

Возможности использования зарубежного опыта сопровождения полиморбидных пациентов в российском здравоохранении

Е. И. Медведева^{1,2}, С. В. Крошилин^{1,2,3}

¹ ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Россия, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9

² ФГБУН «Институт социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук», 117218, Россия, г. Москва, Нахимовский пр-т, д. 32

³ ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, 390026, Россия, г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9

Аннотация

Резюме. Актуальность исследования связана с положительной к росту тенденцией распространения полиморбидности в последние десятилетия. Наличие двух и более хронических заболеваний вызывает затруднения в проведении эффективного лечения, повышает риск возникновения функциональных ограничений и снижает качество жизни пациентов. В некоторых подгруппах полиморбидных пациентов наблюдаются высокие показатели повторной госпитализации и оказания дорогостоящих медицинских услуг. Необходимо отметить, что организация сопровождения и повышение уровня оказания амбулаторной помощи таким пациентам дают возможность достигать положительных результатов в лечении. В некоторых зарубежных странах подобный опыт имеется, и он может быть реализован в нашей стране.

В статье представлены результаты сравнительного анализа применения различных подходов к организации сопровождения полиморбидных пациентов на примере нескольких стран. На основе данного анализа сделаны авторские предложения по возможной организации Центра медико-социальной помощи полиморбидным пациентам в России. При формировании функциональной структуры Центра необходима четкая координация между различными службами здравоохранения, организациями социальной защиты и реабилитации пациентов с двумя и более хроническими заболеваниями. Большее внимание в России необходимо уделять и разработке программ по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

Предложенные мероприятия позволят получить положительный синергетический эффект и выполнить стратегические задачи: увеличить продолжительность жизни, снизить смертность, повысить трудовую активную жизнь населения.

Ключевые слова: здравоохранение, полиморбидные пациенты, медицинский менеджмент, социально-экономические проблемы, эффективность здравоохранения, зарубежный опыт сопровождения полиморбидных пациентов.

Для цитирования: Медведева, Е. И., Крошилин, С. В. Возможности использования зарубежного опыта сопровождения полиморбидных пациентов в российском здравоохранении // Здоровье мегаполиса. – 2022. – Т. 3. – № 4. – С. 54–65 doi:10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4; 54–65

The possibilities of using foreign experience in the support of polymorbid patients in Russian Healthcare

E.I. Medvedeva^{1,2}, S.V. Kroshilin^{1,2,3}

¹State Budgetary Institution "Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department", 9, Sharikopodshipnikovskaya st., 115088 Moscow, Russian Federation

²Institute of Socio-Economic Studies of Population of Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, 32, Nakhimovsky Ave., 117218, Moscow, Russian Federation

³Ryazan State Medical University named after Academician I.P. Pavlov, 9, Vysokovoltnaya st., 390026, Ryazan, Russian Federation

Abstract

The relevance of the study is related to the positive trend of polymorbidity, which has shown positive dynamics over the past decades and continues to grow. Polymorbidity reduces the quality of life of patients, increases the risk of functional limitations and complicates effective treatment. In some subgroups of polymorbid patients, high rates of re-hospitalization and provision of expensive medical services are observed. It should be noted that the organization of support and improvement of the effective provision of outpatient care to patients with two or more chronic diseases makes it possible to achieve positive results in treatment. In some foreign countries, there is a positive experience in providing a whole range of medical services to polymorbid patients, as well as an integrated approach to the organization of effective medical support. Such an experience with the condition of Russian adaptation can be implemented in our country.

The article presents the results of a comparative analysis of the application of various approaches to the organization of maintenance of polymorbid patients on the example of several countries. Based on the analysis of the activities of various centers and organizations that are engaged in the support of polymorbid patients, author's proposals for the possible organization of a Center for medical and social assistance to these patients are made. When forming the functional structure of the Center, clear coordination between various health services, social protection organizations and rehabilitation of patients with two or more chronic diseases is necessary. More attention in Russia should be paid to the development of health promotion and disease prevention programs.

The proposed measures will allow to obtain a positive synergetic effect and fulfill strategic objectives: to increase life expectancy, reduce mortality, increase the active working life of the population.

Keywords: healthcare, polymorbid patients, medical management, socio-economic problems, healthcare efficiency, foreign experience in supporting polymorbid patients.

For citation: Medvedeva, EI, Kroshilin, SV. The possibilities of using foreign experience in the support of polymorbid patients in Russian Healthcare. *City Healthcare*. 2022;3(4): 54-65 doi: 10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i4; 54-65

Введение

Ежегодно около 40 млн человек в мире умирают от хронических неинфекционных заболеваний. Согласно данным международной и отечественной статистики, среди людей старше 65 лет порядка 2/3 имеют два и более хронических заболевания. В современных реалиях около 70% расходов мирового здравоохранения приходится на 20% пациентов преклонного возраста, которые страдают двумя и/или более хроническими заболеваниями. Они имеют наивысший риск госпитализации, а наличие нескольких хронических заболеваний создает сложность совмещения многопланового лечения. Зачастую протоколы лечения могут противоречить друг другу, и в результате пациент и члены его семьи оказываются перед сложным выбором: какого же плана лечения необходимо придерживаться. Однако эффективный контроль за протеканием хронических болезней, а главное, своевременное выявление обострения позволяют предотвратить значительное количество случаев госпитализации.

