

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования «Национальный исследовательский Нижегородский
государственный университет им. Н.И. Лобачевского»

На правах рукописи

Королев Максим Александрович

**УПРАВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
ПОМОЩИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ
НАСЕЛЕНИЯ В ГОРОДЕ МОСКВЕ**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата социологических
наук по специальности 22.00.08 – Социология управления

Научный руководитель:
доктор социологических наук
профессор
Ростовская Тамара Керимовна

Научный консультант:
доктор медицинских наук
профессор
член-корреспондент РАО
Мартыненко Александр Владимирович

Нижний Новгород

2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ	19
1.1. Социологический анализ развития медико-социальной работы	19
1.2. Основные направления организации медико-социальной работы в учреждениях социальной защиты населения	38
ГЛАВА 2. НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ В ГОРОДЕ МОСКВЕ.....	70
2.1. Анализ предоставления социально-медицинских услуг населению в учреждениях социальной защиты в городе Москве.....	70
2.2. Модель управления службой медико-социальной помощи в учреждениях социальной защиты населения	94
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	115
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	125
Приложение 1	141
Приложение 2	147
Приложение 3	151

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Для снижения противоречивых эффектов социально-экономического развития страны на современном этапе становится необходимым внедрение новой междисциплинарной профессиональной деятельности профилактического, лечебно-диагностического, психологического, реабилитационного и социально-правового характера, адекватных форм, методов и технологий медико-социальной работы, способствующих сохранению, восстановлению и укреплению здоровья населения.

Инструментом реализации комплексной социальной политики страны, направленной на повышение качества жизни людей, может быть интеграция медицинской помощи и социальной работы на основе системы медико-социальной помощи населению.

Ухудшение здоровья населения, рост количества лиц пожилого и старческого возраста, новые вызовы, связанные с распространением коронавирусной инфекции COVID-19, и многие другие причины диктуют необходимость поиска путей повышения качества оказания медико-социальной помощи и предоставления социально-медицинских услуг гражданам, в частности управление организацией системой медико-социальной помощи населению.

Обратим внимание на то, что медико-социальная работа в нашей стране была заявлена еще в девяностых годах прошлого века как особое направление профессиональной социальной работы¹. В этот же период была разработана концепция отечественной медико-социальной работы. На основе потребностей населения цель медико-социальной службы была определена как достижение максимального возможного уровня адаптации,

¹ Мартыненко А. В., Воробцова Е. С. Вопросы институционализации медико-социальной работы в Российской Федерации //Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. – 2019. – С. 155.

функционирования и здоровья лиц с психическими и физическими патологиями, а также социальным неблагополучием. Однако с тех пор были предложены лишь единичные методологические подходы становления этого социального института.

Отметим, что вопросы управления организацией медико-социальной помощи приобретает все большее значение в контексте старения населения и увеличения числа людей, нуждающихся в поддержке из-за снижения самообеспеченности и потребности в медицинском обслуживании¹.

Современная медико-демографическая ситуация в мире и России характеризуется прогрессирующим старением населения². Современная медико-демографическая ситуация характеризуется прогрессирующим старением населения. Средний возраст населения России в 2010 г. составлял 37,9 года; средний возраст жителей России на начало 2020 г. - 40,2 года; к 2025 г. этот показатель достигнет 45 лет. Между тем, в 2019 г. в Российской Федерации из 146,7 млн человек каждый четвертый находился в возрасте старше трудоспособного (36,6 млн человек), что составляет 25% населения страны. Прогнозируемая численность населения старше трудоспособного возраста к 2024 г. увеличится до 40,8 млн человек (27,6%).³ Рост стареющего населения, вероятно, станет тяжелым бременем для систем здравоохранения и социальной помощи⁴, так как это сопровождается и прогнозом роста медико-социального бремени хронических неизлечимых болезней – злокачественных новообразований, сердечной и дыхательной недостаточности, цереброваскулярных и нейродегенеративных заболеваний, патологии опорно-двигательного аппарата и т.д. Все эти состояния и заболевания характеризуются, помимо медицинских, крайне болезненными,

¹ Шестакова Е. Е. Стареещее общество: в поисках оптимальной модели долгосрочного обслуживания // Вестник Института экономики РАН. 2017. № 4. С.45-59

² Черешнев В. А., Чистова Е. В. Выявление региональных особенностей старения населения России // Экономический анализ: теория и практика. 2017. Т. 16. № 12 (471). С.2202-2223

³ Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781> <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>.

⁴ Study on Global Ageing and Adult Health-2007/10, Wave 1 URL: <https://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog/68> (дата обращения: 30.03.2021).

психологическими расстройствами и тяжелыми функциональными нарушениями у больных, что также приводит к проблемам их родственников, вызывая сложности их социально-экономического функционирования.

Одним из важнейших механизмов решения вышеуказанных проблем становится внедрение медико-социальной работы как нового вида междисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, способствующего сохранению, восстановлению и укреплению здоровья населения.¹ Социальные работники способны участвовать в оказании медико-социальной помощи населению и предоставлении гражданам социально-медицинских услуг на профессиональном междисциплинарном уровне. Это может позволить перевести аспекты оказания такой помощи на более качественный уровень.

Медико-социальная помощь включает в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными и их семьями². Поэтому такая помощь является многопрофильной и междисциплинарной. В связи с необходимостью предоставления социальных и медицинских услуг на основе интеграции и взаимодействия также возрастает необходимость планирования, координации и мониторинга этих услуг, в том числе с учетом потенциала и ресурсов различных служб. Это может позволить перевести аспекты оказания такой помощи на более качественный уровень.

В связи с этим все большую актуальность приобретает поиск инструментов реализации государственной социальной политики, направленной на интеграцию сфер здравоохранения и социальной защиты с

¹ Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование, 1999. 240 с.

² "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 07.12.2011).

целью улучшения медико-социальной помощи и повышения качества жизни населения.

Как известно, данные официальной отчетности – это один из важнейших источников получения информации, однако, приведенная в них совокупность информации ограничена внесенными в соответствующие отчетные формы сведениями и, следовательно, содержит далеко не весь материал, характеризующий проблему организации службы медико-социальной помощи населению. В связи с этим все большую актуальность приобретает поиск инструментов реализации государственной социальной политики, направленной на интеграцию сфер здравоохранения и социальной защиты с целью улучшения качества предоставляемой медико-социальной помощи и повышения качества жизни населения и очевидна необходимость проведения специальных исследований.

Такие исследования должны носить междисциплинарный характер, используя современные исследования в области социологических и медицинских наук.

Степень научной разработанности проблемы. Научные исследования проблем управления сферой медико-социальной помощи в Российской Федерации представлены в работах В.Ю. Альбицкого¹, А.А. Баранова и В.Ю. Альбицкого, Н.В. Устиновой², А.М. Бекарева³, Е.Ю. Бикметова⁴, Г.С. Жумадильдаевой⁵, М.А. Захаровой⁶, Р.Э. Кесаевой и Ж.Э. Кесаевой⁷, Б.А. Качмазовой⁸, С.С. Меметова и Н.П. Шаркунова, В.В. Ким⁹,

¹ Альбицкий В.Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии: избранные очерки, 2012. – 488 с.

² Баранов А.А. Альбицкий В.Ю. Устинова Н.В. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям, 2013. №3.С.4-6

³ Бекарев А.М. Инвалидизация общества как проблема техноэтики, 2018. С. 796-798

⁴ Бикметов Е. Ю. Культура управления как объект социологического познания, 2014.

⁵ Жумадильдаева Г.С. Организация медико-социальной помощи лицам пенсионного возраста на региональном уровне, 2007. – С.218

⁶ Захарова М.А. Институциональное моделирование как метод познания, прогнозирования и управления медико-социальными проектами, 2009.- 395 с.

⁷ Кесаева Р.Э. Медико-социальная работа с пожилыми / Р. Э. Кесаева, Ж. Э. Кесаева, 2008. -99 с.

⁸ Качмазова Б.А. Теория и практика интеракции социологии медицины и медико-социальной работы, 2008.- 25 с.

⁹ Меметов С.С. Шаркунов Н.П. Ким В.В. Пути совершенствования медико-социальной помощи участникам и ветеранам боевых действий, 2018. №4. С.79-83

Моисеевой К.Е. и Ш.Д Харбедия, М.А. Алексеева¹, И.Н. Мороз и Н.И. Вишнякова, Т.Г. Светлович², Подкорытова А.В.³, С.А. Судьина⁴, Н.В. Эккерта и М.Г. Михайловского⁵.

Среди зарубежных авторов, исследующих особенности медико-социальной помощи, можно выделить Д. Хинан и Д. Биррел⁶, Б. Пайк и Д. Монган⁷, Г. Перман⁸, Х. Робертсон⁹, П.М Вильямс¹⁰.

Отметим, что комплексный многоаспектный анализ, посвященный управлению сферой медико-социальной помощи населению в учреждениях социальной защиты населения, в научной литературе полностью не завершен. Кроме того, большинство вышеуказанных авторов проводило свои исследования до вступления в силу новых нормативных правовых актов последних лет, касающихся управления сферой медико-социальной помощи.

Для совершенствования управления организацией медико-социальной помощи особое значение имеет концепция отечественной медико-социальной работы, разработанная А.В. Мартыненко.

Следует обратить внимание и на то, что медико-социальная работа как профильное направление социальной работы в нашей стране была заявлена еще в середине 1990-х годов, когда А.В. Мартыненко¹¹ была представлена концепция отечественной медико-социальной работы. Исходя из потребностей населения цель медико-социальной работы была

¹ Моисеева К. Е. Харбедия Ш. Д. Алексеев М. А. Некоторые результаты оценки организации медико-социальной помощи инвалидам, 2017. №4. С. 104-111

² Мороз И.Н., Вишняков Н.И., Светлович Т.Г. Об эффективности оказания медико-социальной помощи лицам в возрасте 60 лет и старше, 2014. №8. С.69-71

³ Подкорытов А.В. Научное обоснование стратегии развития медико-социальной помощи и реабилитации лиц пожилого и старческого возраста, 2007.- 43 с.

⁴ Судьин С.А. Психическое здоровье как предмет социологии, 2019. №2. С.49-54

⁵ Эккерт Н.В., Михайловский В.В. Современные проблемы и пути повышения эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней системы кровообращения (на примере Тульской области), 2015. №2. С.78-81

⁶ Heenan D. Birrell D. Organisational integration in health and social care: some reflections on the Northern Ireland experience, 2009

⁷ Pike B. Mongan D. The integration of health and social care services, 2014.

⁸ Perman G. et al. Effectiveness of a health and social care integration programme for home-dwelling frail older persons in Argentina, 2021.

⁹ Robertson H. Integration of health and social care: a review of literature and models implications for Scotland, 2011.

¹⁰ Williams P. M. Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management, 2012.

¹¹ Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование. – М.: Наука, 1999. – 240 с.

сформулирована как достижение максимального возможного уровня здоровья, функционирования и адаптации лиц с физической и психической патологией, а также социальным неблагополучием.

Данная концепция заложила основы развития нового вида деятельности, как важнейшего аспекта обеспечения жизнедеятельности граждан.

Однако дальнейшие системные исследования по становлению данного социального института находим у авторов И.А. Гундарова и В.А. Полесского¹, И.Л. Крома и Т.Н. Ильиной, И.Ю. Новичковой, А.А. Кобловой, Е.А. Черкасовой², В.М. Чижовой и Е.Г. Вершинина³, Ю.Ю. Шурыгиной⁴, Б.В. Эпельмана⁵.

Так, в работе В.М. Чижовой и Е.Г. Вершинина⁶ представлена технология интеграции медицинского и социального подходов, необходимая для предупреждения инвалидности и выработки реабилитационных программ с использованием оккупациональной терапии.

И.А. Гундаров, Е.Г. Пономарева, М.А. Левашова обосновывая необходимость инновационной стратегии профилактической медицины для выхода из демографического кризиса, отмечает роль специалистов по медико-социальной работе.⁷

Проблемы медико-социальной работы с семьей, особенности этой работы с маломобильными гражданами, инвалидами и детьми-инвалидами, в том числе в условиях пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 в

¹ Гундаров И.А., Полесский В.А. Управление индивидуальными резервами здоровья: новая стратегия профилактической медицины, 2014. №1. С.6-10

² Кром И.Л., Новичкова И.Ю., Ильина Т.Н., Коблова А.А., Черкасова Е.А. Социальные параметры стратегий медико-социальной работы при хронических неинфекционных заболеваниях, 2012. №2(7). С. 87-96

³ Чижова В.М., Вершинин Е.Г. Медико-социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями: деятельностный подход, 2009. №1. С.6-9

⁴ Шурыгина Ю.Ю. Практика работы организаций и учреждений реабилитации, социализации и интеграции инвалидов в общество: учебное пособие, 2008. – 283 с.

⁵ Эпельман Б.В. Оптимизация организации медико-социальной помощи в системе мер социальной защиты населения (на примере административного района крупного города), 2011.- 579 с.

⁶ Чижова В.М., Вершинин Е.Г. Медико-социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями: деятельностный подход, 2009, №1. С. 6-9

⁷ Гундаров И.А., Пономарева Е.Г., Левашова М.А. Новая стратегия медико-социальной работы в управлении индивидуальными рисками здоровью, 2021. С.10-18

своих работах рассматривают М.В. Вдовина и Н.Н. Семочкина¹, З.П. Замараева и М.И. Григорьева², Т.К.Ростовская и Д.П. Толмачев, Я.В. Шимановская³, Е.Р. Ярская-Смирнова и В.Н. Ярская-Смирнова⁴.

С учетом вышеизложенного требуют дальнейшего исследования новые подходы к управлению сферой медико-социальной помощи населению, в том числе в системе социальной защиты населения с участием профессиональных социальных работников.

Объект исследования: организация медико-социальной помощи населению.

Предмет исследования: управление организацией медико-социальной помощи населению в учреждениях социальной защиты в городе Москве.

Цель данного исследования – построение модели управления организацией медико-социальной помощи в учреждениях социальной защиты населения.

Задачи исследования:

1. Определить теоретико-методологические основы исследования организации медико-социальной работы.
2. Охарактеризовать структуру учреждений в сфере социальной защиты населения и определить место медико-социальной составляющей в их деятельности.
3. Выявить социальный запрос на необходимость совершенствования существующей системы социальной помощи населению на основе внедрения медико-социального компонента.

¹ Вдовина М.В., Семочкина Н.Н. Поддержка семьи с детьми-инвалидами как приоритетное направление социальной политики, 2020. №3(137). Т.19. С. 103-110

² Замараева З.П., Григорьева М.И. Характерные особенности современной реабилитационной среды инвалидов в российском регионе в период распространения COVID-19, 2021. С.29-32

³ Ростовская Т. К., Толмачев Д. П., Шимановская Я. В. Роль многопоколенной московской семьи в условиях пандемии COVID-19, 2021. С.19-27

⁴ Ярская-Смирнова Е. Р., Ярская-Смирнова В. Н. Маломобильные горожане как получатели и субъекты социальной помощи в период пандемии COVID-19: по данным социологического опроса, 2021. № 63. С. 145-152

4. Выделить элементы медико-социальной службы и их взаимосвязи как основу модели управления организацией медико-социальной помощи в учреждениях социальной защиты населения.
5. Разработать рекомендации для создания профессионального стандарта специалиста по медико-социальной работе в учреждениях социальной защиты населения и образовательного стандарта по медико-социальной работе.

Гипотеза исследования. Предлагаемая авторская модель управления организацией медико-социальной помощи в учреждениях социальной защиты населения, предусматривающая тесное взаимодействие специалистов сфер здравоохранения, социальной защиты населения и образования, позволит повысить доступность медико-социальной помощи населению, качество и комплексность предоставляемых социально-медицинских услуг.

Теоретическая основа исследования определяется системным подходом к изучению целостной картины управления медико-социальной помощью населения с учетом современных вызовов. В частности, взяты за основу теории социального действия Т. Парсонса¹, структурного функционализма Р.К. Мертон², теория системного управления П. Друкера³, теория административного управления А. Файоля⁴, теория социальных структур Я. Щепаньского⁵, базовая модель медико-социальной работы А.В. Мартыненко⁶,

¹ Парсонс Т. О структуре социального действия. — М.: Академический Проект, 2000. — 880 с.

² Мертон Р. К. Явные и латентные функции социальных институтов / Под ред. В. И. Добренькова. — М., 1996 С.379-448

³ Друкер П. Эффективное управление. Экономические задачи и оптимальные решения. - М.: ФаирПресс, 2002. 288 с.

⁴ Файоль А. Общее и промышленное управление // Управление – это наука и искусство / А. Файоль, Г. Эмерсон, Ф. Тейлор, Г. Форд. Москва : Республика, 1992. 352 с.

⁵ Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии / пер. с польск. М.М. Гуренко; под общ. ред. А.М. Румянцева. – М.: Прогресс, 1969. 247 с.

⁶ Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование. – М.: Наука, 1999. – 240 с.

Эмпирическая база диссертационного исследования:

I. Нормативно-правовые акты:

- ФЗ РФ от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан Российской Федерации»;
- ФЗ РФ от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- приказ Минздрава России от 28 июля 1997 г. № 226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи»;
- ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- приказ Минтруда России и Минздрава России от 21 декабря 2017 г. № 861/1036 «Об утверждении методических рекомендаций по организации социального обслуживания и социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи»;
- приказ Минздравсоцразвития России от 01 июня 2007 г. № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях»;
- приказ Минздрава России и Минтруда России от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья».

