

Стратегия развития клинического питания в амбулаторно-поликлиническом звене: перспективы взаимодействия системы здравоохранения и бизнеса

Зубрицкий Владислав Феликсович – заведующий кафедрой хирургии Института медико-социальных технологий при Московском Государственном университете пищевых производств (МГУПП), д.м.н., профессор,

Козин Сергей Михайлович – врач-реаниматолог Главного Военного клинического госпиталя им. Бурденко (Главный анестезиолог-реаниматолог ВМФ РФ 1992-2007 г.), к.м.н.

Иконников Дмитрий Геннадьевич - профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья Института медико-социальных технологий при Московском Государственном университете пищевых производств (МГУПП), к.т.н.

Пиллюс Елена Викторовна – доцент Финансового университета при Правительстве РФ, Директор по инвестиционной политике АССАГРОС, к.э.н., MBA

Zubritsky, V. – Head of the Surgery Department at the Medical and Social Technologies Institute at Moscow State University of Food Production.

Kozin, S. – PhD in Medical science, intensive care doctor of Burdenko Main Military Clinic Hospital (Head Doctor of Anesthesiology and Intensive Care Department at the Russian Navy, 1992 – 2007)

Ikonnikov, D. – PhD in Technical science, Professor of Healthcare Organization and Public Health Department at the Medical and Social Technologies Institute at Moscow State University of Food Production.

Pilyus, E. – PhD in Economics, MBA in Financial Management, Associate Professor in Financial University under the Government of the Russian Federation, Director of the Investment Policy Department at Agricultural Sector Industry Unions Association.

E-Mail: pilevi@mail.ru

Аннотация.

Статья посвящена исследованию проблем организации и финансирования клинического питания в амбулаторно-поликлиническом звене: приводится обзор опыта решения этой задачи зарубежными организациями здравоохранения, доказывається необходимость и важность организованного обеспечения пациентов клиническим питанием, предлагаются пути реализации модели государственно-частного партнерства в решении вопросов развития системы клинического питания и выделены основные задачи, которые необходимо решить с помощью указанной модели для достижения существенного прогресса в развитии системы обеспечения пациентов клиническим питанием.

Ключевые слова: клиническое питание, клиническое питание в амбулаторно-поликлиническом звене, государственно-частное партнерство, Министерство труда и социальной защиты, домашняя нутритивная поддержка, энтеральное питание, парэнтеральное питание, взаимодействие системы здравоохранения и бизнеса

STRATEGY OF CLINICAL NUTRITION DEVELOPMENT IN AMBULATORY AND POLYCLINIC ENVIRONMENT: PERSPECTIVES OF COOPERATION BETWEEN PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM AND PRIVATE BUSINESS.**Abstract**

This research is devoted to problems of organization and financing clinical nutrition system in ambulatory and polyclinic environment. First, an overview of foreign solutions is provided, including such contributors as state healthcare organizations and private investors. Second, an importance and necessity of solid clinical nutrition system existence is proved. Third, channels of public-private partnership model implementation are investigated and evaluated; moreover, the main objectives are set: these are to be solved using the public-private partnership model in order to achieve substantial progress in the clinical nutrition system development.

Keywords: clinical nutrition, clinical nutrition in ambulatory and polyclinic environment, public-private partnership, the Ministry for Labour and Social Protection, home nutrition, enteral nutrition, paraenteral nutrition, cooperation of private business and public healthcare system.

Питание охватывает совокупность жизненно необходимых процессов поступления в организм субстратов энергетической и пластической основы для обеспечения жизнедеятельности организма и здоровых, и особенно больных людей.

По данным Комитета экспертов по питанию Совета Европы, проблемы недостаточности питания, связанные с болезнью, в той или иной степени затрагивают 15% населения, причем половина из них получают лечебное питание вне стационара. Особенно проблема недостаточности и качества питания актуальна для людей пожилого и старческого возраста.