В России сегодня отсутствует четкий алгоритм взаимодействия и координации между уровнями здравоохранения при работе с полиморбидными пациентами и различными специалистами и службами. Кроме того, в России, как и в большинстве стран мира, наблюдаются процессы старения населения, а сложность демографической ситуации (снижение естественного прироста населения) заставляет пересматривать границы трудоспособного возраста. Все это приводит к необходимости изучения и адаптации положительного опыта сопровождения полиморбидных пациентов – для повышения качества жизни пациентов, купирования рисков возникновения функциональных ограничений и проведения максимально эффективного лечения. Это позволит снизить показатели повторной госпитализации, повысить эффективность оказания амбулаторной помощи пациентам и достичь положительных результатов в лечении, тем самым положительно скажется на структуре затрат в российском здравоохранении и позволит перенаправить высвободившиеся средства на решение других задач отрасли.

Литературный обзор

Актуальность борьбы с хроническими неинфекционными заболеваниями (далее – ХНИЗ) в России, как и в большинстве других индустриальных стран, вышла на первый план еще в XX веке, тогда как большинство

инфекционных заболеваний стали в той или иной мере «подконтрольны» медицине. В нашей стране с 1990-х годов ситуация стала иметь положительный тренд как с точки зрения роста пожилого населения [1], так и заболеваемости, которые в совокупности предопределены множеством эндогенных и экзогенных факторов: проведением реформ, ухудшением благосостояния, неэффективностью системы профилактики, а также улучшением методов диагностики. По данным исследований, уже в начале 2000 г. на долю ХНИЗ приходилось 96% [2]. Именно в данный период стали наиболее актуальными вопросы организации эффективного сопровождения и лечения пациентов с хроническими заболеваниями [3]. С 2011 г. российские демографы, врачи и специалисты стали уделять больше внимания данной проблеме, и был положен старт началу системной работы в направлении борьбы с хроническими заболеваниями.

Европейская стратегия по борьбе с ХНИЗ сводится к решению двух задач: проведению комплексной работы по устранению или уменьшению факторов риска и по укреплению системы здравоохранения в целях более эффективной профилактики и борьбы с ХНИЗ. Наиболее действенным и доказанным подходом может служить борьба с факторами риска. На популяционном уровне – профилактика, которая является наиболее эффективным вариантом с точки зрения экономической результативности и сроков существенного улучшения здоровья населения. Например, за четверть века Финляндия смогла снизить смертность от ишемической болезни сердца на 73% [4]. Это стало возможным благодаря профилактическим мероприятиям, которые проводились по месту жительства. Аналогичные программы были разработаны и успешно реализованы в Великобритании, Германии, Австралии, США и Канаде. Например, в Канаде шла борьба с артериальной гипертензией. Программа реализовывалась в течение десяти лет и позволила снизить показатель смертности от инфаркта и инсульта до 31% и 36% соответственно только за счет контроля артериального давления у 66% пациентов (с начальных 16%) [4].

Демографические тенденции старения населения сегодня актуальны для большинства стран. В России процессы усугубляются значительным снижением рождаемости. В 2020 г., согласно данным Росстата, смертность увеличилась на 18% (340 тыс. чел.). На данный период естественная убыль населения составляет более 510 тыс. человек. Этот показатель стал рекордным за последние 15 лет. На начало 2021 г. в России проживало 146,24 млн чел.¹ Общая

¹ Демография. Численность и состав населения. Росстат (2022). Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> (дата обращения: 20.04.2022).

тенденция на уменьшение количества смертей за последнее десятилетие имела формат «монотонного сокращения», но с начала 2020 г. естественная убыль населения достигла 688,7 тыс. человек, что в два раза превышает показатель за сопоставимый период 2019 г. (-316,2 тыс. чел.)². В 2021 г. сохранилась негативная тенденция по смертности от коронавируса в России (-390 тыс. чел.).

За последние 15 лет ежегодно в трудоспособный возраст в России вступало 1,3–1,5 млн человек. Выбывало по 2,1–2,5 млн чел. [5]. В ближайшие 10 лет произойдет дальнейшее старение населения [6]. Очевидно, что следствием сокращения трудоспособного населения России стала значительная экономическая нагрузка на каждого работающего, которую, возможно, нивелирует повышение трудоспособного возраста.

Сложная ситуация наблюдается со старением населения в странах, входящих в ОЭСР. В начале 2000-х возрастные когорты 65+ составляли почти 14% от общей численности. Для сравнения, в 1960 г. этот показатель равнялся 8,5% [7]. По самым оптимистичным прогнозам, к середине нынешнего века данная возрастная когорта может составить выше 25,2%, а также значительно преумножится число людей, кому за 85 лет, – данная доля возрастет до 5% [8].

Прогнозы аналитиков ВОЗ³ также неутешительны: по их оценкам, начиная с 2000 г., к 2050 г. численность населения в возрасте 60+ увеличится более чем в 3 раза, что в абсолютных показателях составит почти 2 млрд человек [9]. Аналогичная тенденция характерна почти для всех европейских стран⁴. Причем второй важный показатель – коэффициент рождаемости – в Европе имеет негативный тренд к снижению, а продолжительность жизни у европейцев увеличивается. Этому способствовали последствия демографического взрыва и особенности демографического перехода [1, 10].

Увеличение продолжительности жизни и снижение рождаемости ведет к демографической нагрузке на трудоспособное население, растет число иждивенцев. Это приводит к изменению в экономических и социальных отношениях, а также к значительному увеличению расходов на систему здравоохранения подобных стран [11]. Так, расходы на оказание медицинской помощи для пожилых пациентов могут достигать 50% (например, в Германии) или в лучшем случае

1/3 от всех затрат на медицину. В Великобритании медицинское обслуживание людей и когорты 75+ обходится в 6 раз дороже, чем на человека в возрасте 16–64 лет [12].