II. Данные статистических источников:

- ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России о количественных показателях медицинских работников в 2020 г.;
- Данные государственной статистики о медико-демографических аспектах здоровья населения и отдельных социально-демографических групп в 2021 г.

III. Авторские исследования

- Исследование «Особенности деятельности социальных работников при оказании медико-социальной помощи населению» по изучению потребностей предоставляемых социально-медицинских услуг социальными работниками в учреждениях социальной защиты населения (N=150). Опрошены специалисты по социальной работе, предоставляющие социально-медицинские услуги на базе: ГБУ г. Москвы ТЦСО «Мещанский»; ГБУ г. Москвы ТЦСО «Новогиреево»; ГБУ г. Москвы ТЦСО «Жулебино», филиал «Выхино»; ГБУ г. Москвы ПНИ № 12; ГБУ г. Москвы ПНИ № 26; ГБУ г. Москвы Центр социальной помощи семье и детям «Благополучие»; ГБУ г. Москвы Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и Вооруженных Сил. Исследование проведено в 2018-2021 годах.
- Исследование «Вопросы совершенствования медико-социальной помощи в организациях социальной защиты населения» по изучению мнения руководителей учреждений социальной защиты об улучшении медико-социальной помощи населению (N=7). В 2020 году проведен экспертный опрос руководителей сферы социальной защиты города Москвы: заведующие отделениями межрайонных отделений социальной реабилитации, заведующий отделением ТЦСО, заместитель директора по социальным вопросам психоневрологического диспансера, исполняющий обязанности главного врача психоневрологического диспансера, директор ТЦСО.

- Исследование «Об оценке практической значимости модели службы медико-социальной помощи в управлении организацией медико-социальной помощи населению», проведенное в 2022 году методом экспертного интервью (N=2) с участием руководителей учреждений социальной защиты населения. В работе данных учреждений были использованы элементы модели службы медико-социальной помощи населению.

Научная новизна диссертационного исследования:

1. Определены релевантные теоретико-методологические основы исследования организации медико-социальной работы.
2. Охарактеризована структура учреждений в сфере социальной защиты населения и определено место медико-социальной составляющей в их деятельности.
3. Выявлен социальный запрос на необходимость совершенствования существующей системы социальной помощи населению на основе внедрения медико-социального компонента.
4. Выделены элементы и их взаимосвязи как основа модели управления организацией медико-социальной помощи в учреждениях социальной защиты населения.
5. Разработаны рекомендации для создания профессионального стандарта специалиста по медико-социальной работе в учреждениях социальной защиты населения и образовательного стандарта по медико-социальной работе.

Положения, выносимые на защиту:

1. Комплексный характер процесса управления организацией медико-социальной помощи населению в учреждениях социальной защиты обуславливает необходимость конструирования интегральной теоретико-методологической базы диссертационного исследования. Системный характер медико-социальной работы и ее интеграция в существующие

структуры актуализируют обращение к идеям Т. Парсонса; организационно-управленческие и функциональные аспекты внедрения медико-социальной работы в учреждения социальной сферы раскрываются в подходах П. Друкера и А. Файоля; институциональные характеристики социальной защиты как совокупности исторически сложившихся форм взаимодействия ее клиентов и субъектов рассматриваются с позиций концепции Я. Щепаньского; содержательные аспекты теории и практики медико-социальной работы анализируются в рамках подхода А.В. Мартыненко.

2. В системе социальной защиты интегрирующую роль играют комплексные центры социального обслуживания населения, традиционно определяемые как «государственные комплексные учреждения, предназначенные для оказания семьям и отдельным гражданам, попавшим в трудную жизненную ситуацию, помощи в реализации законных прав и интересов и содействия в улучшении их социального и материального положения, а также психологического статуса». Очевидно игнорирование медико-социальных функций, весьма актуальных для целевых групп КСЦОН. Мы можем выделить следующие направления медико-социальной помощи, оказываемой социальными работниками:

- - работа специалистов социальной работы в учреждениях медико-социальной экспертизы;
- - работа в центрах медико-социальной реабилитации инвалидов;
- - работа в специализированных отделениях помощи Центров социального обслуживания населения.

3. В настоящее время сформировался очевидный запрос на специалистов в сфере социально-медицинской работы. Социальные работники постоянно сталкиваются с необходимостью диагностики, устранения или прекращения действия факторов, угрожающих жизни и здоровью их клиентов. Наиболее частыми манипуляциями социально-медицинского характера являются измерение температуры тела,

артериального давления и уровня сахара, проведение внутримышечных или подкожных инъекций, обработка пролежней, наложение повязок при травмах и проведение иммобилизации. Данные манипуляции не предусмотрены должностными обязанностями социальных работников, не имеющих достаточного опыта или специального образования для их выполнения. Сложившаяся практика свидетельствует о необходимости совершенствования системы управления организацией медико-социальной помощи и качественного изменения процессов ее оказания.

4. Основу управления организацией медико-социальной помощи в учреждениях социальной защиты населения составляют комплексные меры межведомственного взаимодействия специалистов сфер социальной защиты населения, здравоохранения и образования, направленные на повышение качества и доступности предоставляемых социально-медицинских услуг в учреждениях социальной защиты населения. Ведущим звеном модели является медико-социальная служба, координирующая работу учреждений здравоохранения и социальной защиты населения и формирующая запрос на подготовку соответствующих специалистов с учетом динамики демографических показателей, социально-экономической ситуации и правового контекста.

5. Ключевым этапом в решении проблемы является наполнение системы социальной защиты специалистами по медико-социальной работе. Для этого необходимы следующие шаги организационно-правового характера. Прежде всего, разработка и принятие профессионального стандарта специалиста по медико-социальной работе. В диссертационном исследовании нами определены цели их деятельности, а также обобщенные и частные трудовые функции, трудовые действия, необходимые умения и знания, связанные с конкретным уровнем квалификации специалиста. Это обуславливает необходимость разработки ФГОС по направлению подготовки «Медико-социальная работа», который станет основой для создания

соответствующих образовательных программ бакалавриата, магистратуры, среднего профессионального и дополнительного образования.

Теоретическая значимость работы. Результаты исследования являются основанием для организации планирования и совершенствования управления организацией медико-социальной помощи населению, направленной на улучшение доступности и качества предоставления гражданам социально-медицинских услуг.

Практическая значимость. Результаты исследования могут быть использованы при разработке профессионального стандарта «Специалист по медико-социальной работе».

Результаты исследования могут быть использованы при разработке образовательного стандарта высшего и среднего профессионального образования «Медико-социальная работа».

Данные работы могут быть использованы в учебном процессе при переподготовке социальных работников, участвующих в оказании медико-социальной помощи населению.

Материалы исследования могут быть использованы для разработки планов развития управления организацией медико-социальной помощи населению на различных уровнях.

Соответствие диссертации Паспорту научной специальности ВАК. Исследование выполнено в рамках специальности 22.00.08 – социология управления: 12. Социальные технологии в системе управления: сущность, формы и особенности; 15. Проблемы эффективности управленческой деятельности.

Достоверность результатов проведенного исследования обеспечивается адекватным подбором теоретико-методологической основы исследования, корректностью методов сбора информации, выбором релевантных способов анализа и обработки информации, сочетанием

качественных и количественных методов социологического исследования, воспроизводимостью эмпирических результатов.

Апробация материалов диссертации.

Результаты исследования были представлены на научных конференциях: Всероссийской научно-практической конференции Федерального научно-исследовательский социологический центр, Институт социально-политических исследований «Государственная молодежная политика: национальные проекты 2019-2024 гг.» (г. Москва, 2020); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Медико-социальная работа: теория технологии образование» (г. Москва, 2021); Международной научно-практической конференции «Динамика социальной среды как фактор развития потребности в новых профессионалах в сфере социальной работы и организации работы с молодежью» (г. Н. Новгород, 2019); XII Общероссийском медицинском конгрессе «Паллиативная медицина в здравоохранении Российской Федерации (г. Москва, 2021); Международной научно-практической онлайн-конференции «Темпоральность социальной заботы: История, современность, перспективы (30 лет социального образования в СГТУ имени Гагарина Ю.А.)» (г. Саратов, 2021).

Результаты исследования и его отдельные положения содержащиеся в диссертационной работе успешно используются в работе учреждения по совершенствованию системы управления медико-социальной помощи ГБУ Дома социального обслуживания «Северное Измайлово» (акт о внедрении № 600 от 31.03.2022).

Результаты исследования и его отдельные положения содержащиеся в диссертационной работе успешно используются в работе учреждения по совершенствованию системы управления медико-социальной помощи ГБУ ТЦСО «Вешняки» ДТСЗН г. Москвы (акт о внедрении № 220 от 13.05.2022).

Выводы и результаты диссертационного исследования нашли свое отражение в 8 публикациях (общий объем составил 5 п.л., авторских – 4,3 п.л.), 4 из которых представлены в научных изданиях рекомендованных ВАК.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, двух глав, включающих 4 параграфа, заключения, списка литературы, двух приложений. Текст диссертации изложен на 153 страницах машинописного текста, иллюстрирован 4 таблицами и 16 рисунками. Список литературы включает 120 источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ

1.1. Социологический анализ развития медико-социальной работы

Кризисные явления в общественно-политической жизни России, отсутствие реальной социальной защиты малообеспеченных, людей с ограниченными возможностями, низкое качество медицинского обслуживания, неудовлетворительная экологическая ситуация влекут за собой ухудшение психосоматического здоровья населения, личностное неблагополучие, чувство незащищенности. Инструментом реализации комплексной социальной политики страны, направленной на повышение качества жизни людей, является интеграция медицинской помощи и социальной работы. Для снижения социального напряжения в обществе необходимо внедрение новой профессиональной междисциплинарной деятельности профилактического, лечебно-диагностического, психологического, реабилитационного и социально-правового характера, адекватных форм, методов и технологий медико-социальной работы, способствующих сохранению, восстановлению и укреплению здоровья населения.

В настоящее время практика медико-социальной работы предполагает несколько направлений деятельности, которые проявляются в широком разнообразии ее применения. Такая ситуация требует исследования сущности медико-социальной работы как важного аспекта профессиональной деятельности медицинских работников, которая имеет целью оптимизировать реализацию субъектной роли людей в процессе удовлетворения потребностей, поддержки и жизнеобеспечения личности.

На основе анализа отечественного опыта становления и развития медико-социальной работы, нынешней демографической ситуации в стране и учета зарубежных теорий, учеными разработана концепция медико-

социальной работы как нового вида мультидисциплинарной профессиональной деятельности.

Медико-социальная работа является новой формой мультидисциплинарной профессиональной деятельности, характеризующейся взаимосвязью медицинской, психолого-педагогической, социально-правовой дисциплин. Целью данной работы является восстановление, сохранение и улучшение здоровья населения. Общее представление о медико-социальной работе, а также базовая ее модель в отечественной науке детально описаны доктором медицинских наук, профессором А.В. Мартыненко¹. Автор считает, что медико-социальная работа одновременно является и элементом социальной работы, целью которой выступает защита и сохранение физического и психического здоровья граждан, и формой деятельности, направленной на достижение «социального благополучия»².

Выступая формой мультидисциплинарной деятельности, медико-социальная работа достигает своих целей с помощью средств и методов, используемых в иных дисциплинах, таких как педагогика, психология, право и др.

Организация медико-социальной помощи индивидуальна для каждого случая и зависит от определенного вида патологии. В то же время на передний план выходят средства и методы, используемые в здравоохранении и социальной защите, среди которых отметим следующие:

- здравоохранения (реабилитационные, психотерапевтические).
- социальной защиты населения (социальное консультирование, социальные пособия, социальное обслуживание в стационарных учреждениях, организация дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания).

¹ Мартыненко А.В. Основные положения концепции медико-социальной работы в Российской Федерации // Медико-социальная работа с различными категориями населения: материалы межд. науч.-практ. конф. (Орел, 19-20 мая 2005 г.). – Орел, 2006. – С. 12-17.

² Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование. – М.: Наука, 1999. – 240 с.

Здесь наблюдаются определенные отношения субординации между такими дисциплинами, как социология, социология медицины и социальная работа. Социология при этом выступает сложившейся фундаментальной наукой, которая аранжирована системой прикладного знания. Социология медицины включена в группу теорий среднего уровня и тоже признана наукой¹. Что касается теории медико-социальной работы, то она лишь недавно перешла от системы тематических эмпирических обобщений в научную дисциплину. В настоящее время отдельной наукой она не считается, поскольку ее объект определяется предметом теории социальной работы, а также социологии медицины. При этом отношения субординации проявляются и там, и там.

С целью определения логичного плана методологической детерминации в рамках теории медико-социальной работы, следует, прежде всего, обратиться к социологии, являющейся фундаментальной наукой. Учитывая то, что отечественная медико-социальная работа выступает теоретической дисциплиной лишь в последние годы, она включает множество заимствований из западных источников. Таким образом, определяемая нами связь должна ассоциироваться со структурами как западной, так и отечественной социологии, а также социологии социальной сферы и социологии медицины.

Г.И. Осадчая на основе анализа собственных исследований формулирует вывод, касающийся наличия определенной стабильной взаимосвязи методологии с методикой и техникой, согласно которым проводится исследование социальной сферы с ее социологической теорией, отражающей сложную систему процесса воспроизведения социальных субъектов, включая их индивидуальные способности, потребности и интересы².

¹ Гасанов М. Социальная сфера как приоритет развития // Экономист. – 2012. – № 9. – С.78-82

² Осадчая Г.И. Социология социальной сферы. – М.: Академический проект, 2003. – 334 с.

Социология социальной сферы направлена на теоретическое обеспечение эмпирических исследований общественных взаимоотношений и процессов. Кроме того, социология социальной сферы играет важнейшую роль в информационно-аналитическом обеспечении регулирования социальной областью и ее инфраструктурой. Таким образом, специфика исследования социальной сферы определяется одним из самых главных принципов – междисциплинарностью.

Междисциплинарный подход, имеющий большое значение и для развития социологии медицины, применяется с позиций общей теории систем, синергетики, герменевтики, которые находят широкое применение при решении исследовательских задач в различных областях. В частности, синергетический подход предполагает учет некоторой непредсказуемости развития общества, а также уровня его организованности, управляемости, информационного обеспечения и обмена как открытой, самоорганизующейся системы, взаимодействующей с внешней средой.

В то же время общественная практика нуждается в изучении процессов социальной безопасности населения, а также социальной защиты депривированных граждан. Кроме того, существует необходимость мониторинга состояния социальной инфраструктуры в качестве материального базиса социальной сферы, что, в свою очередь, актуализирует проблему разработки специальной теории социальной сферы, задачей которой является раскрытие содержания процесса воспроизводства населения в виде теоретико-методологического отражения. При этом она должна быть взаимосвязана с общей теорией социологии и быть направлена на изучение конкретных социальных проблем общества. Согласно Г.И. Осадчей, «сегодня социальный запрос состоит в том, чтобы иметь возможность реально оценивать конкретное состояние каждого субъекта общественной жизни, преодолеть обособленность социологии от осмысления механизмов государственного управления. Именно социологам следует

искать посильные ответы на вопросы о том, как лучше всего определить современность, каковы ее истоки, в чем суть главных перемен и как они воздействуют на современные траектории развития нашего общества. Вместе с тем, самоопределение специальной социологической теории социальной сферы не должно привести к созданию какой-то локализованной области социологического знания, утрачивающей коммуникативный контакт с общей теорией социологии, ее методическим аппаратом»¹.

В рамках социологических теорий проводятся интегративные и междисциплинарные исследования вопросов медико-социальной работы, посредством чего становится возможным определить междисциплинарные особенности объекта, а также более четко отделить предметные сферы разных наук, выделить пограничные зоны. Как отмечает А.В. Мартыненко, «практическое применение социологических подходов к изучению проблем общественного здоровья и здравоохранения и методологии их исследования позволяет проводить медико-социологические исследования по вопросам влияния образа жизни на распространенность заболеваний в различных социальных группах, культуры на представление о болезни, на отношение к болезни, врачу, лечению и т.п.»². Следовательно, результаты социологических исследований подготавливают основу для применения междисциплинарного подхода к изучению проблем болезни и здоровья как состояний индивида и явлений, полностью воплощенных в рамках социокультурного медико-социального портрета человека.

Затрагивая вопрос социальных проблем, которыми являются проблемы общественного здоровья, необходимо определить подходы к их сущности. Так, с точки зрения представителей функционализма (представители – Р. Мертон, Р. Нисбет, Т. Парсонс), социальные проблемы возникают в обществе тогда, когда в нем накапливаются дисфункции (т.е. результаты деятельности

¹ Осадчая Г.И. Социология социальной сферы. – М.: Академический проект, 2003. – 334 с.

² Мартыненко А.В. Теория медико-социальной работы: учебное пособие. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. – 160 с.

людей, нарушающих социальный порядок, подрывают устойчивость социальной системы). Исследование социальных проблем позволяет проникнуть в природу общества: его структуру, систему нормативной регуляции, процессы организации и дезорганизации, образцы конформности и девиантности. Функционалистский подход к рассмотрению социальных проблем заключается в выявлении условий или видов поведения, которые мешают реализации целей общества, препятствуют его нормальному функционированию или приводят социум к неустойчивому состоянию. По Р. Мертону, социальные проблемы существуют объективно, но они могут быть очевидными и скрытыми¹. Первые – осмысливаются, осознаются и возникают в результате результатов деятельности, соответствующих целям, намерениям человека, а о скрытых – лица иногда даже не догадываются, хотя порожденные они теми же функциями личности и результатами ее деятельности, но латентными (не предусмотренными субъектом деятельности, а возникшими вне намерений личности).