Так, проведенное в конце 90-х гг. 20 века в Европе скрининговое исследование SENECA (Европейское обследование питания пожилых людей: согласованные действия) показало, что у здоровых пожилых людей нарушения питания возникают не чаще, чем в основной популяции (5—12%), однако недостаточность питания выявляется у 10—38% больных пожилого и старческого возраста, которые лечатся на дому, и у 25—65% пациентов, находящихся на стационарном лечении.

Существенным отличием питания больных людей, проводимого вне стен стационара (так называемого домашнего питания), является необходимость учета степени социальной адаптации, качества жизни и эстетических потребностей, часто кардинально отличных от условий в медицинских стационарах и социальных учреждениях.

Кроме этого, необходимо понимать, что дома больной человек, нуждающийся в лечебном питании, окружен родственниками, друзьями, воспринимающими питание как акт заботы о пациенте. Это обстоятельство определяет необходимость формирования дополнительного информационного пространства в рамках указанной социальной группы. Все это, в том числе формирование мотивации больного к продолжению лечебной программы на дому, создает дополнительные трудности в решении задач клинического питания.

В настоящее время проблему домашнего лечебного питания следует рассматривать с учетом двух концепций:

Во-первых, лечебное питание в домашних условиях – это продолжение программы стационарного лечения. С этой точки зрения на первый план выступает вопрос преемственности стационарного и амбулаторно-поликлинического этапов. В этом случае домашнее лечебное питание должно рассматриваться как

высокотехнологичный метод лечения, требующий соответствующих подходов к контролю и мониторингу за его проведением.

Во-вторых, данный тип питания для некоторых групп населения – это существенный компонент жизнедеятельности. Оно определяет выживаемость людей пожилого и старческого возраста, недееспособных пациентов, больных с расстройствами ментального статуса, детей с генетическими дефектами и т.д. С этой точки зрения домашнее лечебное питание должно находиться под контролем, в том числе и социальных институтов.

К наиболее общим критериям назначения домашней нутритивной поддержки, по данным Комитета экспертов по питанию Совета Европы, относятся следующие:

- диагностированный недостаток питания, базирующийся на следующих клинических признаках: снижение массы тела пациента более чем на 10% за 1 месяц или на 15% за 6 месяцев, индекс массы тела менее 18, содержание сывороточного альбумина менее 30 г/л;
- пожилые одинокие люди, нуждающиеся в постоянной посторонней помощи;
- люди, имеющие высокий риск дефицита потребления микронутриентов (витамины, селен, кальций, цинк);
- случаи недостаточности питания, связанные с нарушением возможности перорального (через рот) приема пищи, расстройствами глотания, депрессией, деменцией, хроническими заболеваниями внутренних органов, наличием особых медикаментозных, психологических или социальных факторов (онкологические пациенты, больные с наследственными нарушениями обмена и т.д.);
- когда пациент не сможет самостоятельно принимать пищу более недели или по какой-либо причине ежедневный прием пищи в течение 10 суток будет составлять менее 60% необходимого ему количества энергии.

Таким образом, без решения проблемы полноценного лечебного питания в амбулаторно-поликлинических условиях говорить об адекватности и эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий нецелесообразно.

Необходимо принимать во внимание, что проведение домашнего лечебного питания может принимать форму высокотехнологичной медицинской помощи и определять качество жизни получающего его пациента. Оно стало обычным в наиболее развитых странах вследствие относительно низкой стоимости – она существенно ниже, чем его организация в стационарных условиях, и при этом обеспечивает повышение качества жизни пациентов, близость их к семье и сохранение почти нормального уровня социальной жизни. Затраты на его проведение при этом покрываются национальными бюджетами здравоохранения или страховыми компаниями. При организации такого питания по возможности стараются сохранить пероральный путь приема пищи. Если это невозможно, то переходят на энтеральный (зондовый) способ введения необходимых нутриентов.

Согласно международным стандартам, через месяц использования назогастральных зондов, их заменяют на гастростомы. В случае неадекватности этих путей проведения нутритивной поддержки необходим переход к парэнтеральному (через сосуды) питанию.

Каким же образом организовано лечебное домашнее питание у нас в стране?