Очевидно, что в большинстве случаев состояние здоровья старшего поколения характеризуется высоким уровнем накопленной патологии, чему способствует множество факторов, прежде всего связанных с возрастными изменениями в организме человека и системах жизнедеятельности. Такие люди уже не в полной мере могут соответствовать определению полноценного здоровья, которое предполагает ВОЗ⁵. Согласно научным медицинским исследованиям, уровень заболеваемости у людей преклонного возраста почти в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста – в 6 раз, чем у молодежи. Именно для старшего возраста характерна полиморбидность – сочетание болезней разного генеза, тесно связанных с развитием возрастных процессов [13]. Чем старше возраст, тем выше необходимые объемы медицинской помощи и затраты [14].

Перечисленные проблемы в сфере сопровождения и оказания помощи полиморбидным пациентам в последнее время вызывают особое внимание со стороны научного медицинского сообщества [15]. Работа с такими пациентами началась на основе создания национальных ассоциаций геронтологов и гериатров и крупных геронтологических центров в Европе и Америке [16]. При поддержке ООН стали проводить мероприятия по социальной защите и амбулаторно-поликлинической помощи, организовывать различные формы дневного стационара и помощь на дому, а также применять новейшие технологии телемедицины с элементами самообслуживания полиморбидных пациентов [17, 18].

Особое внимание при организации работы системы здравоохранения в европейских странах с полиморбидными пациентами уделяется профилактике хронических заболеваний, а также возможности осуществления оздоровительно-реабилитационных процедур, санаторно-курортному отдыху и различным программам поддержки людей с несколькими хроническими заболеваниями [19, 20].

В некоторых зарубежных странах имеется положительный опыт работы волонтерских

² Росстат назвал число умерших россиян с COVID-19 в 2020 году. RBC (2022). Available at: <https://www.rbc.ru/economics/08/02/2021/602132e19a7947073f7dd eb5> (дата обращения: 20.04.2022).

³ A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: main report. World Health Organization (WHO). Geneva: WHO (2008). Available at: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-A-Global-Response-to-Elder-Abuse-and-Neglect-Building-Primary-Health-Care-Capacity-to-Deal-with-the-Problem-Worldwide.pdf> (accessed 20 April 2020).

⁴ World Population Ageing: 1950-2050 (2002). Available at: <https://archive.org/details/worldpopulationa2002unse> (accessed 20 April 2020).

⁵ A Global Response to Elder Abuse and Neglect: Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide: main report. World Health Organization (WHO). Geneva: WHO (2008). Available at: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-A-Global-Response-to-Elder-Abuse-and-Neglect-Building-Primary-Health-Care-Capacity-to-Deal-with-the-Problem-Worldwide.pdf> (accessed 20 April 2020).

организаций и различных благотворительных фондов, которые способны обеспечить значительную часть жизненно важных гуманитарных услуг полиморбидным пациентам. При этом они не только помогают оказывать медицинскую помощь пациентам, но и уделяют значительное внимание психологической и социальной реабилитации [21].

Материалы и методы

Основными методами стали кабинетные исследования: изучены нормативно-правовые документы, проанализированы статистические источники, различные аналитические материалы, обзоры, статьи и научная литература – проведен вторичный анализ данных исследований. Также применялись методы социологических исследований: экспертный опрос методом полуструктурированных интервью и метод экспертных оценок.

Источниками информации стали публикации зарубежного и отечественного опыта по вопросам специфики организации работы и сопровождения полиморбидных пациентов; нормативно-правовые акты; ведомственная статистика, касающаяся хронических неинфекционных заболеваний; локальные нормативно-правовые акты медицинских организаций, подведомственных ДЗМ, а также данные социологических исследований. Экспертный опрос проводился 21 апреля 2022 г. в рамках семинара с международным участием «Кадровые аспекты организации сопровождения (курирования) пациентов с двумя и более хроническими заболеваниями».

Результаты

В связи с актуальностью задачи разработки системы эффективного сопровождения полиморбидных пациентов в аспекте повышения качества и увеличения продолжительности их жизни, проведено кабинетное исследование подобного зарубежного опыта в следующих странах: Германии, Израиле, Испании, США, Великобритании, странах Латинской Америки, Республике Беларусь. Остановимся на более рациональных подходах, которые возможно адаптировать для российской системы здравоохранения.

Наиболее интересной и эффективной представляется система здравоохранения в Израиле. Анализ организации и подходов

к оказанию медицинской помощи в данной стране⁶ показал, что работа с полиморбидными пациентами построена с учетом различных вариантов делегирования функционала: предоставления, сопровождения, оценки качества, а также менеджмента услуг системы здравоохранения. В данную систему в настоящее время входит 91 отдел, который в свою очередь включает другие всевозможные подразделения.

Согласно законодательству Израиля, к категории «хронические больные» можно отнести людей, «... здоровье которых соответствует одному из состояний: ежемесячно принимающие поддерживающие дозы одного из лекарств из списка фармакотерапевтических групп лекарств; члены больничных касс, регулярно получающие лечение в связи с определенными заболеваниями (прилагается список); больной, принимающий одно или несколько различных лекарств по рецепту врача в течение не менее полугода подряд». Каждый такой пациент, как и любой другой, может получать различные медицинские услуги согласно «Корзине услуг в сфере здравоохранения», которая в Израиле установлена на законодательном уровне. В нее входят все услуги, лекарства и медицинское оборудование, на получение которых имеют право только застрахованные граждане. Услуги из данной корзины предоставляются пациентам исходя из предписаний персонала медицинских учреждений. Все услуги должны быть надлежащего качества, предоставлены в приемлемые сроки и на оптимальном расстоянии от места жительства застрахованного, медучреждение должно иметь лицензию на предоставление заявленных услуг.