Социология медицины добилась определенного прогресса на пути интеграции различных методологий, концепций болезни и здоровья, медицины и здравоохранения; социология медицины входит также в систему социальных наук. Совместно эти науки описывают наиболее важные свойства медико-социальных систем и процессов. Работа в одной и той же предметной области и придает исследованиям междисциплинарную значимость – происходит обмен результатами исследований, методами и теоретическими выводами. При этом в ходе организации и проведения медико-социологических исследований наиболее четко обозначились две отрасли, два направления, осуществляющие альянс социологии и здравоохранения:

– медицина как социальный институт и подсистема социальной системы в целом;

¹ Мертон Р. К. Явные и латентные функции / Под ред. В. И. Добренькова. — М., 1996. С.94.

– использование социологических аспектов при изучении и лечении заболеваний¹.

Таким образом, социология медицины дает возможность концептуально обосновать и спланировать стратегию, виды и методы институционального взаимодействия в области медико-социальной работы.

В связи с тем, что медико-социальная помощь населению проявляется в работе комплекса учреждений, выполняющих различные функции, а учреждения, которые формируют системы, взаимодействуют между собой и характеризуются социальными взаимоотношениями, среди которых следует выделить управленческие отношения, характеризующиеся процессами управления людьми и функционированием рассматриваемых систем², становится все более актуальной необходимость социологического анализа систем управления медико-социальной службы.

Именно посредством управления человек может воздействовать на технологические, экономические и социальные процессы в медико-социальной сфере. Причем, в условиях быстрого роста уровня культурного развития общества совершенствование культуры управления выступает объективной необходимостью, причиной и составляющей ускорения формирования как самостоятельных учреждений, так и социальных систем, а также и, в целом, социума³.

Управление, в понимании того же П. Друкера, выступает как «особый вид деятельности, превращающий неорганизованную толпу в эффективную, целенаправленную и продуктивную группу. Управление как таковое является стимулирующим элементом социальных изменений»⁴.

В таком понимании управление выступает больше как искусство, которому можно научиться не только с помощью соответствующих знаний,

¹ Решетников А.В. Социология медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – с. 410.

² Решетников А.В. Социология медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – с. 517.

³ Бикметов Е. Ю. Культура управления как объект социологического познания // Социологические исследования. 2014. № 9. С. 69-72.

⁴ Друкер П. Эффективное управление. Экономические задачи и оптимальные решения. – М.: ФаирПресс, 2002. С.58

но еще и на основании практического опыта и которое, наконец, требует определенного таланта. с одной стороны, управление можно рассматривать как науку, поскольку она систематически изучает определенные явления, сгруппированные в разнообразии теории и концепции, и стремится на систематизированной основе понять, почему и как люди работают вместе для достижения определенных целей, и для того, чтобы сделать эти системы взаимодействия и сотрудничества более полезны для человечества. Однако следует признать и некоторую ограниченность науки управления, связанную с измерением изучаемых явлений: невозможно, например, объективно измерить реакцию работника на предполагаемый метод работы, или величину и значение факторов внутренней и внешней среды.

С другой стороны, представления о сложном потенциальном взаимодействии окружающей среды и организации (учреждения) заставляют думать о значительной роли в управлении качеств и талантов менеджеров, их оценке сложных управленческих ситуаций, а также приобретенного социального опыта в сфере управленческой деятельности. Другими словами, управление (хотя и отчасти) является искусством. В этой связи теория управления и результаты научных исследований предстают, скорее, как инструмент оценки и понимания сложного мира организаций (учреждений, предприятий и т.п.), помогающий руководителям менеджерам предусматривать вероятный результат управленческих решений, отдавать предпочтение наиболее целесообразным из них, а также избегать ненужных ошибок, осложнений, противоречий и конфликтов.

В то же время для управления медико-социальной работой можно применять те научные подходы, которые более гибко и непрерывно реагируют на всю совокупность изменений внешних и внутренних факторов. Одним из таких подходов есть процессный подход к управлению организацией (предприятием или учреждением).

В процессном подходе, основателем которого справедливо считает А. Файоль, управление рассматривается как серия непрерывных взаимосвязанных действий, то есть как процесс-действие, имеющее начало, конец и продолжительность развития в определенном временном пространстве¹. Эти действия, важные для достижения успеха организации, называются управленческими функциями, каждое из которых состоит из серии взаимосвязанных действий и также рассматривается как процесс, таким образом, процесс управления любой организационной системой может быть определен как интегрированная сумма (результат) всех взаимосвязанных управленческих функций. Общеизвестными в литературе по менеджменту числятся такие функции, как планирование, организация, мотивация и контроль, которые объединены связующими действиями - функциями коммуникации и принятия решений, также включают и такие процессы, как управление и лидерство².

Как видим, процессный подход к управлению любой организацией позволяет через функции реагировать на изменения ситуации, что может быть использовано для управления медико-социальной работой. Но этот подход мало отражает взаимосвязь между элементами управления, изменения в организации в целом и реализации ее цели в связи с изменениями в каком-то одном элементе организации. При этом в настоящее время образуются новые предметы для изучения социологии управления, например, социальное развитие, обозначающее совершенствование социальной системы, т.е. переход от прежнего качественного состояния в новое, что приводит, в свою очередь, к совершенствованию социальных систем.

¹ Файоль А. Общее и промышленное управление // Управление – это наука и искусство / А. Файоль, Г. Эмерсон, Ф. Тейлор, Г. Форд. Москва : Республика, 1992. -182 с.

² Воронина С.Ю. Добровольное медицинское страхование в системе социальной защиты населения // Государственное и муниципальное управление в XXI веке: теория, методология, практика. – 2012. – № 5. – С. 20-24.

Так, в процессе совершенствования здравоохранения формируются и развиваются новые медико-социальные системы. Некоторые такие системы распадаются, иные совершенствуются и включаются в комплексы. Современные общества, характеризующиеся высоким уровнем развития, в большинстве случаев обладают хорошо организованной системой здравоохранения – комплексом отраслей, служб, учреждений, а также совокупности мероприятий медико-социальных систем, целью которых является восстановление здоровья граждан, решение проблем медико-социальной и профилактической стратегий, координации здравоохранения. Содержание, структура и принципы взаимодействия медико-социальных систем способствуют оказанию, а также потреблению услуг, мероприятий, изготовлению различных товаров, технологий, связанных с медициной, которые направлены на удовлетворение потребности общества либо его части в медицинской помощи, профилактике заболеваний и укреплении здоровья.

В рамках медико-социального комплекса происходят кластеризация и образование систем более высокого организационного порядка. Так, например, при внедрении обязательного медицинского страхования образовалась новая медико-социальная система, включающая лечебно-профилактические учреждения, страховые медицинские организации и финансово-кредитные организации (фонды обязательного медицинского страхования).

Вышеописанные задачи должна решать социология, характеризующаяся сложным комплексом объектов исследования. При этом социология управления решает, как нестандартные задачи социального управления, так и общесоциологические задачи, возникающие в связи с управленческим процессом. Таким образом, социология управления призвана исследовать социальные структуры, социальные отношения, социальные институты, социальные потребности, социальный статус, социальные роли,

развитие культуры, социального контроля в социальных управленческих системах, а также социальное управление как специфический тип социального взаимодействия, отражающий целенаправленное обеспечение стабильного социокультурного развития человека, отдельных организационных систем, регионов, общества¹.

Социальное управление направлено на изменение социальных процессов, отрицательно влияющих на общественную жизнь. Поэтому все более актуальным становится понятие «управляемость процессов», которое трактуется как реальная возможность рационального вмешательства в его процессы, некая вероятность воздействия на его движение в нужном для общества направлении². Данный результат может быть получен посредством конструирования и планирования новой общественной реальности, факторов социального развития, благоприятной окружающей общественной среды, формирования общественных организаций, соответствующих новым условиям, развития гражданского общества.

Управление системой медико-социальной работы в качестве вида социального управления понимается как сознательное воздействие на ход организации и формирования медико-социальной помощи, а также поддержки граждан посредством государственных организаций, их управленцев и специалистов³. Кроме того, оно представляет собой систему гибкого активного управления в социуме, целью которого является эффективное регулирование социального положения каждого члена общества с тем, чтобы предоставить ему достойную, цивилизованную жизнь⁴.

Опираясь на результаты исследования сущности и содержания управления в целом, под управлением медико-социальной работой

¹ Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 02.12.2019) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 1995. – № 48. – Ст. 4563.

² Гелих О.Я., Князева Е.Н. Управление и синергетика. – СПб.: Книжный дом, 2014. – 120 с.

³ Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., Куликов О.В., Ким А.В., Муратова М.В., Рослова З.А., Тимакова Н.В., Рубежов А.Л., Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф. Порядок организации работы отделения медико-социальной помощи детской поликлиники // ВСП. 2013. № 4. С.12-16

⁴ Основы социальной работы / отв. ред. П.Д. Павленок. – М.: Инфра-М, 2012. – с.300.

понимается, на наш взгляд, разновидность социального управления, а также деятельность субъектов управления организации эффективного, целенаправленного функционирования и развития всех уровней медико-социальной работы и системы этой работы в целом, направленных на предоставление социальных услуг гражданам в соответствии с целями и задачами социальной политики конкретного общества, а также с учетом тенденций развития медико-социальной работы в мире. В таком понимании управление медико-социальной работой может быть структурировано по определенным иерархическим уровням. Более того, опираясь на позицию предыдущих исследователей, определяющих уровни управления в соответствии с уровнями организационных структур в сфере медико-социальной работы, можно предложить трехуровневую структуру системы менеджмента социальной работы: первый – институциональный уровень, второй – управленческий уровень и третий – технологический уровень управления системой медико-социальной работы.

Далее для целей нашего исследования определенный интерес представляет управление через призму институционального подхода, поскольку ни одно современное общество не может существовать без социальных институтов и институционализации, под которой в самом общем виде понимается процесс образования социального института.

В социологию термин «институт» ввел представитель структурно-функционального подхода Г. Спенсер¹. Несмотря на то, что четкого определения данного понятия им не дано, под социальным институтом автор понимает механизм, форму самоорганизации совместной жизни людей. Возникновение социальных институтов связано с ростом численности популяции (согласно общему закону прирост массы приводит к усложнению структуры и дифференциации функций) и не зависит от сознательных

¹ Спенсер Г. Синтетическая философия Герберта Спенсера. The synthetic philosophy by Herbert Spencer: в сокращенном изложении Говарда Коллинза / пер. с англ. П.В. Мокиевского. – Киев: Ника-центр: Вист-С, 1997. – 510 с.

намерений людей. Главная задача социологии, по мнению Г. Спенсера, заключается в изменении синхронного взаимодействия социальных институтов.

Обзор различных интерпретаций понятия «институт» позволил Я. Щепаньскому прийти к выводу, что «социальные институты... являются системами учреждений, в которых определенные люди, избранные членами групп, получают полномочия выполнять определенные общественные и безличные функции ради удовлетворения существующих индивидуальных и групповых потребностей индивидов и ради регулирования поведения других членов групп»¹.

Каждая группа, которая обладает хотя бы зачатками организации, формирует конкретные варианты поведения от имени группы как целого. Для этого внутри группы может быть избран один представитель, который принимает решения, а также определяет какие-либо действия от имени всех ее участников. Описанный способ определения общего для всех поведения называют безличным, так как данное решение должно быть исполнено всеми членами группы, вне зависимости от их индивидуальных черт и интересов. Член группы, выполняющий эти функции, пользуется поддержкой всей группы или ее решающей части. Я. Щепаньский подчеркивает, что данное положение является существенным элементом любого социального института. Связано это с тем, что любой социальный институт обладает определенной целью деятельности, выполняют определенные функции, а также возлагает на его участников определенные права и обязанности, которые способствуют достижению поставленных перед ними целей. Кроме того, социальный институт имеет в своем распоряжении необходимые для достижения конкретного результата учреждения и средства, среди которых могут быть и материальные, и идеальные, и символические инструменты. Следует отметить, что социальный институт придерживается принятой

¹ Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии / пер. с польск. М.М. Гуренко; под общ. ред. А.М. Румянцев. – М.: Прогресс, 1969. – с. 112.

системы поощрения положительного и санкционирования негативного поведения. Таким образом, социальные институты регулируют поведение тех людей, которые входят в их группу посредством определенных ими стандартов, а также применяют различные санкции в отношении людей, не придерживающихся данных стандартов¹.

Что касается особенностей институционализации совместной деятельности систем здравоохранения, социальной защиты и социального обслуживания населения в современной России. Исследование данного вопроса с теоретико-методологической стороны направлено на изучение социальной потребности в медико-социальной работе в России, и каковы основания для ее институционализации, что на сегодняшний день становится все более актуальным, так как единого понимания социальной защиты как социального института в социологии нет. Соответственно толкование его сущности довольно противоречиво. Более того, несмотря на достаточно бурное развитие системы социальной защиты в России, общественное сознание до сих пор не приняло его как отдельный социальный институт². При этом существование прямой и обратной зависимости медицинской и социальной составляющей жизнедеятельности человека подтверждено многочисленными исследованиями³.

Как отмечает сторонник институционализации в социологии Л.П. Якушев, важнейшим направлением в работе института социальной защиты является решение социальных проблем граждан и удовлетворение их жизненно важных потребностей.

Сходной позиции придерживается экономист В.Д. Роик, по мнению которого главное предназначение данного института заключается в

¹ Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии / пер. с польск. М.М. Гуренко; под общ. ред. А.М. Румянцева. – М.: Прогресс, 1969. – с. 107

² Воронина С.Ю. Добровольное медицинское страхование в системе социальной защиты населения // Государственное и муниципальное управление в XXI веке: теория, методология, практика. – 2012. – № 5. – С. 22.

³ Ивачев П.В. Концепция «качества жизни» как теоретико-методологическая основа социально-медицинской работы // Медико-социальная работа с различными категориями населения: материалы межд. науч.-практ. конф. Орел, 19-20 мая 2005 г. – , Орел: ОГУ, ООО «АДС-Полиграфия», издатель А.В. Воробьев, 2006. – С. 130-133.

выполнении социальной функции государства и тесном взаимодействии с системой здравоохранения в соответствии с четко определенным юридическим статусом и экономическими возможностями¹.

Как видим, при определении основных элементов категории «институт социальной защиты» среди исследователей нет единодушия. Предметом дискуссий выступает то, на чем следует делать акцент при проведении мероприятий социальной защиты – на объекте, субъекте либо на цели.

Система социальной защиты как формирующийся институт на сегодняшний день включает в себя большое количество научных школ, именно в них формируются важнейшие исследовательские нормы, на основе которых строятся определенные научные и научно-практические теории. Учитывая различные варианты теоретических конструкций, охарактеризовать социальную защиту можно как мероприятия, целью которых является способствование улучшению и развитию взаимоотношений людей между собой, человека с группой, человека с обществом, межобщественных взаимоотношений, а также обеспечение социального благосостояния населения, развитие у людей чувства индивидуальной ответственности за коллективное благосостояния, обеспечение стабильности в формировании каждой социальной системы. Таким образом, данные характеристики могут трактовать социологию социальной защиты населения в качестве полипарадигмальной социологической теории, применение которой целесообразно при исследовании организации медико-социальной службы помощи населению в учреждениях социальной защиты и социального обслуживания населения.

По мнению автора, в рамках институционального подхода существует определенная связь здоровья с заболеваемостью индивида в рамках социальной сферы и медицины в качестве социального института. В социологии здравоохранение интерпретируется как социальный институт,

¹ Роик В.Д. Социальное страхование: экономика, финансы и управление. – М.: АТиСО, 2014. – 221 с.

который, в свою очередь, трактуется сферой деятельности людей, не ограничивающаяся медициной как в общепринятом, так и в профессиональном смысле. То есть здравоохранение можно рассматривать как социальную систему и социальный институт.

Система здравоохранения, в частности, характеризуется наличием собственной системы символов, среди которых можно назвать определенные нормы поведения, представления о болезнях, их причинах, симптомах, а также выбор методов лечения и т.д. В рамках системы здравоохранения формируются взаимоотношения между этими социальными и культурными конструкциями.

Взаимодействуя между собой по поводу здоровья, люди реализуют роли, которые соответствуют статусам врачей и пациентов. При этом на эту систему отношений влияют другие важнейшие общественные отношения, определяющие и социальную структуру, и социальное неравенство в обществе.

Рассматривая здравоохранение в качестве особой сферы деятельности, необходимо отметить, что данное понятие обладает определенными характеристиками, благодаря которым они могут относиться к социальным системам, поскольку в его основе лежат такие элементы, как люди, принятые ими нормы и взаимосвязи в обществе. Из этого следует, что, согласно теории структурного функционализма, здравоохранение следует трактовать в качестве системы социального взаимодействия большого количества людей, а не только в качестве системы, деятельность которой направлена на предоставление профессиональной медицинской помощи.

В.Б. Филатов, И.Э. Чудинова, Я.Д. Погорелов выделяют следующие характерные черты системы здравоохранения, которые позволяют трактовать ее как институт социальной защиты населения:

1. Это организация, включающая большое количество компетентных профессионалов, в большинстве своем имеющих медицинское образование.

