

низации и администрация территорий, санэпидслужба, правоохранительные органы, военкоматы и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. — М., 2013. — С. 64—80.
2. Ипполитова М. Ф., Симаходский А. С. // Детская больница. — 2014. — № 2. — С. 10—16.
3. Киктева Р. Н. Особенности полового развития девочек при различных формах ожирения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 14.00.03, — М., 2004. — 24 с.
4. Латышевская Н. И., Давыденко Л. А., Новикова А. Н., Беляева А. В. // Вестник ВолгГМУ. — 2013. — № 3 — С. 41—43.

5. Пашукова Е. А., Тетелютина Ф. К., Блинова А. А. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2013. — № 4. — С. 59—60.

6. Ющук Н. Д., Маев И. В., Гуревич К. Г. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. — М., 2012. — 659 с.

Контактная информация

Девляшова Олеся Федоровна — очный аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: Olesya87d@yandex.ru

УДК 614.21:616-053.9

МЕХАНИЗМЫ И ФОРМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ

И. В. Кононова, Е. Г. Камкин

Оренбургская государственная медицинская академия

Старение населения требует формирования системного подхода к оказанию медико-социальной помощи на всех этапах оказания медицинской помощи населению. Изучение эффективности механизмов и форм такого взаимодействия, сложившихся в Российской Федерации, позволит сформулировать рекомендации для включения в нормативные документы.

Ключевые слова: старение населения, пожилые, медико-социальная помощь.

MECHANISMS AND FORMS OF COOPERATION BETWEEN THE HEALTH CARE SYSTEM AND THE SOCIAL SECURITY SYSTEM IN THE RUSSIAN FEDERATION

I. V. Kononova, E. G. Kamkin

Ageing of the population requires a systemic approach to medical and social services be developed covering all stages of medical care provision. The study of the efficiency of the mechanisms and forms of cooperation practiced in the Russian Federation, will make it possible to offer recommendations to be included in regulatory documents.

Key words: ageing of population, elderly, medical and social services.

Демографические прогнозы свидетельствуют о том, что до конца текущего столетия численность населения в возрасте от 75 лет и старше, страдающего хроническими соматическими и психическими заболеваниями, увеличится вдвое.

При проведении научных исследований в сфере изучения потребностей в социальной и медицинской помощи и показателей качества жизни лиц старших возрастных групп выявлены значительные различия в потребностях в уходе и способности к самообслуживанию у лиц трех возрастных групп (60—74, 75—89, 90 и старше).

Так, в возрасте 50—59 лет 36% людей имеют 2—3 заболевания, в 60—69 лет у 40,2% обнаруживаются 4—5 заболеваний, в возрасте 75 лет и старше 65,9% имеют более 5 заболеваний [8].

Потребность пожилых в оказании им медицинской помощи на 50% выше, чем у населения среднего возраста, а необходимость в госпитализации людей старше 60 лет почти в 3 раза превышает этот показатель для общей популяции. Обращение людей в возрасте старше 60 лет за медико-социальной помощью, по данным отдельных поликлиник, составляет около 30% от общего числа обращений, в Москве — до 80%, а среди лиц, получающих помощь на дому, примерно половина в возрасте старше 60 лет. На одно сестринское посещение больного на дому в возрасте до 60 лет приходится 5—6 сестринских посещений больных в возрасте старше 60 лет [5, 6].

Одним из наиболее важных направлений современной медицины являются исследования в области качества жизни (КЖ) пациентов. В современной меди-

цине используется термин «качество жизни, связанное со здоровьем» (HRQOL).

ВОЗ была проделана большая исследовательская работа по выработке основополагающих критериев HRQOL человека в конце XX века. Основываясь на этих рекомендациях, HRQOL следует рассматривать как «восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума». Другими словами, HRQOL — это степень комфортности человека, как внутри себя, так и в рамках своего общества. Изучение HRQOL позволяет определить факторы, которые способствуют улучшению жизни и обретению ее смысла [4, 10].