Сама «Корзина услуг» в сфере здравоохранения устанавливается согласно закону о государственном страховании здоровья на основе услуг, которые предоставлялись больничной кассой «Клалит» (от 01.01.1994), а также услуг министерства здравоохранения (от 31.12.1994). После принятия данного закона в «Корзину услуг» добавлены лекарства и медицинские технологии, которые согласуются с Министерством здравоохранения и соответствуют бюджету на текущий год, а также коррелируют с рекомендациями общественной комиссии. Если есть необходимость для предоставления лечения, услуг или лекарств пациенту, которые не были включены в «корзину», то решение принимает комиссия Кнессета по работе, благосостоянию и здравоохранению. Следует отметить, что в Израиле существуют определенные группы населения, которые получают медицинские услуги, находящиеся

⁶ Кто считается хроническим больным? Сайт Министерства здравоохранения Государства Израиль (2022). Available at: <https://www.health.gov.il/Russian/Subjects/RightsInsured/HealthInsuranceLawRights/GviaKupot/Pages/whoisChroni.aspx> (дата обращения: 16.05.2022).

в ведомстве иных органов – Армии обороны Израиля, Ведомства национального страхования, Министерства безопасности, Министерства финансов, Министерства образования.

Пациентами, которые имеют более одного хронического заболевания, занимается отдел реабилитации в Министерстве здравоохранения Израиля, созданный в 2014 г. Основная цель его деятельности заключается в достижении каждым человеком максимального уровня функционирования и жизнедеятельности, продлении качества трудоспособности и минимизации рисков от хронических заболеваний. При необходимости могут подключать и внешние структуры, например привлечь психолога для решения специфических проблем.

В данном отделе есть подразделения по вопросам медицинских комиссий, предоставления протезов и ортезов, приборов для реабилитации и передвижения, электронных вспомогательных приборов. Другие подразделения занимаются вопросами детей и взрослых, страдающих от неврологических, моторных или двигательных нарушений, либо от дискоординации между этими системами, либо от ограничений в функционировании различных органов и систем, а также случаями нарушения работы органов чувств, в особенности зрения и слуха. Отдел не занимается вопросами реабилитации душевнобольных и людей с функциональными нарушениями, развивающимися в процессе старения. Данный подход в Израиле позволяет достичь хороших результатов в сопровождении полиморбидных больных и реализовывать все виды работ наиболее эффективно.

В Великобритании нет отдельной службы, которая занималась бы только сопровождением полиморбидных пациентов. Однако у них есть позитивный опыт внедрения программы комплексного системного ухода за пациентами, относящимися к группе высокого риска возникновения осложнений или экстренной госпитализации. Численность таких пациентов от общего числа составляет пятую часть, но по оценке экспертов, около 70% расходов на здравоохранение в Великобритании⁷ приходится именно на них. В рассматриваемой программе основной упор сделан на удаленное консультирование на основе телемедицинских технологий, которые в последнее время приобретают все большее распространение в развитых странах. Очевидно, что удаленное консультирование имеет ряд недостатков, которые всем хорошо известны: возможность

ошибок при установке диагноза, трудность работы с информационно-коммуникационными технологиями со стороны пожилых пациентов и т. д. В некоторых больницах Королевства удаленная консультация является общепринятой практикой перед личным посещением врача. Как показывает статистика, почти четверть пациентов могут решить свои вопросы без посещения терапевта, для 16% бывает достаточно консультации медсестры [22, 23]. Социологические исследования подтверждают эффективность и качество такого подхода: до 90% пациентов удовлетворены данной системой, а медучреждения фиксируют при этом минимальное количество жалоб [24].

Аналогичная программа удаленного обслуживания пациентов реализуется и в США. В рамках Программы по сопровождению полиморбидных пациентов персонал медицинских организаций имеет оперативный доступ ко всем персональным данным. Это дает возможность врачам осуществлять консультирование средствами телемедицины. Вместе с этим за счет медицинского учреждения один раз в месяц организуется «очный» прием врача. Также пациент обеспечивается транспортом до амбулаторного центра и обратно. Это позволяет гарантировать регулярные осмотры даже тяжелобольных и пациентов с ограниченными возможностями, находящихся в группе высокого риска. Само медицинское учреждение регулирует поток полиморбидных пациентов и повышает эффективность и оптимальность загрузки медицинского персонала. Удовлетворенность пациентов растет за счет снижения времени ожидания приема врача. В целом подход сопровождения в США позволяет снизить количество как повторных госпитализаций, так и экстренных обращений больных [18].

В Германии медико-социальная помощь полиморбидным пациентам оказывается как со стороны государства, так и многочисленными частными организациями на основе обязательного медицинского и социального страхования. Последнее осуществляется в случае долговременного медицинского ухода при хроническом заболевании. Страховать можно и в частных компаниях. Введение государственного страхования для длительного медицинского ухода привело к значительному увеличению спроса на младший медицинский персонал – медсестер и профессиональных сиделок по уходу за больными в амбулаторном секторе [25].

Схожая система сопровождения выстроена во Франции. Однако за сопровождение

⁷ National Health Service of Great Britain (2022). Available at: <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx> (accessed 20 April 2020).