Целью их работы является обеспечение, сохранение и восстановление здоровья населения.

2. Индивидуальная система ценностей, включающая здоровье, право на защиту здоровья, продуктивность, качество, а также специфические медицинские этические ценности.

3. Работа системы направлена на защиту и укрепление здоровья населения.

Мероприятиями, направленными на достижение поставленных перед системой здравоохранения целей, являются оказание медицинской помощи и социальной защиты, санитарно-эпидемиологические процедуры, просвещение населения по вопросам здоровья¹.

Кроме того, следует отметить возможность получения медицинской помощи в частных клиниках. Пациенты в частных клиниках обладают правом выбирать специалистов, а также стоимость и набор предлагаемых им мероприятий по профилактике и лечению².

Схематично систему совместной деятельности систем здравоохранения и социальной защиты населения можно представить в виде треугольника, где каждая из вершин представляет самостоятельный субъект права, который наделен конкретными функциями. Медицинские работники, представители услуг в ходе оказания медицинской помощи населению делают акцент на ее качестве, что в условиях рыночных отношений оказывается наиболее важным, поскольку сегодня за некачественные или невостребованные услуги возникает прямая материальная ответственность. Внутренний контроль качества возлагается на администрацию медицинских учреждений. При этом институты социальной защиты, социального обслуживания населения и страховые учреждения, включающие профессионалов из таких дисциплин,

¹ Филатов В.Б., Чудинов И.Э., Погорелов Я.Д. Здравоохранение как социальный институт // Экономика здравоохранения: ежемесячный журнал. – 2001. – № 7/8. – С. 14.

² Тимонина Е.Н. Проблем выбора: обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование или услуги частных клиник // Страховые интересы современного общества и их обеспечение: материалы XIV Межд. научно-практ. конф. – Саратов, 2013. – С. 347.

как медицина, юриспруденция, экономика, устанавливают контакты с представителями услуг и организуют контроль качества их деятельности.

Институционализация, как в социологической науке, так и медицине, изучается с точки зрения процесса определения и принятия медицинских и социальных норм, правил, а также включение их в некую структуру, направленную на удовлетворение соответствующих потребностей социума. То есть процесс институционализации совместной деятельности систем здравоохранения, социальной защиты и социального обслуживания населения можно считать завершенным в случае создания четкой статусно-ролевой структуры социально-медицинской службы в соответствии с нормами и правилами.

Следует отметить, что, в целом, институционализация медико-социальной работы в современном российском обществе относится к числу недостаточно изученных и сложных процессов. Сложившаяся на сегодняшний день сеть медико-социальных учреждений и порядок взаимодействия между ними таковы, что процесс оказания помощи осуществляется неэффективно.

Проблемы эффективной интеграции систем здравоохранения и социальной защиты населения при оказании различных видов медико-социальной помощи населению обусловлены разобщенностью функционирования медицинских и социальных структур, отсутствием единой информационной базы нуждающихся в таких видах помощи, степенью их доступности для отдельных групп населения, до настоящего времени четко не определены аспекты взаимодействия медицинских и социальных работников, что свидетельствует о необходимости формирования целостной системы медико-социальной службы помощи населению, внутренней структурной и функциональной согласованности, благодаря которой можно будет избежать дисфункциональных практик будущего института.

При этом, как отмечает А.В. Мартыненко, согласно современным условиям системы здравоохранения, предоставления медицинской помощи и социальной помощи, преобладающей моделью рассматриваемой работы выступает модель, применяемая на базе учреждений здравоохранения и социального обслуживания граждан. Однако, медико-социальная работа может успешно проводиться также и в учреждениях, осуществляющих социальное обслуживание населения. Среди таких учреждений можно отметить центры социального обслуживания, территориальные центры социальной помощи семье и детям, социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, социальные приюты для детей и подростков, геронтологические центры, стационарные учреждения социального обслуживания¹.

Таким образом, новые права и обязанности медицинских и социальных работников в условиях совместной деятельности обуславливают потребность в дальнейших исследованиях по наиболее актуальным проблемам, как здравоохранения, так и социальной защиты и обслуживания населения.

Теоретико-методологические и эмпирические исследования нуждаются в дальнейшем изучении категориального аппарата, а также теоретизировании того большого количества явлений и зависимостей, которые на настоящий момент уже выступают действительностью обыденного сознания, однако, все еще не являются включенными в науку. В первую очередь, это касается фундаментальной категории «медико-социальная служба помощи населению», которая напрямую регулирует ее понятийный аппарат и управлению организацией этой службой. Среди важнейших целей следует отметить продолжение работы, направленной на методическое обеспечение социологического изучения рассматриваемой области, создание новых структур аналитических и нормативных показателей, а также соответствующих им индикаторов, улучшение методов их измерения,

¹ Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы. – М.: Гардарики, 2007. – 159 с.

увеличение количества как применяемых типов социологической информации, так и средств по сбору и исследованию полученной первичной информации.

1.2. Основные направления организации медико-социальной работы в учреждениях социальной защиты населения

Медико-социальная работа, являясь новым видом мультидисциплинарной профессиональной деятельности, характеризуется взаимосвязью медицинской, психолого-педагогической, социально-правовой составляющих, направленных на сохранение здоровья граждан. Концепция отечественной медико-социальной работы, а также базовая ее модель в отечественной науке представлена А.В. Мартыненко.

В связи с тем, что система медико-социальной помощи населению является комплексом деятельности многих учреждений разной ведомственной принадлежности, выполняющих различные функции, а учреждения, которые формируют систему, взаимодействуют между собой и характеризуются социальными взаимоотношениями, среди которых следует выделить управленческие отношения, характеризующиеся процессами управления людьми и функционированием рассматриваемых систем, становится все более актуальной необходимость социологического анализа управления медико-социальной помощью.

Управление социальной работой и, в частности, медико-социальной работой, в качестве вида социального управления может пониматься как сознательное воздействие на ход управления и формирования медико-социальной помощи, а также поддержки граждан посредством государственных организаций, их управленцев и специалистов. Кроме того, оно представляет собой систему гибкого активного управления в социуме, целью которого является эффективное регулирование социального

положения каждого члена общества с тем, чтобы предоставить ему достойную, цивилизованную жизнь.^{1, 2}

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Социально-ориентированные функции медико-социальной работы включают в себя:

- обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи;
- оформление опеки и попечительства;
- участие в осуществлении реабилитационных программ;
- информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты;
- содействие клиентам в решении социально-бытовых и жилищных проблем;
- семейное консультирование и семейная психокоррекция;
- обеспечение доступа информации по вопросам здоровья, состояния среды обитания, качества продовольственного сырья и продуктов питания.

Стоит отметить, что с начала 90-х годов произошли и продолжают происходить существенные изменения в жизни страны. Перестройка системы социального обеспечения содействовала возникновению учреждений нового типа – это учреждения социальной помощи семье и детям, центры реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, бюро

¹ Вагабов Д.Ф. Управление социальной работой в Российской Федерации: уровни и основные проблемы реализации // Управленческое консультирование. 2015. № 1 (73). С.146-152.

² Болдина М.А., Островерхова В.Н. Сущность организационно-управленческой деятельности в социальной работе // Гаудеамус. 2017. № 2. С.45-49.

медико-социальной экспертизы, реабилитационные центры для лиц без определенного места жительства и другие¹.

Мы можем выделить следующие направления медико-социальной помощи оказываемой социальными работниками:

- работа специалистов социальной работы в учреждениях медико-социальной экспертизы;
- работа в центрах медико-социальной реабилитации инвалидов;
- работа в специализированных отделениях помощи центров социального обслуживания населения.

***Медико-социальная работа
в учреждениях медико-социальной экспертизы.***

Медико-социальная экспертиза – определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма². Данное учреждение функционирует на стыке систем здравоохранения, социального страхования и социальной защиты. В настоящее время в Российской Федерации создана трехуровневая система медико-социальной экспертизы: бюро медико-социальной экспертизы (представляет службу на местном уровне), Главное бюро медико-социальной экспертизы (представляет службу на уровне субъекта РФ) и Федеральное бюро медико-социальной экспертизы.

Главным направлением социальной организации является признание лица инвалидом и определение его потребностей в мерах социальной защиты, которые включают в себя реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством

¹ Морозова Е.А. Профессиональная компетентность специалиста работы бюро медико-социальной экспертизы: теоретический обзор // Учитель и время. – 2018. – № 13. – С. 188.

² Помников В.Г. Особенности медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов в настоящее время // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2010. – Т. 5. – С. 412.

функций организма¹. В состав сотрудников бюро входят врачи разных специальностей, специалисты по реабилитации разного профиля (в зависимости от потребности в экспертно-реабилитационной диагностике).

На сегодняшний день специалисты по социальной работе не участвуют в работе бюро медико-социальной экспертизы, в их задачи входит только помощь лицам, которым необходимо заключение бюро в подготовке документов и сопровождении.

Следовательно, мы можем предположить, какие функции может выполнять социальный работник в бюро медико-социальной экспертизы.

Основной задачей в деятельности специалиста по социальной работе в бюро является организация социальной помощи, полное или частичное устранение различных трудных жизненных ситуаций граждан РФ². При этом для компетентного специалиста по социальной работе важно иметь глубокое понимание вопросов социальных отношений, знание правовых гарантий граждан Российской Федерации, умение разбираться в нравственно-психологических аспектах социальных проблем клиента и квалифицированно оказывать социальную помощь в соответствующей ситуации³.

В функциональном назначении специалиста по социальной работе бюро медико-социальной экспертизы на первое место выдвигается его «умение создавать и развивать отношения между людьми, между человеком и его окружением», «умение активизировать усилия подопечных по решению своих проблем»⁴.

Но не только психолого-педагогическая компетентность в личностно-средовом контексте специалиста по социальной работе составляет основу его функциональной грамотности и подготовленности. Медико-социальная

¹ Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 02.12.2019) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 1995. – № 48. – Ст. 4563.

² Невлева И.М., Соловьева Л.В. Теория социальной работы. – Белгород: Кооперативное образование, 2017. – 424 с.

³ Сигида Е.А. Содержание и методика социальной работы: учебное пособие для вузов / под ред. Е.А. Сигиды. – М.: Владос, 2015. – 345 с.

⁴ Гулина М.А. Словарь-справочник по социальной работе. – СПб.: Питер, 2012. – 310 с.

компетентность, умение разбираться в медицинских проблемах получателя социальных услуг является не менее важной в данном контексте.

Специалист по социальной работе должен быть осведомлен о характерологических особенностях лица с ограниченными возможностями здоровья, о его привычках, интересах и склонностях. С какими проблемами нарушения здоровья может столкнуться инвалид. Знание этих нюансов позволяет создать микросоциальные группы, смысл деятельности которых заключается во взаимодействии и взаимопомощи с инвалидами и их семьями. В задачи специалиста по социальной работе входит также обучение лица с ОВЗ общению и взаимодействию в ситуации совместного проживания с другими инвалидами¹.

Следует отметить, что, по мнению многих исследователей, служба МСЭ сегодня нуждается в серьезной реорганизации. Постоянное совершенствование нормативно-правовой базы по медико-социальной экспертизе, к сожалению, не позволяет решить всех проблем, стоящих перед медико-социальной экспертизой².

В числе проблемных вопросов функционирования МСЭ авторы называют, в частности, тот факт, что в настоящее время государственные и региональные информационные ресурсы в отношении инвалидов существуют в условиях отсутствия единой системы учета в виде обособленных ведомственных информационных систем, существенно отличающихся по целям создания и функционирования, структурам и качеством данных.

Кроме того, в силу длительности как процедуры оформления направления на медико-социальную экспертизу, так и прохождения

¹ Бургонова И.Б. Коммуникативная компетентность специалиста по социальной работе // Вестник БГУ. – 2009. – № 5. – С. 74-81.

² Пузин С.Н., Меметов С.С., Шургая М.А., Лаптева А.Е., Кузнецова Е.А. Качество медико-социальной экспертизы: современные аспекты формирования клинико-функционального диагноза // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – № 3. – С. 4-6.

освидетельствования в бюро МСЭ¹, многие лица с ограниченными возможностями здоровья отказываются от данной процедуры и предпочитают самостоятельно приобретать положенные им технические средства реабилитации².

Еще одним вопросом, требующим своего разрешения, является вопрос о том, что на сегодняшний день законодательством не предусмотрена возможность проведения независимой медико-социальной экспертизы в случае несогласия гражданина с ее результатами. Кроме того, критерии и классификации, которые используются в процессе МСЭ федеральными государственными учреждениями, были разработаны на основе Международной классификации нарушений и впервые опубликованы ВОЗ еще в 1980 г. Очевидно, что они не могут в полной мере, объективно и достоверно оценить степени ограничения жизнедеятельности лица с ОВЗ в современных условиях. Как результат, разрабатываемые и реализуемые индивидуальные программы реабилитации зачастую оказываются малоэффективными³.

Отсутствие социальных работников медико-социального профиля в бюро медико-социальной экспертизы серьезно снижает доступность получения этой услуги нуждающимся в ней, отрицательно влияет на морально-психологическую состояние пациентов, снижает качество оказания такого вида медико-социальной помощи⁴.

В связи с изложенным выше, необходима разработка новых подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации.

¹ Пузин С.Н., Меметов С.С. Проблемные вопросы медико-социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста на современном этапе // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – Т. 4. – № 4. – С. 44.

² Меметов С.С., Черныш М.В., Рукодайный О.В. и др. Некоторые промежуточные итоги индивидуальных программ реабилитации – абилитации инвалида // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 3. – С. 9.

³ Стрелкова Я.А., Польшикова О.В., Дрогомерецкий В.В., Третьяков А.А. Обоснование проблемы физкультурно-оздоровительных занятий с инвалидами различных нозологических групп // Успехи современной науки. – 2016. – № 1. – С. 82.

⁴ Судьин С.А. Психическое здоровье как предмет социологии // Ментальное здоровье - интеграция подходов. Материалы Всероссийской научно-практической конференции Нижний Новгород, 10–11 декабря 2019 г.. Нижний Новгород: Издательство Приволжского исследовательского медицинского университета, 2020 г. - 312 с.. 2020. С. 159-166.

Причем, как подчеркивает З.М. Сабанов, «реформирование деятельности должно проходить одновременно с изменением общей концепции инвалидности, реабилитации и социальной интеграции инвалидов в обычные условия жизни»¹.

Медико-социальная работа

в центрах медико-социальной реабилитации инвалидов.

Укрепление здоровья населения, усиление профилактики заболеваемости и инвалидности, развитие реабилитации, внедрение современных высокоэффективных здоровьесберегающих технологий на современном этапе развития общества являются приоритетными национальными задачами в области здравоохранения и социального развития². При этом нельзя не учитывать, что в результате общего увеличения продолжительности жизни растет количество людей, которым требуется медико-социальная помощь.

Медико-социальная реабилитация инвалидов является одним из основных направлений деятельности государства в области социальной защиты инвалидов, направленная на максимально возможную интеграцию инвалидов в общество. Реабилитацию лиц с ОВЗ многие годы выполняют дома-интернаты, деятельность которых носит профильный и дифференцированный характер, причем, основу этой деятельности составляет медико-социальная реабилитация.

Сотрудники реабилитационных центров в своей работе используют следующие технологии:

- диагностика уровня реабилитационного потенциала лица с ОВЗ;
- разработка и реализация индивидуальных программ реабилитации;
- медицинская реабилитация;

¹ Сабанов З.М. Особенности совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы в современном обществе // Успехи современной науки и образования. – 2017. – Т. 1. – С. 202.

² Меметов С.С., Балека Л.Ю., Потапов В.Н., Богова О.Т. Совершенствование медико-социальной помощи и реабилитации инвалидов и участников ВОВ на современном этапе // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 1. – С. 46-49.

- профессиональная реабилитация, состоящая из профориентации лица с ОВЗ, трудового и профессионального обучения, а также профессионально-производственной адаптации;
- социальная реабилитация, в состав которой входит социально-средовая и социально-бытовая адаптация;
- материально-техническое обеспечение проживающих в центре лиц с ОВЗ;
- социальная защита лиц с ОВЗ, которая заключается в их консультировании по юридическим вопросам, обеспечении специализированными изделиями, позволяющими облегчить их труд и быт¹.

То есть специалист по социальной работе с профилем подготовки медико-социальной помощи населению должен быть готов оказать инвалиду помощь по целому ряду вопросов юридического, психологического, педагогического и, что очень важно, медико-социального характера.

Медико-социальная работа

в специализированных отделениях помощи на дому.

Как нами уже отмечалось, одной из актуальных проблем в современном российском обществе является проблема медико-социальной помощи и реабилитации инвалидов, а также лиц пожилого и старческого возраста².

Одной из задач медико-социальной работы с этими категориями населения является социальное обслуживание на дому, которое направлено на максимально возможное продление пребывания инвалидов в привычной социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов³. Инвалидам и пожилым людям в комплексных центрах социального обслуживания населения

¹ Технология социальной работы / под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой. – М.: Дашков и К°, 2020. – с. 192.

² Харитонов Ю.Н., Майоров Д.Б. Совершенствование системы социальной поддержки инвалидов в России на современном этапе // Новая наука: от идеи к результату. – 2016. – № 10-1. – С. 204.