В связи с этим, HRQOL является неотъемлемым элементом современной медицины. Универсального определения HRQOL не существует. По мере развития человеческого общества отношение к этому понятию будет меняться. Каждое следующее поколение, выдвигая свои требования к жизни, само определит критерии ее «нормальности» и «качественности» [1].

Итогом активной работы международных исследовательских групп на протяжении последних десятилетий стал консенсус, касающийся стандартизованного сбора мнений пациентов о своем здоровье как мониторинга результатов здравоохранения. Конечной целью любой здравоохранительной инициативы сегодня следует считать достижение более качественной жизни пациентов наряду с сохранением ими работоспособности и хорошего самочувствия [10].

Общие опросники целесообразно применять для оценки тактики здравоохранения в целом [10].

Наиболее популярным из зарубежных русифицированных опросников для оценки HRQOL пациентов является «MOS SF-36» в силу своей краткости (36 вопросов) и возможность сравнения показателей качества жизни у лиц, страдающих различной патологией.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Провести анализ мероприятий региональных программ, направленных на социальную поддержку пожилых и повышение качества их жизни мероприятий и их соответствие потребностям пожилых, выявленных в ходе анкетирования по вопросам качества жизни.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В ходе исследования применялся метод сравнительного анализа нормативных документов, принятых органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения и социальной защиты населения. Проведен статистический анализ показателей работы трехуровневой системы здравоохранения в регионах в части оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помо-

щи пожилым. Дополнительно использованы результаты анкетирования пожилых, опубликованные ранее.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во исполнение поручений Президента Российской Федерации от 27 ноября 2010 г. № Пр-3464ГС и Правительства Российской Федерации от 6 декабря 2010 г. № АЖ-П12-8307 во всех субъектах Российской Федерации были приняты региональные программы, направленные на социальную поддержку пожилых и повышение качества их жизни.

Мероприятия программ направлены, в основном, на повышение доступности социальной помощи пожилых, улучшения качества предоставляемых услуг, оптимизацию структуры социальных учреждений.

Около трети указанных программ содержат мероприятия, направленные на пропаганду здорового образа жизни пожилых, формирование условий жизни для активного долголетия и увеличения средней продолжительности, среди которых следует особо отметить:

- организацию, совместно с органами управления здравоохранения, обучающих мероприятий, направленных на сохранение здоровья пожилых: «Школы здоровья», «Школы профилактики», для родственников, ухаживающих за пожилыми — «Школы по уходу» и т. д. (Ярославская, Нижегородская, Воронежская, Томская области);

- повышение обеспеченности инвалидов пожилого возраста техническими средствами реабилитации (Ярославская область);

- развитие гериатрической и геронтопсихиатрической службы и мероприятий по медицинской и социальной реабилитации пожилых (Нижегородская, Ульяновская, Архангельская области, Санкт-Петербург);

- формирование совместных выездных (мобильных) бригад по оказанию медико-социальной помощи пожилым (Волгоградская область).

Механизмом взаимодействия органов социальной защиты указанных регионов с органами исполнительной власти (ОИВ) субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения в рамках реализации региональных программ является включение ОИВ в качестве соисполнителя программ.

Между тем, по данным опросов, проведенных среди пожилых за последние 10 лет, 8% лиц старше 60 лет самостоятельно не выходят из квартиры, особенно в холодное время года, 8% не могут без чужой помощи помыться, постричь ногти, 58% пенсионеров оценивают свое здоровье как плохое, 10% — как очень плохое, 11% вызывает скорую помощь более 2—3 раз в месяц, 74% постоянно принимают лекарства, 49% нуждаются в зубном протезировании и в подавляющем большинстве своем не согласны получать платные медицинские и социально-бытовые услуги [3].

При этом большинство пожилых ожидают получение социальной помощи от родных и близких [2].

В то же время, в целях повышения доступности лекарственной помощи маломобильным группам граждан, в том числе ветеранам, инвалидам Великой Отечественной войны и вдовам (вдовцам) умерших инвалидов и ветеранов Великой Отечественной войны, органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации проводили и проводят активную работу по адресной доставке лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения.