полиморбидных пациентов в большей степени отвечает социальный сектор (если требуется домашний уход). Спрос на услуги по сопровождению таких пациентов, как правило, превышает предложение. Необходимо отметить, что страховые фонды и местные органы власти, отвечающие за социальную поддержку, зачастую плохо согласовывают свои действия [26, 27].

В Беларуси в большей части реализуются мероприятия по сопровождению хронических больных согласно Закону «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь». Организована поддержка территориальными центрами социального обслуживания населения. Имеются определенные подпрограммы к основному закону. В большинстве случаев (за исключением платных медицинских центров) вся помощь людям с хроническими заболеваниями оказывается через центры социального обслуживания населения. Они организуют мероприятия как физической, психологической реабилитации, так и медикаментозной и физиотерапии. Также существует порядок проведения «Школ больных».

Организация работы Территориального центра социального обслуживания населения в Лунине⁸ отражает общие подходы данной работы в Республике Беларусь. Основная цель центра – создание устойчивого повышения уровня и качества жизни полиморбидных пациентов и людей, имеющих инвалидность, а также улучшение эффективности и доступности социальной защиты, базирующейся на государственных социальных гарантиях и стандартах.

Сотрудниками центра ежегодно проводятся: обследования жилищных и материально-бытовых условий проживания полиморбидных пациентов и инвалидов с участием представителей МЧС, РОВД, сельисполкомов. По итогам обследований заявленные проблемы систематизируются по характеру и по территориальному признаку, принимаются меры по их оперативному решению; оказывается содействие в проведении конференций, «круглых столов» представителей общественных объединений инвалидов; организуются «прямые линии» для инвалидов по вопросам социальной защиты и реабилитации лиц с ограниченными возможностями, тематические встречи, собрания, благотворительные акции. Особое место занимает обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации. В целях улучшения качества жизни, социальной интеграции инвалидов в общество, снижения показателей частоты и тяжести инвалидности реализовываются подпрограммы «Предупреждение инвалидности и реабилитации инвалидов».

Оказание социальных услуг гражданам является приоритетным направлением в деятельности центра, который включает 8 отделений: первичного приема; информации, анализа и прогнозирования; социальной помощи на дому; срочного социального обслуживания; социальной адаптации и реабилитации; 2 отделений дневного пребывания; дневного или круглосуточного пребывания для граждан пожилого возраста и/или полиморбидных пациентов. Всем пациентам центра предоставляется необходимый комплекс социальных и медицинских услуг, созданы условия для социальной адаптации и реабилитации граждан как в учреждениях медицинского и социального обслуживания, так и на дому. Одиноким пожилым гражданам, полностью утратившим способность к самообслуживанию, на безвозмездных условиях согласно решению Лунинецкого райисполкома предоставляются услуги сиделки.

Таким образом, можно констатировать, что сопровождение полиморбидных пациентов и инвалидов в Беларуси на примере г. Лунина реализуется сотрудниками Территориального центра социального обслуживания населения. Служба обладает всеми данными о количестве пациентов с хроническими заболеваниями, динамике их заболеваний (перемещением в группы здоровья: I группа, II или III), а также определяет возможные схемы реабилитации (поездки в оздоровительные санатории, выдачу определенных предметов обихода и др.).

Обсуждение и предложения

На основе проведенного исследования зарубежного опыта и результатов опроса российских экспертов можно предложить следующий вариант модели Центра медико-социальной помощи полиморбидным пациентам (далее – Центр). Основной целью организации Центра может стать сопровождение полиморбидных пациентов на протяжении всей жизни с момента обнаружения нескольких хронических заболеваний.

В перечень основных задач Центра должны входить как медицинская, социальная и психологическая диагностика, так и улучшение качества и увеличение продолжительности жизни полиморбидных пациентов без инвалидности.

Последовательность и первоочередность решения комплексных задач в значительной степени зависит от первичного состояния обратившегося в Центр полиморбидного пациента. Необходимо учитывать риски возникновения осложнений хронических заболеваний, а также определить сложность сочетанного лечения при

наличии нескольких хронических заболеваний у пациента. В значительной степени на выбор профилактики и лечения таких пациентов влияет их возраст.

Исходя из целей и задач организации аналогичных центров, можно предложить структурно-функциональную модель его построения. Возглавлять данный Центр может как менеджер с наличием базового медицинского образования, так и человек, прошедший переподготовку по программам медицинского профиля. В подчинении у руководителя Центра могут находиться несколько кураторов (кейс-менеджеров), которые должны выполнять обозначенный функционал и обеспечивать интеграцию между тремя основными составляющими:

- 1) медицинская и профилактическая помощь;
- 2) реабилитационная и профилактическая помощь;
- 3) социально-профилактическая (в т. ч. психологическая) помощь.

Кураторы должны обеспечивать процессы прямой и обратной связи с соответствующими представителями из подразделений медицинских организаций первичного звена; различных социальных служб; общественных (в т. ч. пациентских) организаций, в случае необходимости привлекать волонтерские организации и другие службы.

Для подобной организации деятельности Центра необходимо не только создание эффективной информационно-коммуникационной работы, но и соответствующая информационно-техническая поддержка. В этом случае можно использовать отработанный инструментарий телемедицинских технологий. Также целесообразным является процесс создания общего реестра (базы данных) полиморбидных пациентов, с обязательным указанием перечня хронических заболеваний; проведенных курсов лечения; перечнем мероприятий по повышению трудоспособности пациента и т. п. На каждом этапе должна быть обеспечена четкая информационная поддержка в онлайн-режиме для возможности понимания состояния и тренда ухудшения/улучшения здоровья полиморбидных пациентов.