³ Технология социальной работы / под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой. – М.: Дашков и К°, 2020. – с. 32.

предоставляются социально-бытовые услуги, в частности, покупка и доставка на дом продуктов питания, горячих обедов, промышленных товаров первой необходимости, оплата услуг коммунально-бытового обслуживания.

Отметим, что перечень надомных услуг, которые гарантируются инвалидам государством, из года в год расширяется. В первую очередь, речь идет о следующих услугах:

- организация питания и доставка продуктов на дом;
- помощь в покупке медикаментов и товаров первой необходимости;
- помощь в оформлении документов, в том числе, для установления опеки и попечительства, обмене жилья, помещении в стационарные учреждения органов социальной защиты населения¹.

Помимо этих услуг, специалисты по социальной работе сталкиваются с необходимостью оказывать социально-медицинские и санитарно-гигиенические услуги, касающиеся, в частности, доврачебной помощи, помощи в покупке изделий медицинского назначения, а также в госпитализации и сопровождению инвалидов и пожилых людей в лечебно-профилактические учреждения. Специалисты по социальной работе посещают их в учреждениях здравоохранения для оказания морально-психологической поддержки, помощи в проведении МСЭ, получении страхового медицинского полиса.

На базе комплексных центров социального обслуживания функционируют социальные столовые, где за отдельную плату организуется доставка горячего питания на дом людям, в силу инвалидности или возраста, ограниченные в передвижениях².

Штат отделения составляют социальные работники, патронирующие лиц с ограниченными возможностями здоровья и пожилых людей на дому, то

¹ Бекарев А.М. Инвалидизация общества как проблема техноэтики / А.М. Бекарев, Г.С. Пак // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация: Материалы международной научно-практической конференции. – Под общ. ред. проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. С. 796-798.

² Технология социальной работы / под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой. – М.: Дашков и К°, 2020. – с. 36.

есть осуществляют наблюдение за состоянием их здоровья, кормят больных, которые не в состоянии этого сделать самостоятельно в силу ослабления здоровья, реализуют различного рода санитарно-гигиенические и медицинские процедуры, а также проводят обучение родных и близких людей с инвалидностью навыкам ухода за ними.

В таких отделениях наиболее четко проявляется необходимость наличия у социального работника компетенций медицинского характера: диагностических, профилактических и медико-социальных.

К медико-ориентированным функциям социальной работы относятся:

- организация медицинской помощи и ухода за больными;
- оказание медико-социальной помощи семье;
- медико-социальный патронаж различных групп;
- оказание медико-социальной помощи хроническим больным;
- организация паллиативной помощи умирающим;
- вторичная профилактика;
- санитарно-гигиеническое просвещение;
- информирование клиента о его правах на медико-социальную помощь и порядке ее оказания с учетом специфики проблем.

Специалист по социальной работе может быть востребован в дневном стационаре при поликлиниках, а также стационаре на дому, наблюдая за пациентами «ранней» выписки из хирургического отделения, в реабилитационных центрах, медучреждениях медико-социального профиля.

Как известно, существует два типа медико-социальной работы – патогенетический и профилактический.

Профилактическая направленность – это предупреждение социально зависимых нарушений соматического, психического, репродуктивного здоровья, формирование установки на здоровый образ жизни, обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, участие в разработке целевых программ медико-социальной помощи на различных уровнях, социальное

администрирование, обеспечение защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья.

Патогенетическая направленность предусматривает организацию помощи в проведении медико-социальной экспертизы, осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов, проведение социальной работы в отдельных областях медицины и здравоохранения, проведение коррекции психического статуса клиента, создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий.

Отсюда выделяют приоритетные направления медико-социальной работы, которые в силу остроты проблемы, ее масштабности или значимости последствий имеют особое значение. К таким направлениям, по мнению М.А. Беляевой, относятся следующие:

- работа специалистов с клиентами, страдающими наркотическими заболеваниями;
- работа с клиентами, страдающими онкологическими заболеваниями;
- работа с инфекционными пациентами;
- работа с клиентами, страдающими психиатрическими заболеваниями;
- охрана материнства и детства¹.

Все эти направления предполагают наличие у социального работника не только наличие социальных, психологических и педагогических компетенций, а также компетенций медико-социального характера.

¹ Беляева М.А. Осмысление содержания понятия «Медико-социальная работа» // Педагогическое образование в России. – 2008. – № 1. – С. 14.

***Медико-социальная работа с клиентами,
страдающими наркотическими заболеваниями.***

Медико-социальная работа направлена как на самих наркологических больных, так и, кроме этого, на их родственников и ближайшее окружение. Связано это с тем, что химическая зависимость одного члена семьи неминуемо приводит к негативным изменениям во взаимоотношениях внутри семьи, зачастую формируется созависимое поведение.

Систему мероприятий медико-социальной работы с семьей, в которой есть наркозависимый, социальный работник дополняет коммуникативным и социально-психологическим тренингом, техникой самоконтроля, семейной психотерапией, определением социального статуса как семьи, в целом, так и отдельных ее членов, определением возникающих перед ней проблем¹.

Специфика медико-социальной работы с пациентами, страдающими наркотическими заболеваниями, заключается в содействии долгосрочному лечению и решению проблем, связанных с определением трудоспособности и инвалидности, а также проведении семейного консультирования и семейной психотерапии с упором на работу по нейтрализации созависимости и активизацию потенциала больного, подключение к этой работе терапевтических сообществ и т.д.

***Медико-социальная работа с клиентами,
страдающими онкологическими заболеваниями.***

Технологии медико-социальной работы с клиентами, страдающими онкологическими заболеваниями, имеют свои особенности. Поскольку своевременная диагностика онкологии на ранних стадиях позволяет строить благоприятный прогноз в отношении исхода заболевания, медико-социальная работа с больными группами риска имеет особое значение. Здесь на первый план выходит профилактическая работа с пациентами,

¹ Буханько Е.О., Филатова М.В. Медико-социальная работа в наркологии // Проблемы социализации личности в контексте непрерывного профессионального образования: материалы Межд. научно-практ. конф. (Санкт-Петербург, 11 апреля 2014 г.) /, под ред. В.Н. Скворцова. – СПб.: Изд-во Ленинградского гос. ун-та, 2014. – С. 401.

страдающими предопухолевыми заболеваниями, из «раковых» семей, работающими на вредных производствах. Специалист по медико-социальной работе может принимать участие в разработке и осуществлении целевых профилактических программ, реализации «социально-гигиенического мониторинга, определении факторов риска, информировать население о состоянии среды обитания и др.»¹.

Деятельность по организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным занимает особое место в медико-социальной работе. При этом сегодня говорить о комплексной медико-социальной деятельности в этой сфере не приходится.

Как отмечают Е.А. Черкасова, И.Л. Кром, И.Ю. Новичкова, «методы воздействия на злокачественные новообразования представляют собой сложный многоэтапный процесс, при осуществлении которого стремление к улучшению отдельных результатов в лечении зачастую не совпадает с обеспечением больному адекватного образа жизни»².

И здесь на первый план выходит проблема кадрового обеспечения квалифицированными специалистами хоспис-паллиативной помощи. Как подчеркивает, Т.Н. Ильина, «медицинские организации призваны лечить и спасать людей от смерти, поэтому у медперсонала нет навыков работы с людьми, которых вылечить нельзя. Очень часто в таких «профессиональных» руках умирающие люди оказываются просто никому не нужными. Тот уход, который принято считать нормальным, на самом деле оставляет желать лучшего. В результате человек предпочитает быстро расстаться с жизнью, не рассчитывая на хорошее отношение к нему, когда он будет обречен»³.

Чрезвычайно важной частью медико-социальной работы в паллиативной сфере является система поддержки родственников

¹ Технология медико-социальной помощи различным категориям граждан / сост. Л.И. Алифанова. – Тольятти: Изд-во ПВГУС, 2016. – 52 с.

² Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Институционализация медико-социальной работы в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10. – С. 1387.

³ Ильина Т.Н. Паллиативная помощь как направление медико-социальной работы в России // Перспективы развития российского государства и общества в современных условиях: материалы межд. научно-практ. конф. (Саратов, 12 декабря 2014 г.) / , под ред. В.Л. Чепляева, О. Н. Фомина. – Саратов, 2015. – С. 10.

инкурабельного больного, поскольку родные и близкие нередко испытывают не меньший психологический стресс, что и сам заболевший. Более того: проходя последовательно все фазы стресса, у родственников зачастую шоковая стадия развивается раньше, чем у самого больного, так как такой диагноз, как правило, сообщается именно им. А фаза депрессии, проживаемая ближе к исходу болезни, продолжается нередко и после похорон¹.

Кроме медицинских, психологических и материальных проблем, стоящих перед членами семьи инкурабельного больного, им приходится решать и проблемы, связанные с преодолением различных формальных бюрократических процедур. Неудивительно поэтому, что, как отмечают Е.А. Черкасова, И.Л. Кром, И.Ю. Новичкова, «смертность среди членов семьи онкологического больного возрастает на 40%»².

Больные и члены их семей, сталкиваясь с материальными трудностями, различными бюрократическими препонами, нарушениями психо-эмоциональной стабильности, зачастую остаются один на один с этими проблемами. Между тем, слабая экономическая, социальная и психологическая защищенность инкурабельных больных значительно ухудшает качество их жизни и оказывает крайне неблагоприятное воздействие на прогноз заболевания. Не говоря уже о том, что в медико-социальной работе в области паллиативной помощи нуждаются родственники получателя социальных услуг и после его смерти.

В этой связи представляется логичной позиция Т.Н. Ильиной, по мнению которой паллиативную помощь следует рассматривать, в первую очередь, не как медицинскую, а медико-социальную работу с инкурабельными больными и их семьями, которые находятся в сложной жизненной ситуации, обусловленной болезнью. Это свидетельствует о

¹ Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. – 2001. – № 1 (5). – С. 7.

² Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Институционализация медико-социальной работы в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10. – С. 1388.

необходимости подготовки новых специалистов для сферы паллиативной помощи – специалистов медико-социальной работы¹. С.И. Глухих справедливо, на наш взгляд, полагает, что многие из функций специалистов в области паллиативной помощи могли бы взять на себя бакалавры с высшим сестринским образованием².

При этом, по утверждению многих исследователей, эффективное развитие системы паллиативной помощи, которое на сегодняшний день является новым направлением формирующегося института медико-социальной работы, возможно не только при государственной финансовой поддержке, но и при условии пересмотра и совершенствования действующего законодательства³. По словам Т.Н. Ильиной, «паллиативная помощь могла бы стать образцом инновационного подхода к здравоохранению и социальной политике»⁴.

Медико-социальная работа с инфекционными пациентами.

Значительный объем помощи лицам, страдающим инфекционными заболеваниями, не является лечебно-диагностическим и может оказываться социальными работниками, что свидетельствует о целесообразности создания медико-социальной службы в инфекционном стационаре. В Санкт-Петербурге такая служба была организована в 1995 году в городской инфекционной больнице № 30 им. С.П. Боткина. В штат службы входят заведующий отделением медико-социальной помощи, два специалиста по медико-социальной работе, психолог, пять социальных работников для круглосуточной работы в приемном отделении, одиннадцать социальных работников, работающих в отделениях.

¹ Ильина Т.Н. Паллиативная помощь как направление медико-социальной работы в России // Перспективы развития российского государства и общества в современных условиях: материалы межд. научно-практ. конф. (Саратов, 12 декабря 2014 г.) / , под ред. В.Л. Чепляева, О. Н. Фомина. – Саратов, 2015. – С.11.

² Глухих С.И. Особенности подготовки медицинских сестер в современном профессиональном образовании // Siberian Pedagogical Journal. – 2016. – № 1. – С. 75.

³ Кром И. Л., Еругина М. В., Новичкова И. Ю. Современная интерпретация паллиативной помощи // Интегративные исследования в медицине: науч. труды III Всерос. (с межд. участием) науч.-практ. конференции. – Саратов, 2014. – С. 79.

⁴ Ильина Т.Н. Паллиативная помощь как направление медико-социальной работы в России // Перспективы развития российского государства и общества в современных условиях: материалы межд. научно-практ. конф. (Саратов, 12 декабря 2014 г.) / , под ред. В.Л. Чепляева, О. Н. Фомина. – Саратов, 2015. – С. 11.

1 октября 2017 года в Санкт-Петербурге начал работу «Кабинет социальной поддержки для женщин, затронутых эпидемией ВИЧ-инфекции, и членов их семей».

Проект отвечает направлениям двух государственных национальных стратегий – Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в России на период до 2020 года¹ и Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017-2022 годы².

Основная задача специалистов Кабинета – помочь женщине (и членам ее семьи) успешно контролировать ВИЧ-инфекцию и жить благополучно и счастливо. Команда Кабинета поможет женщине:

- принять диагноз,
- сохранять приверженность к АРВ-терапии,
- разобраться в том, какие медицинские и социальные учреждения ей нужно посетить,
- защитить свои права (если ей отказали в лечении, разгласили ее диагноз, отказали в усыновлении или опеке),
- получить помощь в ситуации домашнего насилия, в ситуации зависимого и созависимого поведения.

Мультипрофессиональная команда кабинета – равные консультанты (люди, живущие с ВИЧ, прошедшие специальную подготовку, чтобы консультировать по вопросам заболевания), специалист по социальному сопровождению, юрист, психолог. Специалисты кабинета информируют, консультируют и сопровождают женщин, чтобы помочь им стабилизировать их эмоциональное состояние и жизненную ситуацию. Сопровождение оказывается в случаях, при которых требуется комплекс услуг, вплоть до представления интересов клиентки в суде (сопровождение может длиться до

¹ Распоряжение Правительства РФ от 20 октября 2016 г. N 2203-р О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу // Собрание законодательства Российской Федерации от 31 октября 2016 г. N 44 ст. 6159

² Распоряжение Правительства РФ от 8 марта 2017 г. N 410-р Об утверждении Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017 - 2022 гг. // Собрание законодательства Российской Федерации от 13 марта 2017 г. N 11 ст. 1618

года). Кроме того, в Кабинете есть возможность получить женскую и детскую одежду, средства гигиены.

При этом для обращения в Кабинет не нужны документы или направления. Любая женщина, пришедшая на консультацию, сможет бесплатно и конфиденциально получить помощь команды специалистов.

Опыт специалистов Ассоциации «Е.В.А.» поможет сделать кабинет максимально чувствительным к нуждам клиенток (например, обеспечить возможность посещения кабинета с детьми, выдачу женской и детской одежды, средств гигиены). Ассоциация «Е.В.А.» сотрудничает с городскими государственными учреждениями и СО НКО, что поможет наилучшим образом информировать женщин по существующим сервисам поддержки, обеспечивать доступ к специалистам разного профиля и представлять интересы женщин в этих учреждениях. Особое внимание в кабинете будет уделяться вопросам профилактики насилия в отношении женщины и помощи в выходе из ситуации насилия, а также вопросам зависимого и созависимого поведения.

Мониторинг и оценка работы кабинета проводятся с учетом специально разработанной методологии измерения социального эффекта, на основании не только количественных (количество оказанных услуг, количество благополучателей), но и качественных показателей (позитивные личностно-значимые и социально-значимые изменения в жизненной ситуации женщины, улучшение материально-экономического положения).

Успешная реализация проекта обеспечит возможность его масштабирования в других регионах.

***Медико-социальная работа с клиентами,
страдающими психиатрическими заболеваниями.***

Как отмечает С.А. Судбин, «надежды на позитивные трансформации и разрешение наиболее острых психиатрических проблем в современной России больше связываются с социальной работой, нежели с психиатрией,

фокусирующей на био-психо-социальной природе человека. Подобный взгляд открывает новые возможности работы с данной группой клиентов, вовлекая в нее не только институциональные ресурсы, но и потенциал социального окружения, а главное, – имеющиеся физические, психические и духовные резервы самого клиента»¹.

Сегодня социальные работники при психоневрологических диспансерах решают следующие социально-медицинские проблемы больных:

- идентификация личностей, поступивших в стационар в состоянии амнезии;
- составление социальных паспортов на каждого поступившего больного;
- восстановление утерянных паспортов;
- восстановление в правах на незаконно проданную жилплощадь;
- социальное обслуживание после выписки на дом, т.к. отделы соцзащиты не хотят брать на учет данную категорию больных;
- устройство после прохождения лечения в специализированные дома-интернаты;
- организация досуга больных;
- организация трудотерапии как средства лечения и реабилитации, восстановление лечебно-трудовых мастерских;
- обучение родных и близких совместному проживанию с психиатрическим больным, вступление во Всероссийское общество родственников психических больных;
- подготовка к переходу на бригадный метод работы в психиатрии по опыту зарубежных стран.
- правовое консультирование больных и членов их семей.

¹ Судьин С.А. Психиатрия и социальная работа: факторы взаимной интеграции // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2011. – № 2 (22). – С.52.

Безусловно, наличие знаний медико-социального профиля у социальных работников только сможет улучшить качество оказываемых больным и их родственникам социально-медицинских услуг.

***Медико-социальная работа
в сфере охраны материнства и детства.***

Охрана материнства и детства – проблема комплексная, а не чисто медицинская, поэтому и подход к проблеме комплексный. Среди основных технологических методов медико-социальной работы в системе охраны материнства и детства можно выделить профилактические мероприятия, санитарно-гигиеническое воспитание, пропаганду здорового образа жизни, социально-правовую помощь, медико-социальный патронаж, организацию мероприятий по планированию семьи.