В 2012—2013 гг. в ходе выполнения социальных программ в субъектах Российской Федерации для оснащения мобильных бригад 639 учреждений социального обслуживания населения приобретено более 660 единиц автотранспорта.

В большинстве субъектов Российской Федерации информирование о предоставлении услуги по доставке пожилым гражданам лекарственных средств на дом и о наличии диспетчерских служб осуществляется:

- непосредственно врачом (фельдшером) при приеме пожилого человека в организации здравоохранения и при посещении врачом больного на дому;
- социальным работником при посещении пожилых людей, состоящих на социальном обслуживании на дому;
- путем использования средств телефонной связи, электронного информирования и электронной техники;
- посредством размещения информации на информационных стендах органов социальной защиты населения по месту жительства, медицинских организаций, аптекных организаций, в многофункциональных центрах предоставления государственных и муниципальных услуг;
- посредством размещения в информационно-телекоммуникационных сетях общего пользования, в том числе на официальных сайтах органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сети Интернет.

Условия для внеочередного обслуживания социальных работников при приобретении лекарств для пожилых людей в аптечных организациях созданы во всех субъектах Российской Федерации.

На этапе оказания специализированной медицинской помощи сформирована система гериатрических стационаров (коек), включающая в себя в 2013 г. 2 241 гериатрическую койку, из них 30 коек расположены в сельской местности [9].

В структуре учреждений, оказывающих медицинскую помощь по специальности «гериатрия», действуют: 3 гериатрические больницы (г. Нижний Новгород, Санкт-Петербург, г. Петропавловск-Камчатский), в некоторых субъектах Российской Федерации созданы клинические и организационно-методические гериатрические центры (Самарская, Кировская, Ульяновская, Оренбургская области и другие), а также 63 госпиталя ветеранов войн на 16 725 коек [9].

Медицинская помощь пожилым, являющимися ветеранами Великой Отечественной войны (ВОВ), и лицам, приравненным к ним по льготам, осуществляется в соответствии с Федеральным законом от

12.01.1995 № 5-ФЗ «О ветеранах» и Приказом Минздрава России от 15.03.1993 № 41 «О состоянии организации стационарного лечения ветеранов войн в госпиталях для инвалидов Отечественной войны» (вместе с «Типовым положением о госпитале для ветеранов войн»).

Стационарная медицинская помощь инвалидам, участникам и ветеранам ВОВ оказывалась в 47 отделениях (на 2 169 коек), из которых 4 отделения находятся в областных, краевых, республиканских больницах, 16 — в городских больницах, 4 — в специализированных больницах, 2 — в больницах сельских районов (ЦРБ, районных), 4 — в психиатрических и психоневрологических больницах.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) оказывалась лицам старше трудоспособного возраста в федеральных медицинских организациях и учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации на общих основаниях за счет средств федерального бюджета.

При анализе доступности медицинской помощи по числу пациентов старше 60 лет и числу проведенных оперативных вмешательств, включенных в перечень высокотехнологичных методов лечения, выявлена четкая тенденция к увеличению числа пациентов старше трудоспособного возраста, получивших ВМП по профилям «Травматология и ортопедия» (эндопротезирование суставов), «Сердечно-сосудистая хирургия» (лечение ишемической болезни сердца).

Формирование системы получения информации о потребностях различных групп пожилых людей в социальной и медицинской помощи, в том числе от самих граждан позволит приблизить эту помощь, сделать ее адресной и комплексной, основанной на межведомственном взаимодействии.

В рамках сформированной трехуровневой системы оказания медицинской помощи наиболее рациональным представляется проработать вопросы взаимодействия социальных и медицинских служб на всех уровнях (этапах).

На этапе оказания первичной медико-санитарной помощи получение информации о потребности в медицинской помощи врачи-терапевты участковые могут и должны получать от социальных работников. В свою очередь, сведения о нуждаемости в уходе и обслуживании на дому в связи с заболеванием (обострением состояния) должны своевременно передаваться медицинскими работниками в социальные службы [5, 7].