Выводы

Предложенная авторами модель Центра медико-социальной помощи полиморбидным пациентам, разработанная на основе сравнительного исследования зарубежного опыта сопровождения полиморбидных пациентов с учетом особенностей организации российского здравоохранения, может позволить сконцентрировать и интегрировать в одном месте несколько составляющих.

Во-первых, сосредоточить медицинскую и профилактическую помощь полиморбидным пациентам «в одном окне». Это способствует минимизации времени на ее получение и обеспечивает своевременное лечение на основе эффективного сопровождения. Синергетический эффект может проявляться в том числе за счет выявления заболеваний в ходе диспансеризации и постоянной диагностики на основе применения элементов «домашней» телемедицины и дистанционного биомониторинга. При необходимости через работу одного из кураторов (кейс-менеджера) Центр сможет направлять сопровождаемого полиморбидного пациента в дневной стационар и/или в специализированные медицинские организации.

Во-вторых, Центр сможет обеспечить реабилитационную и профилактическую помощь: организовать патронаж на дому, помощь в подборе соответствующего плана лечения, реабилитации, оздоровления, необходимого санатория, реабилитационного учреждения. Особое направление деятельности – взаимодействие со службой занятости населения для организации эффективной трудовой деятельности пациента и продления его трудоспособности и повышения качества жизни.

В-третьих, вести социально-профилактическую деятельность (в случае необходимости – и оказывать психологическую помощь). Данная работа может быть осуществлена в виде семинаров, курсов лекций, например «школ пациентов» и т. п., которые будут способствовать оздоровлению, профилактике, планированию этапов лечения и реабилитации вне периодов обострения заболеваний. Информационный контакт будет положительно влиять на взаимообмен опытом самих пациентов и их родственников.

Данный подход может быть рациональным решением задачи по сопровождению полиморбидных пациентов, который позволит повысить эффективность медицинской системы российского здравоохранения путем минимизации рисков развития тяжелых форм заболеваний и других медицинских рисков, а также повлиять на социальную, трудовую и экономическую адаптацию пациентов, что в конечном итоге позволит продлить трудоспособный возраст человека.

Заключение

В результате проведенного анализа представлены эффективные и адаптивные практики по организации работы с полиморбидными пациентами в зарубежных странах. Некоторые из них акцентируют внимание

на сопровождении таких пациентов с момента обнаружения заболеваний на протяжении всей жизни. Это позволяет повысить не только качество медицинских услуг и эффективность ресурсов системы здравоохранения, но и в значительной степени изменить качество жизни людей. Предложенный в статье принцип организации и структурно-функциональная модель Центра медико-социальной помощи полиморбидным пациентам позволят решить основные проблемы такого сопровождения в нашей стране.

Наличие у пациента двух и более хронических заболеваний является причиной преждевременной смерти и предопределяет негативный тренд демографических процессов. Отсутствие надлежащего внимания со стороны здравоохранения к сопровождению полиморбидных пациентов, а самое главное – отсутствие единого подхода к комплексному лечению «сразу всех заболеваний» не позволяет эффективно и комплексно оказывать помощь данным больным и/или выбирать реабилитационные учреждения. Системный подход, предложенный авторами, позволит не только купировать медицинские риски для полиморбидных пациентов, но и повысит их социальный и экономический статус на основе улучшения трудоспособности.

Это также позволит решить стратегическую задачу государства по повышению ожидаемой продолжительности жизни россиян. Здоровье и продолжительность жизни – важнейшие характеристики народонаселения, на которые помимо генетики, образа жизни и состояния окружающей среды существенное влияние оказывает эффективная работа системы здравоохранения. Выявление и элиминация факторов, препятствующих увеличению продолжительности жизни населения, в данном случае – отсутствия эффективной системы сопровождения россиян, страдающих двумя и более хроническими заболеваниями, является важной научно-практической задачей.

Проведенное всестороннее исследование медико-социальных аспектов сопровождения полиморбидных пациентов позволяет рассчитывать на поступательное развитие знаний ученых и практиков, занимающихся демографической проблематикой и организацией здравоохранения, в направлении решения задачи повышения качества медицинского обслуживания населения России и эффективности системы здравоохранения в целом.

Участие авторов:

Концепция и дизайн исследования – Аксенова Е. И., Медведева Е. И.

Сбор и обработка материала – Крошилин С. В., Медведева Е. И.

Написание текста – Аксенова Е. И., Медведева Е. И., Крошилин С. В.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Funding: the authors received no financial support for the research.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: the authors declare that there is no conflict of interest.

Литература

1. Римашевская Н. М., Доброхлеб В. Г., Медведева Е. И., Крошилин С. В. Демографический переход – специфика российской модели. *Народонаселение*. 2012; 1(55): 23-32.
2. Кондракова Э. В. Причины смерти пожилых как отражение социального неблагополучия. *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. 2007; 5: 26-27.
3. Стародубов В. И., Медик В. А. Заболеваемость населения // *Общественное здоровье и здравоохранение*. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013: 45-58.
4. Кобякова О. С., Куликов Е. С., Малых Р. Д., Черногорюк Г. Э., Деев И. А., Старовойтова Е. А., Кириллова Н. А., Загрямова Т. А., Балаганская М. А. Стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний: современный взгляд на проблему. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019; 18(4): 92-98. <http://dx.doi.org/10.15829/17288800201949298>
5. Рыбаковский Л. Л., Хасаев Г. Р. Стратегия демографического развития России, понятие и содержание. *Народонаселение*. 2015; 3: 59-60.
6. Доброхлеб В. Г., Медведева Е. И., Крошилин С. В. Новые подходы к моделированию возрастной динамики численности детей и молодежи. *Экономический журнал*. 2014; 3(35): 30-37.
7. Collins C.E., Butler F.R., Gueldner S.H., Palmer M.H. Models for community-based long-term care for the elderly in a changing health system. *Nurs. Outlook*. 1997; Vol.45. 2: 59-63.
8. Lafortune G., Baltstat G. Disability study expert group members. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 PECD countries and the future implications. Paris: OECD; 2005.
9. Addio A.C., Ercole V.V. Trends and determinants of fertility rates in OECD countries: the role of policies. Paris: OECD; 2005.
10. Гринин В. М., Шестемирова Э. И. Демографическое старение в России на