Так, например, женские консультации проводят профилактические мероприятия с целью снижения осложнений в беременности, профилактические осмотры всех женщин, диспансерный учет беременных, а также больных с хроническими гинекологическими заболеваниями, санитарно-гигиеническое воспитание, пропаганда здорового образа жизни.

На сегодняшний день отделения медико-социальной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях просто необходимы для улучшения профилактической и лечебно-оздоровительной работы среди населения. Это касается и детей, поскольку сегодня практически каждый второй ребенок относится участковым педиатром во вторую группу здоровья именно по наличию социальных факторов риска в семье, а каждый десятый живет в семье с двумя и более факторами социального риска¹.

Отделение медико-социальной помощи имеет своей целью реализацию медико-социальных мероприятий, учитывающих специфические особенности детей, в т.ч. подросткового возраста и направленных на сохранение и укрепление здоровья детей и подростков; их социальную и

¹ Кургузов В.Т. Социально-медицинские аспекты работы с населением групп риска: автореф. дисс. канд. социол. наук. – М., 1998. – с.89.

правовую защиту и поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование потребности в здоровом образе жизни.

Одной из ведущих задач отделения медико-социальной помощи является осуществление медико-социального патронажа семей, имеющих факторы социального риска и нуждающихся в социальной защите и поддержке. В группу нуждающихся в особом наблюдении специалиста по медико-социальной работе выделяют семьи, имеющие, прежде всего, следующие факторы риска:

- многодетность семьи;
- плохие материально-бытовые условия, наличие психических заболеваний у одного из родителей;
- алкоголизация родителей или употребление ими наркотических веществ;
- высокая степень конфликтности между членами семьи;
- низкая медицинская и социальная активность членов семьи;
- жестокое обращение родителей с ребенком, направленное использование ребенка в корыстных целях и др.¹.

Специфика работы с детьми и подростками и с семьями данного типа состоит, в первую очередь, в необходимости активно посещать их на дому, желательно совместно с участковым педиатром. Преимуществом патронажа является тот факт, что семья исследуется в ее естественных условиях, что дает возможность получить больше информации о ней.

Итак, в центрах социального обслуживания населения медико-социальная работа проводится в следующих основных направлениях: работа специалистов в учреждениях медико-социальной экспертизы; в центрах медико-социальной реабилитации инвалидов; в специализированных отделениях помощи на дому. Кроме этого, приоритетными направлениями медико-социальной работы являются: медико-социальная работа в

¹ Кургузов В.Т. Социально-медицинские аспекты работы с населением групп риска: автореф. дисс. канд. социол. наук. – М., 1998. – с. 90.

наркологии, онкологии, психиатрии, медико-социальная работа в охране материнства и детства, паллиативная медицинская помощь.

При этом квалифицированный специалист по социальной работе, оказывая медико-социальную помощь как в учреждениях системы социальной защиты населения, так и в учреждениях здравоохранения, должен обладать рядом профессиональных умений, в частности, владеть основами медицинских, психологических и правовых знаний. Это обусловлено тем, что социальные работники выполняют функции, связанные, в числе прочего, со сбором информации о жизненных условиях и микросреде получателя социальных услуг, анализе данной информации, составлении на основе анализа прогноза развития его личности и разработке, и проведении профилактических и реабилитационных мероприятий, а также с оказанием юридической помощи и консультационных услуг.

Следует отметить, что появление специалистов по социальной работе в штате многопрофильных больниц и специализированных клиник, в частности, онкоцентров, психиатрических и наркологических диспансеров и т.д. вызывает вполне понятное противостояние с врачами, медсестрами, младшим медперсоналом учреждений здравоохранения, что объясняется нечетко определенным полем деятельности этих работников. По мнению Н. Берковитц¹, объяснить такое противостояние можно различием в профессиональном мировоззрении медиков и социальных работников. Так, в частности, если для медицинского работника главное – жизнь пациента, излечение его от болезни, то специалист по социальной работе, практикующий в учреждении здравоохранения, основное внимание акцентирует на качестве жизни пациента, целостности его существования как человека и как личности.

¹ Гуманистический подход к охране здоровья / отв. ред. Н. Берковитц; пер. с англ. Е.Б. Беззубовой. – М.: Аспект Пресс, 1998. – с. 112.

Все это, как отмечает М.А. Беляева, «порождает напряженность в отношениях и стойкое нежелание что-либо менять в сложившейся системе работы медицинских учреждений»¹.

Причем, актуальность этой проблемы, несмотря на предпринимаемые государством меры, остается на достаточно высоком уровне, и требует решения.

Как уже отмечалось, медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты. Рассмотрим особенности структуры оказания медико-социальной помощи населению в учреждениях социальной защиты населения.

В системе социальной защиты интегрирующую роль играют Комплексные центры социального обслуживания населения. Как отмечает Б.В. Эпельман, «структура данных Центров достаточно типична, однако она может быть дифференцирована с учетом местных потребностей и возможностей. Возглавляет Центр директор, которому подчинены заместители, заведующие отделениями, организационно-методический отдел, аппарат. В составе Центра имеются следующие отделения:

- срочной социальной помощи,
- социально-медицинского сопровождения лиц, страдающих психическими расстройствами,
- дневного пребывания детей-инвалидов,
- адаптивной физкультуры для детей-инвалидов,
- профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста,
- социально-досуговые,
- социально-консультационные,

¹ Беляева М.А. Осмысление содержания понятия «Медико-социальная работа» // Педагогическое образование в России. – 2008. – № 1. – С. 16.

- гериатрическое социально-реабилитационное,
- социально-медицинского сопровождения больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения,
- дневного пребывания для пенсионеров и инвалидов,
- профессиональной ориентации детей-инвалидов,
- приема и консультации семей с детьми-инвалидами,
- социального обслуживания на дому,
- социально-медицинского обслуживания на дому,
- сиделок на дому,
- реабилитации лиц без определенного места жительства.

Также в составе центра работают гуманитарный отдел, дом ночного пребывания для лиц без определенного места жительства, отделение социальное такси»¹.

Рассмотрим структуру и содержание работы Центра на примере Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Территориальный центр социального обслуживания «Таганский» и Государственного бюджетного учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения Московского района города Нижнего Новгорода».

В ТЦСО «Таганский» на дому гражданам оказываются следующие социально-медицинские услуги:

- Содействие в обеспечении ухода с учетом состояния здоровья.
- Наблюдение за состоянием здоровья.
- Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в экстренной форме.
- Выполнение медицинских процедур, перевязок, инъекций по назначению лечащего врача.

¹ Эпельман Б.В. Комплексный Центр социального обслуживания населения как часть системы медико-социальной реабилитации // Образовательный вестник «Сознание». – 2012. – № 7. – С. 12.

- Оказание санитарно-гигиенических услуг.
- Содействие в оказании медицинской помощи.
- Содействие в проведении медико-социальной экспертизы.
- Содействие в проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных), в том числе для инвалидов, на основании индивидуальных программ реабилитации.
- Содействие в обеспечении по заключению медицинской организации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.
- Содействие в госпитализации в медицинские организации, сопровождение в медицинские организации.
- Посещение получателей социальных услуг, находящихся в медицинских организациях в стационарных условиях.
- Содействие в оформлении путевок на санаторно-курортное лечение.

В полустационарной форме социального обслуживания оказываются следующие социально-медицинские услуги:

- Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи.
- Организация лечебно-оздоровительных мероприятий.
- Предоставление медико-социального ухода с учетом состояния здоровья получателя социальных услуг.
- Содействие в прохождении освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы.
- Организация прохождения диспансеризации.
- Содействие в госпитализации в медицинские организации, сопровождение в медицинские организации.

Отделение социально-медицинского обслуживания на дому государственного бюджетного учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения Московского района города Нижнего Новгорода» предназначено для социально-бытового обслуживания и

оказания доврачебной помощи в домашних условиях гражданам, частично утратившим способность к самообслуживанию, при наличии у них тяжелых заболеваний (прежде всего хронических), требующих постоянного медицинского наблюдения.

Основные задачи отделения:

- выявление граждан, нуждающихся в социально-медицинском обслуживании;
- предоставление гражданам на дому социально-бытовых услуг в зависимости от степени потери способности к самообслуживанию и характера нуждаемости в социально-бытовых, социально-медицинских, консультативных и иных услугах, оказываемых социально-медицинским отделением, а также оказания по их желанию дополнительных социальных услуг, предоставляемых Центром;
- оказание гражданам квалифицированного ухода и доврачебной медицинской помощи на дому;
- наблюдение за состоянием здоровья обслуживаемых граждан и проведение мероприятий, направленных на профилактику обострений имеющихся у них заболеваний;
- морально-психологическая поддержка обслуживаемых граждан;
- обучение родственников обслуживаемых граждан практическим навыкам общего ухода за больными.

Оперативная адресная социальная поддержка пожилых людей и инвалидов осуществляется отделением срочного социального обслуживания.

Социально-медицинские услуги:

- содействие в обеспечении слуховыми аппаратами;
- систематическое наблюдение за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья;
- содействие в госпитализации;

- содействие в организации первичного медицинского осмотра и первичной санитарной обработки;
- содействие в проведении медико-социальной экспертизы.

Как видим, Центры социального обслуживания населения играют интегрирующую роль в оказании медико-социальной помощи гражданам, имеющим ограничения жизнедеятельности в силу различных причин, что способствует их социализации и повышению качества жизни.

Далее остановимся на особенностях медико-социальной работы в психиатрии, которая представлена четырьмя основными направлениями:

1. Социотерапевтическое.
2. Социально-правовое обслуживание.
3. Информационно-образовательное.
4. Профилактическое.

Реализация данных направлений, по мнению Е.В. Степановой, должна происходить на нескольких уровнях:

- личностный уровень
- микросоциальный уровень.
- макросоциальный уровень.

Проведя исследование существующих в Нижегородской области учреждений социальной и психиатрической помощи душевнобольным, автор делает вывод о том, что фактически на сегодняшний день реализовано только одно из перечисленных направлений социальной работы в психиатрии – социально-правовое обслуживание. Причем, реализовано данное направление только на одном уровне – личностном¹.

Здесь необходимо отметить, что психиатрическая помощь в России представлена как стационарными, так и амбулаторными учреждениями. При этом амбулаторные учреждения, которые оказывают помощь больным,

¹ Степанова Е.В. Внедрение социальной работы в психиатрию: анализ теоретических подходов и практического опыта (на материалах Нижегородской области) // Отечественный журнал социальной работы. – 2011. – № 4 (47). – С. 99.

страдающим психиатрическими заболеваниями, в форме психиатрических кабинетов, по сути, представляют собой посредника между больными и психиатрическим стационаром, не выполняя реабилитационных функций.

Учреждения социальной защиты населения, занимающиеся непосредственно душевнобольными, представлены в форме стационарных учреждений социального обслуживания – психоневрологических интернатов.

Рассмотрим структуру данных учреждений и основные направления деятельности подробнее.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Психоневрологический интернат № 25» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы предназначено для стационарного социального обслуживания; постоянного, временного (сроком до 6 месяцев) и пятидневного проживания граждан, страдающих психическими расстройствами. Интернат расположен на обширной территории, на которой расположены 2 пятиэтажных кирпичных здания с переходом между корпусами, пристройками для пищеблока и актовым залом на 180 человек. Имеются прогулочные площадки и площадки для спортивных игр. Всего в интернате могут одновременно проживать 560 человек. Функционируют медико-социальное отделение на 310 мест и 4 отделения милосердия на 250 мест.

Получатели социальных услуг – это инвалиды I и II групп, которые нуждаются в постороннем уходе, бытовом и медицинском обслуживании, которые родные и близкие не всегда могут обеспечить в полном объеме. От организации жизни интернатов – их вместимости, расположения, планировки, обстановки, создания системы досуга и занятости, социально-медицинской помощи, степени контактов проживающих с внешним миром – зависит состояние их физического и психологического здоровья.

Для расширения границ и возможностей полноценной жизни получателей социальных услуг в интернате создана и эффективно работает

социально-реабилитационная служба, в штате которой состоят воспитатели, психологи, социальные работники, специалисты по социальной работе, культорганизатор, музыкальный руководитель, инструкторы по труду.

Медико-социальное отделение предназначено для социального обслуживания в стационарных условиях граждан, не утративших навыки самообслуживания и способность к самостоятельному передвижению. Социально-медицинские услуги направлены на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического медицинского наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья.

Основные задачи медико-социального отделения – оказание благоприятных условий жизни и бытового устройства, организация активизирующего реабилитационного режима. Предоставляемые услуги:

- 4-х разовое диетическое питание;
- медицинское наблюдение, контроль за приемом лекарств;
- услуги врачей специалистов: психиатра, невролога, терапевта, стоматолога;
- уход за получателями социальных услуг с учетом состояния здоровья – помощь в приеме пищи, одевании, передвижении, сопровождение на прогулку, смена памперсов;
- направление на обследование, лечение в учреждениях здравоохранения;
- организация и проведение диспансеризации;
- обеспечение медицинскими препаратами;
- содействие в обеспечении необходимыми реабилитационными средствами в соответствии с ИПР;
- смена нательного и постельного белья;
- уборка помещений;

- покупка и доставка продуктов питания, предметов гигиены, промышленных товаров;
- услуги парикмахера;
- трудотерапия, в том числе лечебно-трудовые мастерские;
- культурно-досуговые мероприятия.

Получатели социальных услуг ежедневно занимаются в трудовых мастерских, в изостудии, участвуют в художественной самодеятельности, часто выезжают на спортивные соревнования, где занимают призовые места, участвуют в туристических поездках по России.

В Нижнем Новгороде социальной защитой душевнобольных занимается, в частности, Государственное бюджетное учреждение «Городецкий психоневрологический интернат», которое является стационарной организацией социального обслуживания психоневрологического типа Нижегородской области.

Основной целью данного учреждения является обеспечение реализации прав граждан пожилого возраста (женщин 55 лет, мужчин старше 60 лет) и инвалидов I и II группы, страдающих хроническими психическими заболеваниями на территории Нижегородской области на получение социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания.

Основная задача работы ГБУ «Городецкий ПНИ» и его филиалов – выполнение государственного задания по основному виду деятельности – социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов в условиях стационарного пребывания.

Среди основных функций деятельности Интерната является предоставление медико-социальных услуг, направленных на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья; на оказание помощи в

трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией; в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг.

Отметим, что граждане, страдающие психическими расстройствами, очень много времени проводят в стационарных учреждениях. Такое длительное пребывание в однообразных условиях, не предполагающих возможности выбора вида деятельности и досуга, а также общения со здоровыми людьми ведет к стремительному развитию синдрома госпитализма и дефициту социального опыта, что, в конечном итоге, проявляется в деформации – формированию зависимой личности. Все это препятствует социальной интеграции данной категории больных людей. В этой связи, очевидно, что система психиатрической помощи, которая дает возможность постоянного наблюдения лиц с ментальными нарушениями, как в стационарных условиях, так и во внебольничных по месту жительства, является оптимальной.

Вместе с тем, как справедливо, на наш взгляд, подчеркивает Е.В. Степанова, «проведенные исследования позволяют сделать вывод о том, что в Нижегородской области возникла необходимость создания новой формы психиатрической помощи, основанной на эффективном взаимодействии всех учреждений, участвующих в оказании помощи людям с ментальными нарушениями. Организаций и учреждений такого рода достаточно много, но их деятельность носит по отношению к душевнобольным эпизодический характер, поэтому необходимо скоординировать деятельность всех этих учреждений»¹.

Таким образом, очевидно, что для выработки основных ориентиров медико-социальной помощи и охраны здоровья, качественного предоставления социально-медицинских услуг, определения социальных

¹ Степанова Е.В. Внедрение социальной работы в психиатрию: анализ теоретических подходов и практического опыта (на материалах Нижегородской области) // Отечественный журнал социальной работы. – 2011. – № 4 (47). – С. 102

параметров благополучия населения необходим межотраслевой подход, интеграция сфер здравоохранения и социальной защиты населения, взаимодействие специалистов этих областей на всех уровнях.

При этом, как подчеркивает Г.В. Лапина, в социальной сфере и в здравоохранении, в частности, «достаточно трудно проследить связь между ресурсами, инструментами, способами действий и результатами. Эта связь настолько сложна, настолько разнообразны условия и ограничения, что просчитать заранее и четко определить путь развития, который нужен для решения определенных проблем и получения заданного результата, практически невозможно»¹.

Ф.Е. Вартамян, Р.А. Хальфин, И.Я. Таджиев и др. отмечают, что сложившаяся на сегодняшний день сеть медико-социальных учреждений и порядок взаимодействия между ними таковы, что процесс оказания помощи осуществляется неэффективно: стационары перегружены и почти отсутствуют специализированные учреждения долечивания и ухода за больными. Остаются вне поля зрения такие элементы как патронажная, оздоровительная и другие виды медико-социальной деятельности².

Проблемы эффективной интеграции систем здравоохранения и социальной защиты населения при оказании различных видов медико-социальной помощи обусловлены отсутствием системы управления медико-социальной помощи населению с разработанной нормативно-правовой базой, разобщенностью функционирования медицинских и социальных структур, отсутствием единой информационной базы нуждающихся в таких видах помощи, степенью их доступности для отдельных групп населения³.

