилась на 93-м месте по потреблению опиоидов в медицинских целях – 1,6006 морфинэквивалентных (МЕ) единиц на человека. В 1992 г., когда правительство РФ впервые начало подавать данную информацию в Комитет, потребление опиоидов составляло 4,7593 МЕ, т.е. практически в 3 раза больше.

В странах Западной и Центральной Европы, а также Северной Америки потребление опиоидов на протяжении многих лет растет за счет широкого использования практически всего спектра рекомендуемых современных средств лечения хронической боли: фентанила, оксикодона, гидромор-

фона, метадона, петидина. В России в данную группу входят только препараты морфина и фентанила.

В 2008 г. потребление опиоидов на душу населения в США составило 647,9831 МЕ на человека (3-я позиция в международном рейтинге), в 1992 г. – 137,1039 МЕ на человека, т.е. отмечается увеличение использования опиоидов в медицинской практике практически в 4,8 раза. В Великобритании потребление опиоидов за этот же период увеличилось в 4,7 раза, в Германии – 25,9 раза, в Нидерландах – в 4,5 раза, в Польше – в 7,4 раза [25] (рис. 5).

Элементарный анализ потребления опиоидов на душу населения в России на протяжении последних 16 лет доказывает *системный провал* в оказании помощи инкурабельным больным. В США, согласно опросу, проводимому Medicare, 70% больных и их родственники были удовлетворены уровнем хосписной помощи [14].

3-й этап – реализация Программы стратегического развития – заключительный и самый продол-

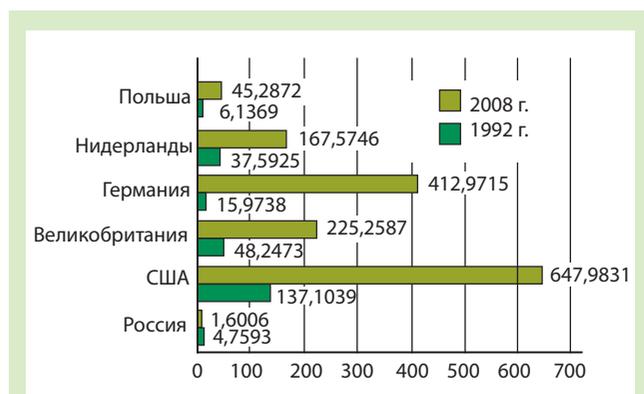


Рис. 5. Потребление опиоидов (в МЕ/чел.) в России, США, Великобритании, Германии, Нидерландах, Польше (1992–2008)

жительный этап стратегического процесса. Согласно данным ВОЗ, для организации эффективной ПП должны быть приняты фундаментальные меры:

- сформулированы основные принципы национальной политики в области ПП, в которых должны быть обозначены решения о том, как ПП будет интегрирована в национальную программу медицинской помощи;
- принят закон, регламентирующий проведение обязательного обучения медицинских работников основным методам ПП, в частности эффективному купированию хронического болевого синдрома;
- обеспечены гарантии доступности лекарственных препаратов, необходимых для эффективного купирования хронического болевого синдрома [26–28] (рис. 6).

При организации помощи терминальным больным в США были предприняты следующие действия.

В области государственной политики. Основные этапы:

- 1974 г. – организованы первые 2 хосписа: в штате Коннектикут и хоспис Святого Луки в Нью-Йорке; впервые приняты инициированные сенаторами F. Church и F.E. Moss законы о федеральном финансировании хосписных программ.
- 1980 г. – фондом W.K.Kellogg был выделен грант Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations для исследования состояния хосписной помощи и разработки стандартов для аккредитации хосписов.
- 1982 г. – Конгресс принял закон, обеспечивающий страхование хосписной помощи за счет средств Medicare: «Tax Equity and Fiscal Responsibility Act of 1982».



Рис. 6. Фундаментальные меры по развитию паллиативной помощи (ПП)

- 1993 г. – согласно реформе здравоохранения, проводимой Президентом США Б. Клинтонем, хосписная помощь перешла в разряд национально финансируемых программ.
- 1996 г. – многие грантодержатели объединили усилия для поддержки исследований, общественных форумов и конференций с целью улучшения культуры оказания помощи умирающим больным.