современном этапе. Вестник Российской академии медицинских наук. 2015; 3: 348-354.

11. Anderson G., Hussey P. Comparing health system performance in OECD countries. *Health Affairs*. 2001; 20: 219-232.

12. Black D. The geriatric day hospital. *Age and Ageing*. 2005; Vol. 34. 5: 427-429.

13. Akner G. Geriatric medicine in Sweden: a study of the organization, staffing and care production in 2000-2001. *Age Ageing*. 2004; Vol. 33. 4: 338-341.

14. Wilson D.M., Truman C.D. Evaluating institutionalization by comparing the use of health services before and after admission to a long-term-care facility. *Eval. Health Prof.* 2004; Vol. 27. 3: 219-236.

15. Stranberg-Larsen M., Nielsen M., Vallgarda S., Krasnik A., Vrangbaek K., Mossialos E. Denmark: Health system revive. *Health system in Transition*. 2007; 9(6): 144-164.

16. Burton J.R. The evolution of nursing homes into comprehensive geriatrics centers: a perspective. *Geriatr. Soc.* 1994; Vol. 42. 7: 794-796.

17. Freedman V.A., Aukan Y., Wolf D.A., Marcotte J.F. Disability and home care dynamics among older unvaried Americans. *J. Gerontol. Social Sci.* 2004; Vol. 59B. 1: 25-33.

18. Sturdy D. Electronic support for 21st century care. *Age and Ageing*. 2005; Vol. 34. 5: 421-422.

19. Власова И. А., Губин Г. И. Геронтологический центр – учреждение нового типа в организации охраны здоровья людей старшего поколения. В кн.: Сборник научных трудов Международной конференции «Актуальные проблемы общественного здоровья и здравоохранения в современных условиях». М.; 2003; Выпуск 4: 198-199.

20. Gruenberg E. The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1977; 55: 3-24.

21. Rachel B., Doyle Y., Grandy E., McKee M. What are the possible responses-other measures of the health system in connection with the aging of the population? Analysis of health systems and policies. *World Health Organization on behalf of the European: Observatory on Health Systems and Policies*; 2009.

22. Александрова О. А., Ярашева А. В., Ненахова Ю. С., Подготовка сестринского корпуса для столичных медицинских организаций: проблемы и решения. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020; Т. 28. S: 680-686. DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-680-686.

23. Александрова О. А., Ярашева А. В., Аликперова Н. В., Виноградова К. В., Аксенова Е. И. Способы повышения трудовой мотивации работников медицинских организаций. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории*

медицины. 2020; Т. 28. S2: 1049-1055. DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1049-1055.

24. McKinsey. Understanding patients' needs and risk: a key to a better NHS: *Health Systems and Services Practice*. Designed by VME London Copyright; 2013.

25. Busse R., Riesberg A. Health care systems in transition: Germany: Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.

26. Sandier S., Paris V., Poltron D. Health care systems in transition: France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.

27. Payane K.A., Wilson C.M., Caro J.J., O'Brien J.A. Resource use by dementia patients and caregivers: an international survey of medical and special services and processes of long-term care: *Annals of long-term care*, 1999; 7: 263-276.

References

1. Rimashevskaja N.M., Dobrohleb V.G., Medvedeva E.I., Kroshilin S.V. Demograficheskij perehod – specifika rossijskoj modeli. *Narodonaselenie*. 2012; 1(55): 23-32. (in Russian).

2. Kondrakova Je.V. Prichiny smerti pozhilyh kak otrazhenie social'nogo neblagopoluchija. *Profilaktika zabolevanij i ukreplenie zdorov'ja*. 2007; 5: 26-27. (in Russian).

3. Starodubov V.I., Medik V.A. Zabolevaemost' naselenija // *Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie*. Nacional'noe rukovodstvo. Moscow: GJeOTAR-Media; 2013: 45-58. (in Russian).

4. Kobjakova O. S., Kulikov E. S., Malyh R. D., Chernogorjuk G. Je., Deev I. A., Starovojtova E. A., Kirillova N. A., Zagromova T. A., Balaganskaja M. A. Strategii profilaktiki hronicheskikh neinfekcionnyh zabolevanij: sovremennyj vzgljad na problemu. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika*. 2019; 18(4): 92-98. <http://dx.doi.org/10.15829/172888002019-9298>. (in Russian).

5. Rybakovskij L. L., Hasaev G. R. Strategija demograficheskogo razvitija Rossii, ponjatie i sodержanie. *Narodonaselenie*. 2015; 3: 59-60. (in Russian).

6. Dobrohleb V. G., Medvedeva E. I., Kroshilin S. V. Novye podhody k modelirovaniju vozrastnoj dinamiki chislennosti detej i molodjozhi. *Jekonomicheskij zhurnal*. 2014; 3(35): 30-37. (in Russian).