До настоящего времени четко не определены аспекты взаимодействия медицинских и социальных работников, а именно: формы организации,

¹ Лапина Г.В. О роли общественных организаций в процессе саморазвития и саморегулирования социальных систем современного мира // Российский социально-политический вестник. – 2011. – № 6. – С. 28.

² Вартамян Ф.Е. Современные тенденции развития здравоохранения // Здравоохранение. – 2008. – № 1. – С. 1623.

³ Парамонов В.В. Информационная система «Популяционный раковый регистр»: дис. ... канд. тех. наук. – Иркутск, 2010. – 154 с.

разграничение функциональных обязанностей, нормативы деятельности социальных работников в учреждениях здравоохранения¹.

При этом, как подчеркивает А.В. Мартыненко, не только в обществе в целом, но и лицами, принимающими решения и даже специалистами смежных профессий (в т.ч. врачами) мало известна роль медико-социальной работы как нового вида профессиональной деятельности интегративного характера, ее задачи и направления деятельности².

Все изложенное выше свидетельствует о том, что совместная деятельность систем здравоохранения и социальной защиты населения в нашей стране нуждается в реформировании. Здравоохранение сегодня предъявляет новые требования не только к медицинским, но и социальным работникам, формирует принципиально иную систему отношений, которая определяет инновационные юридические, экономические, организационные, социально-психологические основы профессиональной деятельности. Только объединенными усилиями можно определить как необходимый уровень социального благополучия, так и выработать конкретные пути его достижения для сохранения здоровья. Управление системой медико-социальной помощи населению позволит вывести медико-социальную помощь на более качественный уровень. Современная концепция здоровья требует оказания социально-медицинских услуг населению совместными усилиями медицинских и социальных работников, организационно объединенных в единую межведомственную систему по охране здоровья.

¹ Воробцова Е.С. Медико-социальная работа в планировании семьи // Медико-социальная работа с различными категориями населения: материалы межд. науч.-практ. конф. Орел, 19-20 мая 2005 г. – Орел: ОГУ, ООО «АДС-Полиграфия», издатель А.В. Воробьев, 2006. – С, 157-160.

² Мартыненко А.В. Становление медико-социального образования в России // Известия Российской академии образования. – 2013. – № 1 (25). – С. 103.

ГЛАВА 2. НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

2.1. Анализ предоставления социально-медицинских услуг населению в учреждениях социальной защиты в городе Москве

В 2021 году на основе сопоставления данных штатного расписания учреждений социальной защиты города Москвы численность специалистов социальной работы в городе Москве в организациях социального обслуживания населения составляла 2832 человека.

Для изучения состояния организации и оказания медико-социальной службы помощи населению в учреждениях социальной защиты и социального обслуживания населения города Москвы в 2018-2021 гг. было проведено социологическое исследование о предоставлении социально-медицинских услуг специалистами по социальной работе в учреждениях социальной защиты населения города Москвы. Проанализированы ответы 150 специалистов по социальной работе, принимающих участие в оказании медико-социальной помощи населению.

Анкетирование организовано и проведено на базах: ГБУ г. Москвы Территориальный центр социального обслуживания «Мещанский»; ГБУ г. Москвы Территориальный центр социального обслуживания «Новогиреево»; ГБУ г. Москвы Территориальный центр социального обслуживания «Жулебино», филиал «Выхино»; ГБУ г. Москвы Психоневрологический интернат № 12; ГБУ г. Москвы Психоневрологический интернат № 26; ГБУ г. Москвы Центр социальной помощи семье и детям «Благополучие»; ГБУ г. Москвы Социально-реабилитационный центр ветеранов войн и Вооруженных Сил.

В исследовании приняли участие 150 специалистов по социальной работе этих учреждений, из них основную долю составили женщины – 72,7%; мужчин – 27,3%.

Возраст респондентов – от 18 до 65 лет. В возрастной структуре 24% пришлось на долю лиц от 18 до 30 лет; 58% – на лиц 31-50 лет; 18% – на лиц от 51 до 60 лет (рис. 1).

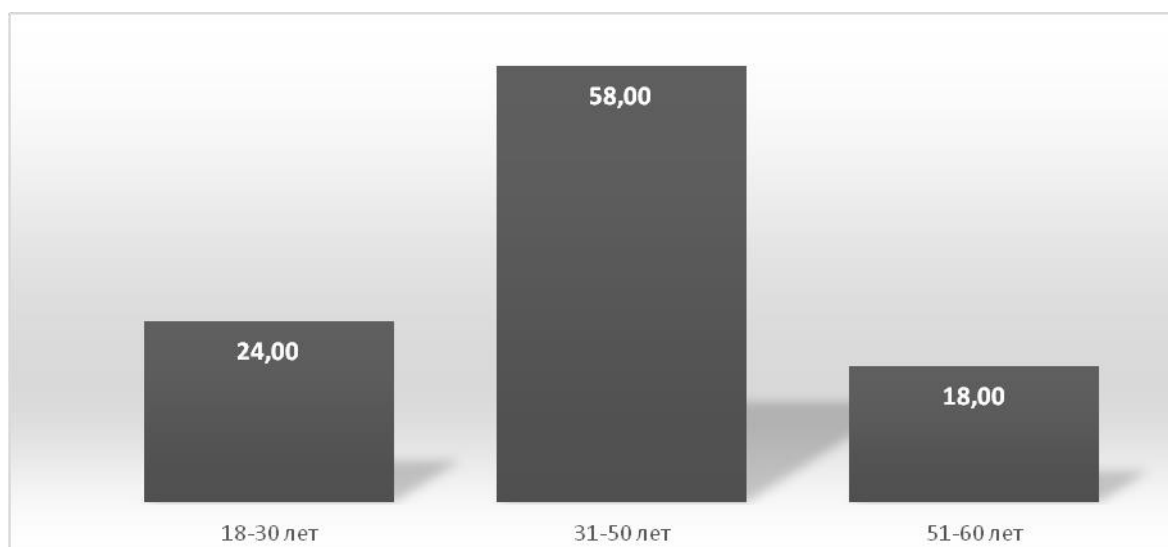


Рис. 1. Распределение респондентов по возрасту, %

Распределение респондентов по уровню образования представлено на рисунке 2.

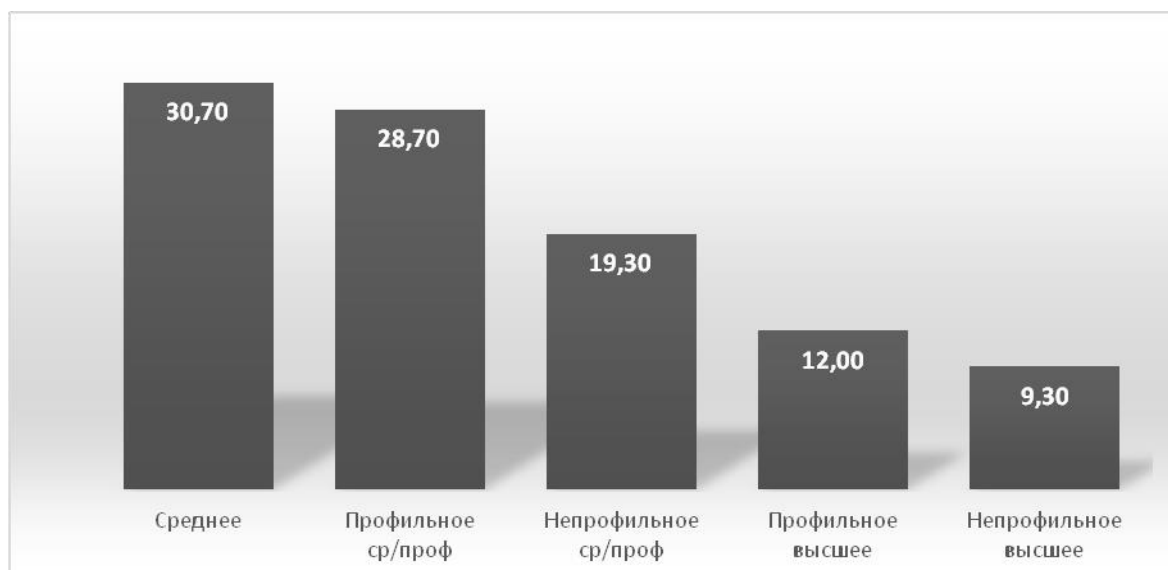


Рис. 2. Распределение респондентов по уровню образования, %

Итак, общее среднее образование имеют 30,7% принявших участие в опросе респондентов; профильное среднее профессиональное (техникум, колледж) – 28,7%; непрофильное среднее профессиональное (техникум,

колледж) – 19,3%; высшее профильное – 12%; остальные 9,3% респондентов указывают на получение высшего непрофильного образования.

Таким образом, в данной выборке преобладают женщины с общим средним образованием в возрасте от 31 года до 50 лет.

Разработанная для целей опроса анкета (приложение 1) содержала 12 вопросов, сгруппированных в четыре блока.

Первый блок предполагал получение информации об основных социально-демографических данных респондентов.

Второй блок включал вопросы, позволяющие получить информацию о предоставлении или не предоставлении социально-медицинских услуг, а также периодичности их оказания в учреждениях, в которых работают респонденты.

Третий блок – вопросы, направленные на изучение мнения респондентов о знаниях, умениях, навыках, правах и компетенциях, необходимых социальному работнику при оказании медико-социальной помощи населению, а также о том, насколько их квалификация соответствует выполняемой ими работе.

Четвертый блок содержал вопросы, направленные на исследование возможных путей развития медико-социальной помощи в учреждениях социальной защиты и социального обслуживания населения.

Полученные в ходе анкетирования ответы респондентов были обработаны, результаты представлены в сводной таблице 1 (приложение 2).

На рисунке 3 представлены результаты анализа ответов респондентов о выполнении процедур, связанных с сохранением здоровья получателя социальных услуг.



Рис. 3. Распределение ответов респондентов на вопрос о выполнении процедур, связанных с сохранением здоровья получателя социальных услуг, %

Итак, такая услуга, как отслеживание изменений состояния по внешнему виду и самочувствию, а также объяснение результатов измерений и симптомов, указывающих на возможные заболевания, частью респондентов не оказывается, поскольку, по мнению 20,7% социальных работников, не востребована. Еще 16% респондентов утверждают, что данная услуга не предусмотрена их должностными инструкциями.

Около трети респондентов (29,3%) отслеживают изменения состояния получателей социальных услуг по внешнему виду и самочувствию, объясняют им результаты измерений и т.д. ориентировочно 1-2 раза в месяц.

Как показал анализ ответов респондентов на вопрос об оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи, социальными работниками не предоставляются следующие виды помощи: мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни; прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой); термоизоляция при отморожениях и других эффектах

воздействия низких температур. Мнения респондентов о причинах такого положения вещей распределились следующим образом (рис. 4):



Рис. 4. Распределение ответов респондентов о причинах не предоставлении отдельных видов первичной доврачебной медико-санитарной помощи социальными работниками, %

Как отметили большинство респондентов, мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни, а также промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой в их профессиональной деятельности не предусмотрены. А термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур – не предусмотрена. Около 15-20% социальных работников отметили, что для оказания этих видов первичной доврачебной медико-социальной помощи им не хватает опыта или образования.

Регулярность предоставления социальными работниками других видов медико-санитарной помощи представлена на рисунке 5.

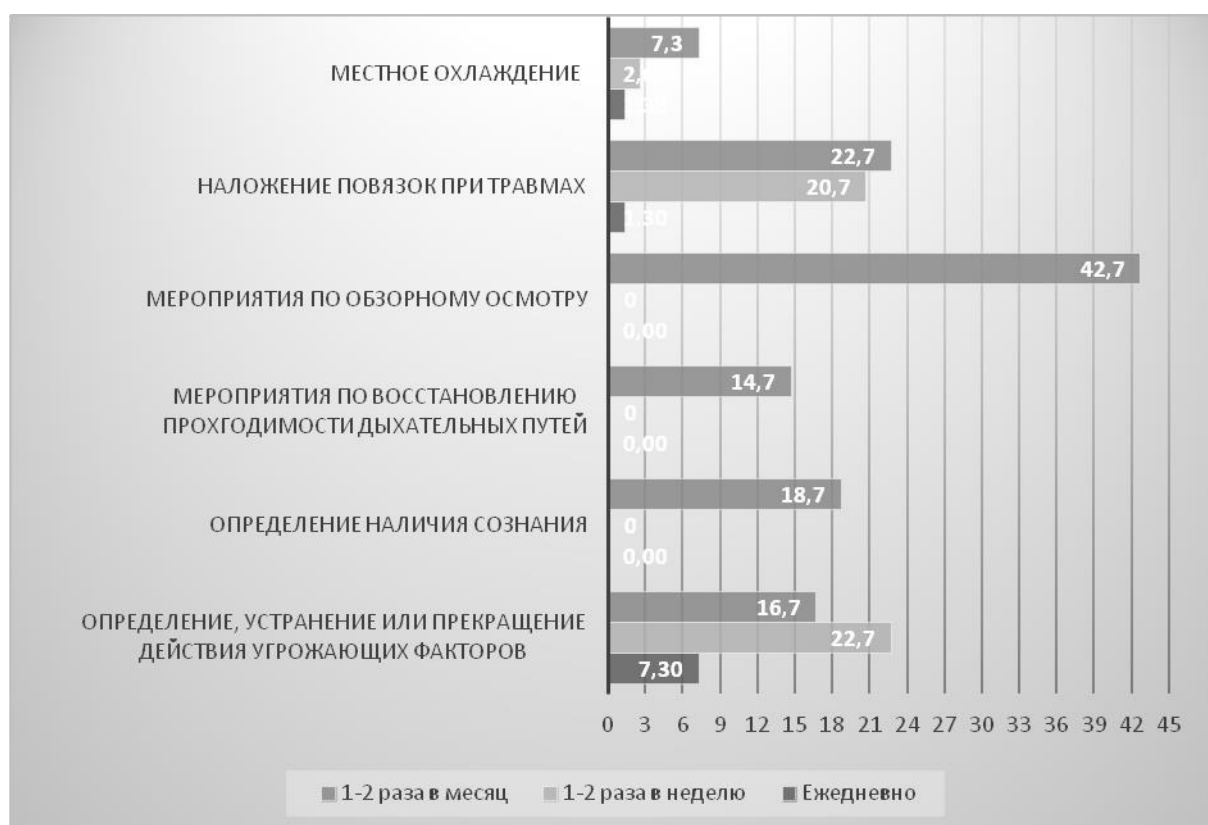


Рис. 5. Распределение ответов респондентов на вопрос об оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи, %

Наиболее часто респонденты сталкиваются с необходимостью определения, устранения или прекращения действия угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего: 7,3% респондентов утверждают, что оказывают данный вид медико-санитарной помощи ежедневно, 22,7% – 1-2 раза в неделю. Также достаточно часто (1-2 раза в неделю) 20,7% социальным работникам приходится накладывать повязки при травмах различных областей тела; проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, с использованием изделий медицинского назначения). А 1,3% респондентов утверждают, что занимаются этим ежедневно.

С такими видами медико-санитарной помощи, как определение наличия сознания у пострадавшего; мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего; мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения; местное охлаждение при

травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения, социальные работники сталкиваются 1-2 раза в месяц.

При этом большинство респондентов вышеописанные виды первичной доврачебной медико-санитарной помощи не оказывают вообще, причины тому представлены на рисунке 6.

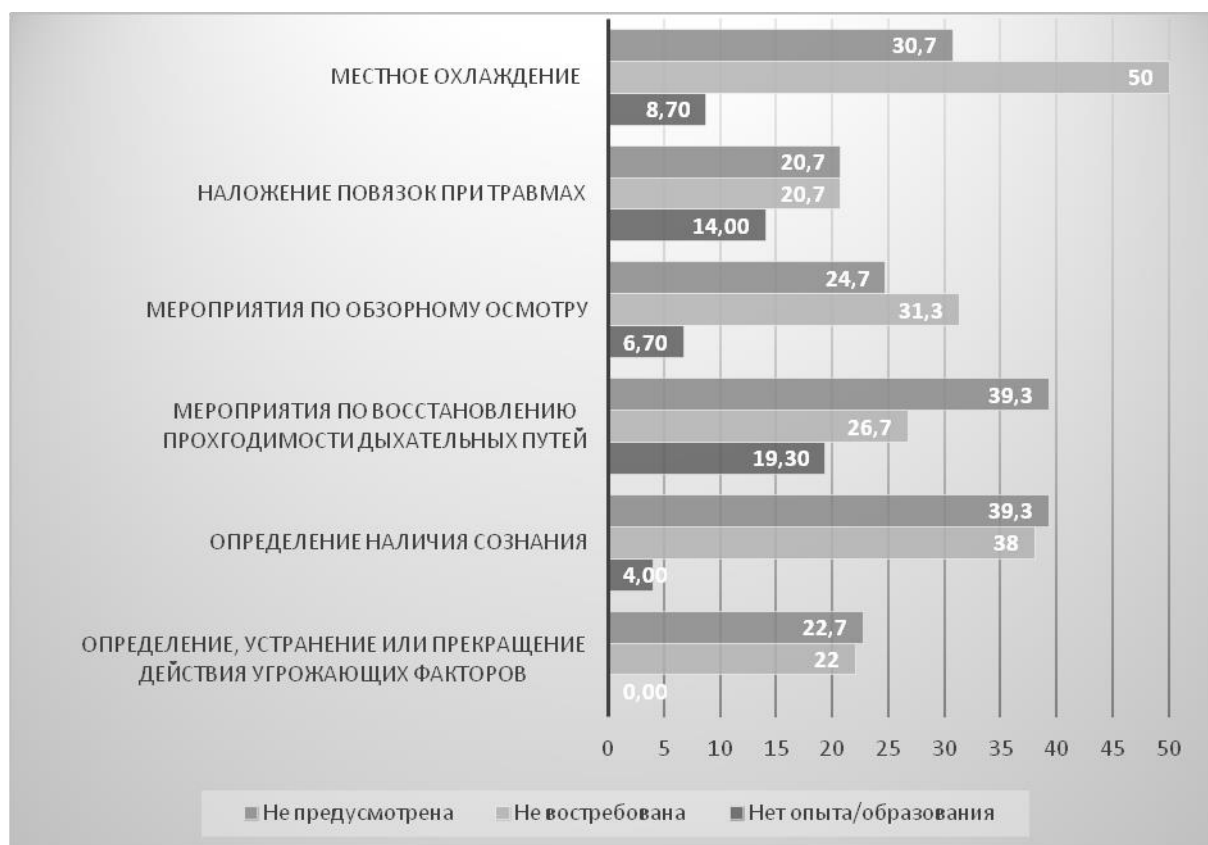


Рис. 6. Распределение ответов респондентов о причинах не предоставлении отдельных видов первичной доврачебной медико-санитарной помощи социальными работниками, %

Такие виды медико-санитарной помощи, как определение, устранение или прекращение действия угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего; определение наличия сознания у пострадавшего; мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего, по утверждению опрошенных социальных работников не предусмотрены их должностными обязанностями. А мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения и местное охлаждение при

травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения, по мнению опрошенных, не востребованы в учреждениях социальной защиты и социального обслуживания населения. Причем, около 5-20% респондентов отметили, что для оказания этих видов помощи у них не хватает опыта или образования.