Были разработаны следующие требования к программам оказания ПП в хосписах:

- коллектив, оказывающий ПП, должен состоять из профессиональных работников и волонтеров;
- ожидаемая продолжительность жизни пациентов, определенная врачом, не должна превышать 6 мес;
- пациенты должны быть проинформированы о своем диагнозе и прогнозе;
- В среднем 80% времени, на протяжении которого пациенты получают ПП, они должны проводить в домашних условиях [29].

В области доступности лекарственных препаратов. В США существует Федеральный закон, регламентирующий производство, импорт, владение, использование и распространение препаратов, находящихся под контролем: Controlled Substances Act. Кроме того, Администрация США по контролю за применением законов о наркотиках (U.S. Drug Enforcement Administration – DEA) и медицинские комиссии (Medical Boards) каждого штата постоянно контролируют деятельность, связанную с выпиской препаратов, находящихся под контролем. Также врач, выписывающий наркотические препараты, должен иметь регистрацию в DEA Certification.

В области образования и переподготовки кадров. Паллиативная медицина в США является врачебной специальностью с 1996 г. Возможно проведение научно-исследовательских работ, защита диссертаций в этой области. Преддипломное образование включено в расписание всех медицинских школ, проводится 2-летнее последипломное обучение для получения специализации в области паллиативной медицины. Существуют также профессиональные ассоциации врачей паллиативной медицины.

Некоммерческая профессиональная ассоциация «National Hospice and Palliative Care Organization» готовит образовательные программы для профессионалов и широкой публики, организует конференции и симпозиумы, обеспечивает информационными ресурсами своих членов, контролирует деятельность конгрессменов, связанную с паллиативной помощью, разрабатывает стратегические планы развития данного вида услуг в стране, ка-

сающиеся клинического качества, исследований в данной области, общественной политики и пропаганды знаний, финансовой обеспеченности программ паллиативной помощи и т.д.

Логическим продолжением Программы стратегического развития является осуществление контроля стратегии. Системы стратегического контроля должны обеспечивать:

- контроль целей и задач организации;
- контроль специфических задач и роли отдельных менеджеров;
- координацию усилий индивидуумов в организации;
- проверку последовательности стратегических альтернатив;
- раннее выявление систем, указывающих, что стратегическое предположение было неверным или условия макроокружения изменились;
- метод для коррекции неэффективной стратегии или методов ее реализации.

Контроль должен осуществляться на всех уровнях управления. Хорошая информированность на различных уровнях организации дает возможность оставаться в пределах оперативной реальности. Контрольные меры должны быть простыми и легкими в понимании. Сложные и трудные для понимания меры обычно игнорируются, используются неверно или парализуют всю систему. Меры контроля должны предупреждать менеджеров о возможных отклонениях в системе на ранних этапах процесса реализации стратегии. Сигналы об опасности уже после возникновения серьезной проблемы неэффективны.

Необходимо помнить, что качество не возникает в процессе контроля, а создается и планируется на каждом этапе производственного процесса. Такая концепция предусматривает планомерную и постоянную деятельность. При данном подходе оценка качества является лишь необходимым механизмом обратной связи в системе управления, а результаты такой оценки – входными данными для принятия управленческих решений [30].

Согласно Конституции РФ, Россия – демократическое федеративное правовое государство, где человек, его права и свободы являются высшей ценностью. Признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина – обязанность государства. В демократическом государстве по мере его модернизации должен проводиться политический диалог и широкое обсуждение вопросов политики с целью учета ожиданий различных заинтересованных сторон, оценки потребностей, а также для разрешения противоречий.

Институциональные возможности для ведения продуктивного политического диалога – это не-

нечто данное. Политический диалог необходимо строить. Как это делать, во многом зависит от конкретных обстоятельств и исходных условий. Опыт стран, сумевших ускорить реформы медицинской помощи, свидетельствует о наличии 3 общих элементов политического диалога:

- понимание важности использования информационных систем в интересах реформы медицинской помощи;
- систематическое внедрение инноваций;
- обмен положительным опытом [31].

Необходимо осознавать, что всегда существует сопротивление переменам, и лишь посредством длительной общественной дискуссии о целях, средствах и методах ПП возможно его преодоление. Важно, чтобы Программа стратегического развития ПП в России не только была принята, но чтобы и профессиональное сообщество, и гражданское общество имели возможность принять участие в выработке решений по отношению к одной из самых незащищенных категорий граждан России – умирающим больным, так как это и должно происходить в демократическом обществе.