Среди основных задач, стоящих перед Министерством труда и социальной защиты (далее – Минтруд) перечислены следующие:

- модернизация системы социальных гарантий и социальной поддержки граждан;
- внедрение современных механизмов реабилитации инвалидов, содействующих их возвращению к трудовой жизни;
- создание для инвалидов доступной среды жизнедеятельности;
- полное обеспечение инвалидов современными техническими средствами технической реабилитации.

В документах МСЭ (медико-социальной экспертизы) говорится, что технические средства реабилитации (ТСР) определяются в соответствии со ст. 10, 11 Федерального закона от 25 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (в редакции от 22 августа 2004 года), где государство гарантирует инвалидам за счет средств федерального бюджета проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем, утверждаемым Правительством Российской Федерации.

В этой связи интересен приказ Минтруда от 24 мая 2013 года № 214н «Об утверждении [классификации технических средств реабилитации \(изделий\) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 года № 2347-р](#)» (с изменениями на 18 июля 2016 года), в котором перечислены, например, системы для нефростомии, нефростомы, колостомы, катетеры уретральные, для эпицистостомы, памперсы, разовые салфетки, противоположные системы и т.д. Но ни слова о назогастральных зондах для питания, гастростомах, контейнерах для искусственных питательных смесей, шприцах Жане для введения питательных смесей и т.д. Не решен и вопрос обеспечения средствами парэнтерального и энтерального питания.

Такое положение дел вызывает недоумение, т.к. рассчитывать на успешность реабилитационных мероприятий можно только при условии адекватного питания пациентов. В этих условиях сами пациенты, их родственники вынуждены самостоятельно решать данные проблемы исключительно за счет собственных средств и возможностей. Это становится часто серьезной нагрузкой на больных и их семьи – в том числе и потому, что, по данным проведенных социологических исследований:

во-первых, у большей части населения России нет сбережений, хотя бы в виде банковского вклада, превышающего хотя бы годовой доход;

во-вторых, зарплата людей, возраст которых от 45 до 55 лет, снижается на 15–20%. И если пик заработков в развитых странах приходится на 45–59 лет, то в России – на 25–44 года..

Таким образом, россияне вступают в пожилой возраст, не имея защиты в виде «подушки безопасности», которую могли бы накопить за время своей трудовой деятельности. Проблема в том, что люди начинают терять в заработке задолго до выхода на пенсию, к такому выводу пришли специалисты Высшей школы экономики, проведя исследование.

И многим из выходящих на пенсию наших сограждан приходится сталкиваться с проблемами не только персональными, но и пожилых или недееспособных или больных членов своей семьи, и время приближения семьи к уровню бедности, к сожалению, в таких ситуациях неуклонно сокращается.

Кроме этих факторов, формирование ИПР (индивидуальной программы реабилитации) при определении нуждаемости инвалида в ТСР (технических средств реабилитации) в настоящее время сопряжено с определенными трудностями, связанными с недостаточно развитой нормативной базой.

В настоящее время не утверждены порядок разработки и реализации ИПР, медицинские показания к обеспечению инвалидов ТСР, номенклатура средств, относящихся к Федеральному перечню.

Если к этому добавить, что в амбулаторно-поликлиническом звене практически отсутствуют подготовленные специалисты по лечебному домашнему питанию, то становится понятным, что данная проблема у нас практически не решается.

В большинстве европейских стран, несмотря на некоторые различия, программы клинического питания поддерживаются на государственном уровне и покрывают расходы пациентов на такое питание частично или полностью, а также многие из перечисленных проблем находят пути решения в использовании различных возможностей – начиная с привлечения внебюджетных средств и использования более эффективных подходов, не свойственных государственным и бюджетным структурам. Это и механизмы ГЧП (государственно-частного партнерства), формирование культуры, связанной с социальной ответственностью бизнеса, социальными инвестициями, прозрачным и эффективным использованием средств специальных благотворительных фондов и средств некоммерческих организаций.