Кроме того, эффективным механизмом приближения медико-социальной помощи является формирование совместных выездных (мобильных) бригад и работа медико-социальных отделений.

На участках, на которых размещены стационарные учреждения социального обслуживания населения, должна быть организована доступная медицинская помощь на базе учреждений, для чего целесообразным было бы усиление «участковой службы» дополнительными ставками фельдшера и/или медицинских сестер.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При анализе обоснований региональных программ обращает на себя внимание отсутствие оценки потребности пожилых людей в оказании медико-социальной помощи, а также объективных критериев определения объема и места оказания социальных услуг (в стационарах или на дому) и выбора приоритета вида и формы оказания медицинской помощи.

С 1 января 2015 г. вступает в силу Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», в котором ч. 11 п. 2 статьи 7 к полномочиям Минтруда России отнесено утверждение рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальном сопровождении).

Кроме того, социальное сопровождение в соответствии со статьей 28 указанного Федерального закона должно осуществляться на основе регламента межведомственного взаимодействия, включающего в себя перечень органов власти, виды деятельности, порядок, формы, механизмы межведомственного взаимодействия, порядок информационного обмена, а также порядок осуществления государственного контроля.

Межведомственное взаимодействие в рамках регламента должно способствовать реализации рекомендаций Мадридского плана действий по проблемам старения по разработке долгосрочных мероприятий по вовлечению пожилых людей в процесс создания и укрепления систем первичного и долгосрочного медико-санитарного обслуживания и создать меры стимулирования работы сотрудников систем здравоохранения и социального обеспечения по всестороннему вовлечению пожилых людей в процесс принятия решений, касающихся ухода за ними, изучению их потребностей путем опроса и анкетирования.

Одним из важнейшим фактором при оказании специализированной медицинской помощи по экстренным показаниям является своевременная доставка в стационар и знание медицинскими работниками особенностей течения острых патологий у пожилых. При оказании плановой медицинской помощи в стационаре, в том числе высокотехнологичной, при выписке из стационара медицинские работники должны своевременно пе-

редавать сведения о необходимости в медицинской и социальной реабилитации, проведении мероприятий по медицинскому и общему уходу как в «первичное звено», так и в социальные службы.

Таким образом, основная нагрузка по взаимодействию с социальными службами лежит на враче-терапевте участкового и медицинской сестре участковой, что требует в настоящее время более четко регламентировать работу и обеспечить дополнительную подготовку медицинских работников, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева Е. В. // Качественная клиническая практика. — 2010. — № 1. — С. 36—38.
2. Белоконов О. В. // Успехи геронтологии. — 2005. — № 17. — С. 81—101.
3. Егоров В. В. Районный территориальный гериатрический центр как современная форма организации медико-социальной помощи населению пожилого и старческого возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1996. — 52 с.
4. Новик А. А., Матвеев С. А., Ионова Т. И. // Клиническая медицина. — 2000. — № 2. — С. 10—13.
5. Савинцев Р. В., Корнеев А. А., Иванов В. В. // Российская отоларингология. — № 2 (45). — С. 121—124.
6. Солодухина Д. П., Георгиева Л. Х. // Клиническая геронтология. — 2010. — № 10. — С. 57.
7. Чуднов В. П., Лаврищева Г. А. Планирование и управление процессом реформирования первичной медико-санитарной помощи на муниципальном уровне // Альманах клинической медицины, т. 7, МОНИКИ, 2004. — С. 33—47.
8. Шабалин В. Н. // Альманах клинической медицины. — 2009. — № 21. — С. 12—17.
9. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2012 году. Статистический справочник / Минздрав России. — М., 2013. — 180 с.
10. Mihaila V., Enachescu D., Davila C. // QL News Letter. — 2001. — № 26. — P. 17—18.

Контактная информация

Кононова Ирина Вячеславовна — аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 2, Оренбургская государственная медицинская академия, начальник отдела координации оказания медицинской помощи населению Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации, e-mail: ir-konon@ya.ru