7. Collins C.E., Butler F.R., Gueldner S.H., Palmer M.H. Models for community-based long-term care for the elderly in a changing health system. *Nurs. Outlook*. 1997; Vol. 45. 2: 59-63.

8. Lafortune G., Baltstat G. Disability study expert group members. Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 PECD

countries and the future implications. Paris: OECD; 2005.

9. Addio A.C., Ercole V.V. Trends and determinants of fertility rates in OECD countries: the role of policies. Paris: OECD; 2005.

10. Grinin V.M., Shestemirova Je.I. Demograficheskoe starenie v Rossii na sovremennom jetape. Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk. 2015; 3: 348-354. (in Russian).

11. Anderson G., Hussey P. Comparing health system performance in OECD countries. Health Affairs. 2001; 20: 219-232.

12. Black D. The geriatric day hospital. Age and Ageing. 2005; Vol. 34. 5: 427-429.

13. Akner G. Geriatric medicine in Sweden: a study of the organisation, staffing and care production in 2000-2001. Age Ageing. 2004; Vol. 33. 4: 338-341.

14. Wilson D.M., Truman C.D. Evaluating institutionalization by comparing the use of health services before and after admission to a long-term-care facility. Eval. Health Prof. 2004; Vol. 27. 3: 219-236.

15. Stranberg-Larsen M., Nielsen M., Vallgarda S., Krasnik A., Vrangbaek K., Mossialos E. Denmark: Health system revive. Health system in Transition. 2007; 9(6): 144-164.

16. Burton J.R. The evolution of nursing homes into comprehensive geriatrics centers: a perspective. Geriatr. Soc. 1994; Vol. 42. 7: 794-796.

17. Freedman V.A., Aukan Y., Wolf D.A., Marcotte J.F. Disability and home care dynamics among older unvaried Americans. J. Gerontol. Social Sei. 2004; Vol. 59B. 1: 25-33.

18. Sturdy D. Electronic support for 21st century care. Age and Ageing. 2005; Vol. 34. 5: 421-422.

19. Vlasova I.A., Gubin G.I. Gerontologicheskij centr – uchrezhdenie novogo tipa v organizacii ohrany zdorov'ja ljudej starshego pokolenija. V kn.: Sbornik nauchnyh trudov Mezhdunarodnoj konferencii «Aktual'nye problemy obshhestvennogo zdorov'ja i zdavoohranenija v sovremennyh uslovijah». Moscow; 2003; Vol. 4: 198-199. (in Russian).

20. Gruenberg E. The failures of success. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1977; 55: 3-24.

21. Rachel B., Doyle Y., Grandy E., McKee M. What are the possible responses-other measures of the health system in connection with the aging of the population? Analysis of health systems and policies. World Health Organization on behalf of the European: Observatory on Health Systems and Policies; 2009.

22. Aleksandrova O.A., Jarasheva A.V., Nenahova Ju.S. Podgotovka sestrinskogo korpusa dlja stolichnyh medicinskih organizacij: problemy i reshenija. Problemy social'noj gigieny, zdavoohranenija i istorii mediciny. 2020; T. 28. S: 680-686. DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-s1-680-686. (in Russian).

23. Aleksandrova O.A., Jarasheva A.V., Alikperova N.V., Vinogradova K.V., Aksenova E.I. Sposoby

povyshenija trudovoj motivacii rabotnikov medicinskih organizacij. Problemy social'noj gigieny, zdavoohranenija i istorii mediciny. 2020; T. 28. S2: 1049-1055. DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1049-1055. (in Russian).

24. McKinsey. Understanding patients' needs and risk: a key to a better NHS: Health Systems and Services Practice. Designed by VME London Copyright; 2013.

25. Busse R., Riesberg A. Health care systems in transition: Germany: Copengagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.

26. Sandier S., Paris V., Poltron D. Health care systems in transition: France. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.

27. Payane K.A., Wilson C.M., Caro J.J., O'Brien J.A. Resource use by dementia patients and caregivers: an international survey of medical and special services and processes of long-term care: Annals of long-term care, 1999; 7: 263-276.

Информация об авторах

Медведева Елена Ильинична – д. э. н., доцент, ведущий научный сотрудник лаборатории исследования поведенческой экономики ФГБУН «Институт социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук», научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <https://orcid.org/0000-0003-4200-1047>

Крошкин Сергей Викторович – к. т. н., доцент кафедры математики, физики и медицинской информатики ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздрава России, старший научный сотрудник ФГБУН «Институт социально-экономических проблем народонаселения Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук», научный сотрудник ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», <https://orcid.org/0000-0002-6070-1234>

Information about authors

Yelena I. Medvedeva – PhD, Associate Professor, Leading Researcher, Laboratory of Behavioral Economics of the Institute of Social and Economic Problems of Population of the Federal Research and Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, Research Fellow of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0003-4200-1047>

Sergey V. Kroshilin – Candidate of Technical Sciences, Associate Professor of the Department of Mathematics, Physics and Medical Informatics of the Ryazan State Medical University named Academician I.P. Pavlov, Senior Researcher of the Institute of Socio-Economic Problems of Population of the Federal Research Sociological Center of the Russian Academy of Sciences, Researcher of the Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management of Moscow Healthcare Department, <https://orcid.org/0000-0002-6070-1234>

Для корреспонденции:

Крошили́н Серге́й Викторович

Correspondence to:

Sergey V. Kroshilin

krosh_sergey@mail.ru