Литература

1. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2009 г. Здоровье и системы здравоохранения. – ВОЗ, 2010. – С. 72.
2. Inglehart R., Welzel C. Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence. – Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
3. Halman L. et al. Changing values and beliefs in 85 countries. Trends from the values survey from 1981 to 2004. – Leiden and Boston, Brill, 2008.
4. World Health Organization. WHO definition of palliative care, 2002; <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
5. Canadian Hospice and Palliative Care Association, 2002 http://www.chpca.net/marketplace/national_norms_of_practice.htm.
6. National Quality Forum. A national framework and preferred practices for quality palliative care <http://www.qualityforum.org>.
7. “Cancer control: knowledge into action, WHO guide for effective programmes”. Palliative Care. – World Health Organization, 2008.
8. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 г. Web site: <http://www.minzdravsoc.ru>.
9. Ford E.S., Ajani U.A., Critchley J.A. et al. Explaining the decrease in the U.S. deaths from coronary disease, 1980-2000 //N. Engl. J. Med. – 2007; 356: 2388–2398.
10. Crimmins E.M., Saito Y. Trends in healthy life expectancy in the United States, 1970-1990: gender, racial, and educational differences //Soc. Sci. Med. – 2001; 52: 1629–1641.
11. Mor V. The compression of morbidity hypothesis: a review of research and prospects for the future //J. Am. Geriatr. Soc. – 2005; 53(9): 308–309.
12. 1950 Mortality Data - CDC/NCHS, NVSS, Mortality Revised. 2005 Mortality Data: US Mortality Data 2005, NCHS. – Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
13. Poisal J.A., Truffer C., Smith C. et al. Health spending projections through 2016: modest changes obscure Part

D’s impacts //Health Affairs. –2007, February 12; 242–253.

14. Meier D.E., Isaacs S.L., Hughes R.G. Palliative care. Transforming the care of serious illness //Jossey-Bass. – 2009: 4–20.

15. Сафарова Г.Л. Демографические аспекты старения населения России //Отечественные записки. – 2005; 3(23) - <http://www.strana-oz.ru>.

16. Ступаков И.Н., Зайченко Н.М. Организация работы медицинских отделений и служб // Здравоохранение. – 2008; 4.

17. Mount B., Hanks G., McGoldrick L. ABC of palliative care //2nd edition, Oxford: Blackwell Publishing Ltd. – P. 1–3.

18. Sean Morrison R. et al. America’s care of serious illness: a state-by state report card on access to palliative care in our nation’s hospitals. Web site: <http://www.nhpco.org>.

19. The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. The Dartmouth Atlas of Health Care Web site, www.dartmouthatlas.org.

20. NHPCO Facts and Figures: Hospice Care in America// National Hospice and Palliative Care Organization. Web site: <http://www.nhpco.org>.

21. Эккерт Н.В. // Проблемы соц. гиг., здравоохран. и истории медицины. – 2007; 5: 25–28.

22. Cancer Control: Knowledge into Action//WHO Guide for Effective Programmes, Palliative Care. – P. 21.

23. Crosswalk of JCAHO Standards and Palliative Care – with Palliative Care Policies, Procedures and Assessment Tools//Center to Advance Palliative Care. –2004, February 18.

24. Наркотические и психотропные препараты. Достижение равновесия в национальной политике контроля опиоидов. Рекомендации по оценке //Всемирная организация здравоохранения, 2000.

25. Pain &Policy Studies Group <http://www.painpolicy.wisc.edu>.

26. World Health Organization. Symptom Relief in Terminal Illness //Geneva: World Health Organization, 1998.

27. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children //Geneva: World Health Organization, 1998.

28. Sikora K. et al. World Health Organization: Essential Drugs for Cancer Therapy //Ann. Oncology. – 1999; 106: 385–390.

29. The National Hospice and Palliative Care Organization: History of Hospice Care. Web site: <http://www.nhpco.org>.

30. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. – М.: Медицина, 2000.

31. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2009 г. Первичная медико-санитарная помощь. Сегодня актуальнее, чем когда-либо // ВОЗ, 2008. – С. 89–105.

ON THE NEED FOR PALLIATIVE CARE DEVELOPMENT STRATEGY IN RUSSIA

O.I. Usenko

Tampa General Hospital, Florida, USA

The paper describes the experience of the USA in delivering care to patients with chronic diseases and proposes approaches to elaborating a palliative care development program in the Russian Federation.

Key words: palliative and hospice care, models of palliative care delivery, strategic planning.