Кроме того, нужно отметить, что государственно-частное партнерство – это действительно институциональный способ преобразования сфер деятельности, традиционно относящихся к ведению власти, но при этом используемые при сотрудничестве инструменты не выводят их полностью за рамки госрегулирования: власть несет ответственность перед обществом за непрерывное поступление публичных благ с целью сохранения некоторых отраслей в госсобственности. Но при этом частные коммерческие структуры отличаются высокой мобильностью, эффективностью эксплуатации ресурсов и склонны к внедрению инноваций. Государственно-частное партнерство – это способ использования преимуществ обоих видов собственности без глубоких перемен в обществе.

Каковы должны быть направления решения проблемы организации лечебного домашнего питания?

Во-первых, исходя из порядка поэтапного предоставления технических средств реабилитации (ТСР),

Первый этап – обращение к врачу поликлиники по месту жительства для получения направления в Бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ).

Второй этап – обращение в БМСЭ для разработки индивидуальной программы реабилитации (ИПР).

Третий этап – подача заявления в региональное отделение Фонда социального страхования для постановки на учет по обеспечению ТСР и получения направления для получения рекомендованных изделий.

На первых двух этапах должны быть специалисты, подготовленные по вопросам лечебного домашнего питания.

Во-вторых, в классификацию технических средств реабилитации (изделий) должны быть включены средства доставки энтерального и парэнтерального питания. Отдельного решения требует вопрос обеспечения искусственными питательными смесями и средствами парэнтерального питания.

В-третьих, для обеспечения системного подхода в решении данной задачи, должно быть налажено взаимодействие стационарного и поликлинического этапов по проблеме клинического питания.

В-четвертых – активное использование механизмов ГЧП. Проекты ГЧП могут быть успешными при наличии ряда факторов, а именно: государственная поддержка, развитая законодательная база, структура для

реализации проектов, □ оптимальное соотношение цены и качества услуг, □ распределение рисков по проектам между партнерами, одним из которых является государство.

В этом контексте в первую очередь актуальными могут быть:

- образовательные проекты – есть острая необходимость проработки системы подготовки кадров для работы в обсуждаемых направлениях: в системе специализированной и качественной социальной помощи, организации лечебного питания в амбулаторных и домашних условиях (в настоящее время какие-либо профессиональные компетенции в данной сфере вообще отсутствуют);

- создание современной индустрии лечебного питания в контексте «Индустрия 4.0», включая специализированное для разных типов его приема (в настоящее время индустрия спортивного питания и корма для животных развиты намного успешнее, чем лечебное питание), в том числе с возможностью получения государственной поддержки, предоставления налоговых преференций, использования различных инструментов субсидирования (как производителей, так и потребителей).

В-пятых – создание негосударственного сектора социально значимых услуг и системы социального обслуживания населения в рамках различных форм ГЧП наряду с возможным переводом бюджетных подведомственных учреждений социального обслуживания населения, оказывающих услуги пожилым и инвалидам, в форму автономных некоммерческих организаций и создание механизма привлечения их на конкурсной основе к выполнению государственного заказа по оказанию социальных услуг, что позволит не только насытить рынок социально значимых услуг на территориях, но и сформировать конкурентную среду государственным (муниципальным) социальным службам.

В-шестых – использование и внедрение современных IT-технологий для обеспечения доступа пациентов к различным возможностям (пример проектов социального инвестирования) – дистанционных консультаций с лечащими врачами и специалистами по питанию, заказа и доставки специализированного питания, оборудования и инструментов для его приема, в том числе решения проблем, связанных с территориальными особенностями Российской Федерации, ликвидации необходимости личного присутствия для решения множества формальных процедур: выписки рецептов, прохождения комиссий, посещения госучреждений и пр.

Список литературы

1. *Regional Committee for Europe*, 2014 – European Food and Nutrition Action Plan 2015-2020, URL:http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf
2. *Hebuterne X. et al*, 2003 – Home enteral nutrition in adults: a European multicentre survey / Clin Nutr. 2003 Jun;22(3):261-6
3. *World Health Organisation Regional Office for Europe*, 2006 - Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region.
4. Decree of Ministry for Labour and Social Protection №214-n from 24.05.2013 – “Acknowledgement of rehabilitative technical means’ classification within the federal list of rehabilitative activities, technical means of rehabilitation and services, provided to handicapped citizen, approved by Government directive №2341-r from 30.12.2005”