На рисунке 7 представлены результаты анализа ответов респондентов о выполнении медицинских процедур, перевязок, инъекций по назначению лечащего врача.

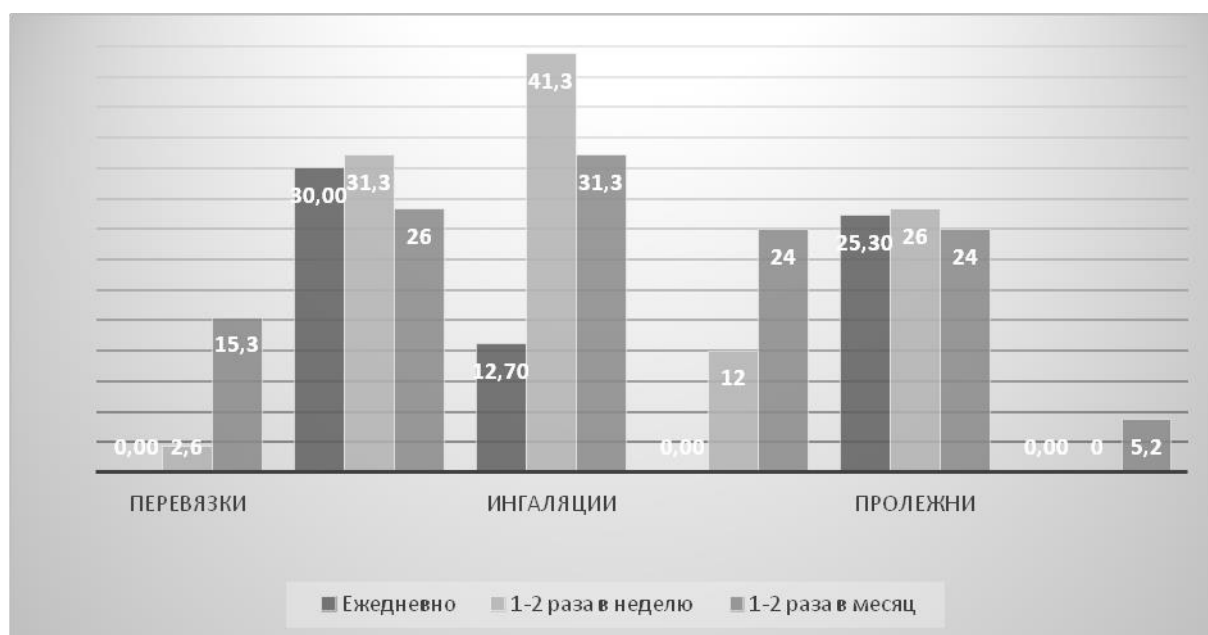


Рис. 7. Распределение ответов респондентов о выполнении медицинских процедур, перевязок, инъекций по назначению лечащего врача, %

Наиболее часто (ежедневно или 1-2 раза в неделю) специалисты по социальной работе выполняют по назначению лечащего врача такие медицинские процедуры, как измерение температуры тела, артериального давления; проведение внутримышечной или подкожной инъекции; обработка пролежней. Как наименее редкие респонденты отметили такие процедуры, как перевязки по назначению лечащего врача и наложение компрессов, а также выполнение очистительной клизмы. При этом, если внутримышечные или подкожные инъекции социальным работникам периодически приходится выполнять, то внутривенные инъекции – нет.

На рисунке 8 представлены результаты анализа причин не выполнения социальными работниками медицинских процедур, перевязок, инъекций по назначению лечащего врача.

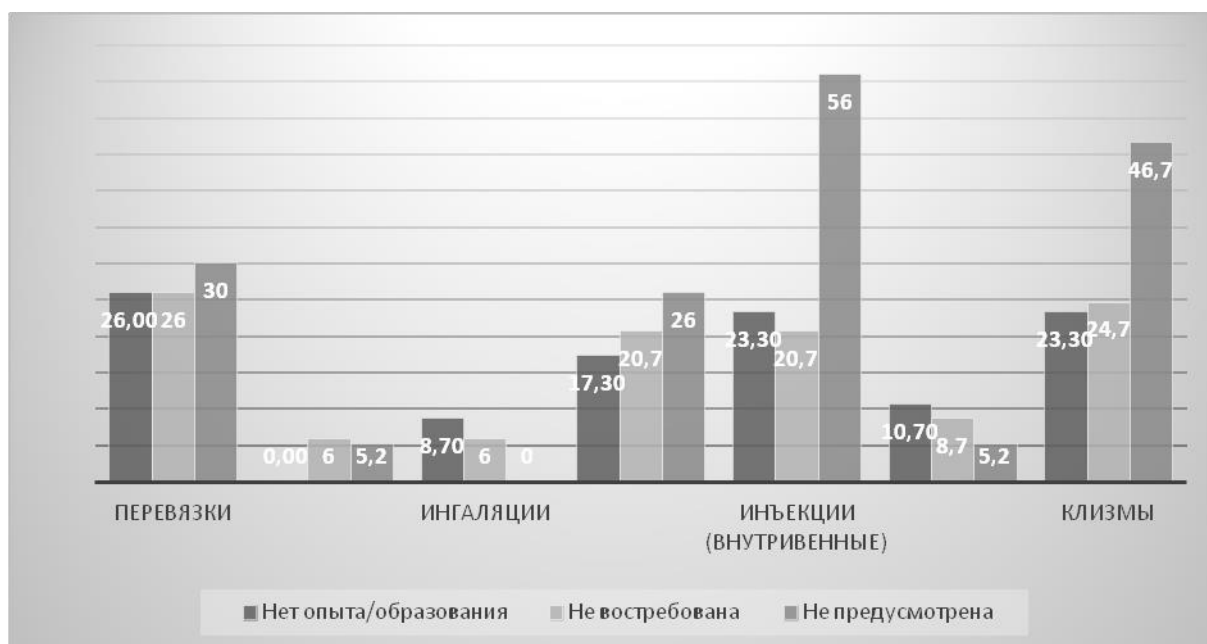


Рис. 8. Распределение ответов респондентов о причинах не выполнении медицинских процедур, перевязок, инъекций по назначению лечащего врача, %

Такие медицинские процедуры, как перевязки по назначению лечащего врача и наложение компрессов; инъекции (как внутримышечные и подкожные, так и внутривенные), а также выполнение очистительной клизмы, по утверждению большинства опрошенных социальных работников не предусмотрены их должностными обязанностями. Также достаточно большой процент респондентов уверены, что эти медицинские процедуры в учреждениях социальной защиты и социального обслуживания населения не востребованы, и у социальных работников нет достаточного опыта или образования для их выполнения.

Всего 7,3% респондента 1-2 раза в месяц сталкиваются с необходимостью уточнения состояния здоровья получателя социальных услуг и согласования программы упражнений по ЛФК (в том числе в бассейне) с учетом медицинских противопоказаний, общеукрепляющей гимнастики, а также специальных физических упражнений для определенной

группы мышц. Также 7,3% специалистов по социальной работе уточняют состояние здоровья и согласовывают программы массажа (процедур на массажной кровати, кресле или матрасе) с учетом медицинских противопоказаний; проводят дозированное воздействие на участки поверхности тела, проводимого с помощью специальных аппаратов или руками (с помощью массажной кровати или кресла) для лечебных, оздоровительных или профилактических целей. При этом, по мнению 45,3% респондентов организация лечебно-физкультурного комплекса не предусмотрена их должностными обязанностями. 36% уверены, что не предусмотрен и массаж. Еще 35,3% отмечали, что для проведения массажа у них нет необходимого опыта или образования.

Наиболее востребованными, по данным респондентов, являются услуги сиделки (рис. 9).

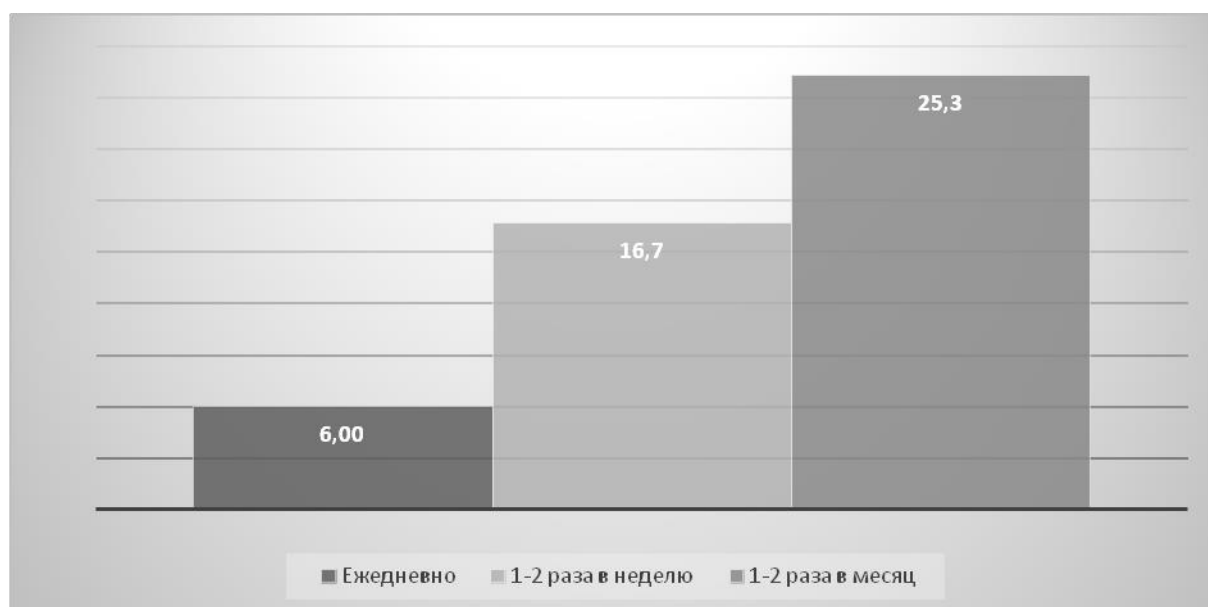


Рис. 9. Распределение ответов респондентов о востребованности услуг сиделки, %

25,3% респондентов получают от получателя социальных услуг лекарственные препараты, медицинское оборудование и инструменты, иной инвентарь для оказания услуги сиделки, наблюдают за состоянием здоровья получателя социальных услуг. При этом 32,7% из них уверены, что эта услуга не предусмотрена их должностными инструкциями.

На рисунке 10 представлены результаты анализа ответов респондентов о предоставлении иных услуг социальных работников в учреждениях социальной защиты и социального обслуживания населения.

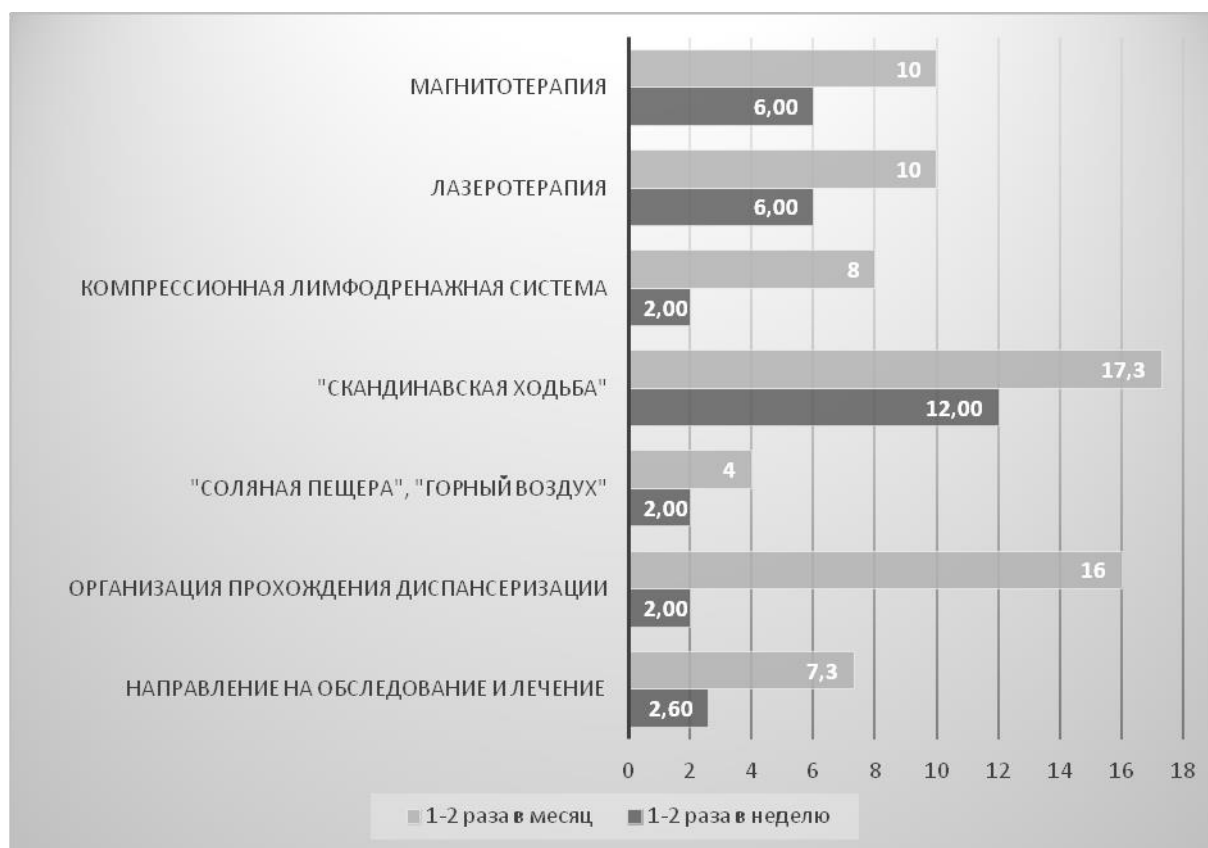


Рис. 10. Распределение ответов респондентов о предоставлении иных услуг, %

Достаточно часто специалистам по социальной работе приходится заниматься уточнением состояния здоровья получателя социальных услуг и согласованием процедур «скандинавской ходьбы» с учетом медицинских противопоказаний, проведением сеанса «скандинавской ходьбы» по специальной методике с использованием специальных приспособлений (палки для «скандинавской ходьбы»), а также оказывать помощь в составлении плана лечения по заболеваниям, выявленным в ходе диспансеризации.

Наименее часто специалисты по социальной работе сталкиваются в необходимости уточнения состояния здоровья получателя социальных услуг и согласования процедуры галотерапии с учетом медицинских

противопоказаний, а также осуществлением данной процедуры в специализированном помещении, стены, потолок и пол которого покрыты морской солью.

При этом проведение оздоровительного курса комплексов «Соляная пещера», «Горный воздух» (при наличии медицинского заключения с указанием продолжительности курса), «Скандинавская ходьба», а также проведение оздоровительного сеанса на компрессионной лимфодренажной системе, лазеротерапия и магнитотерапия, как полагают многие опрошенные социальные работники, зачастую затруднено в связи с отсутствием необходимого оборудования или медикаментов. А направление на обследование и лечение в медицинские организации получателя социальных услуг, нуждающегося в оказании ему специализированной медицинской помощи, и организация прохождения диспансеризации, по мнению большинства социальных работников, не предусмотрены их должностными инструкциями.

Все опрошенные специалисты по социальной работе оказывают содействие медицинским работникам в оказании медицинской помощи населению, а также содействие в прохождении освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы (рис. 11).

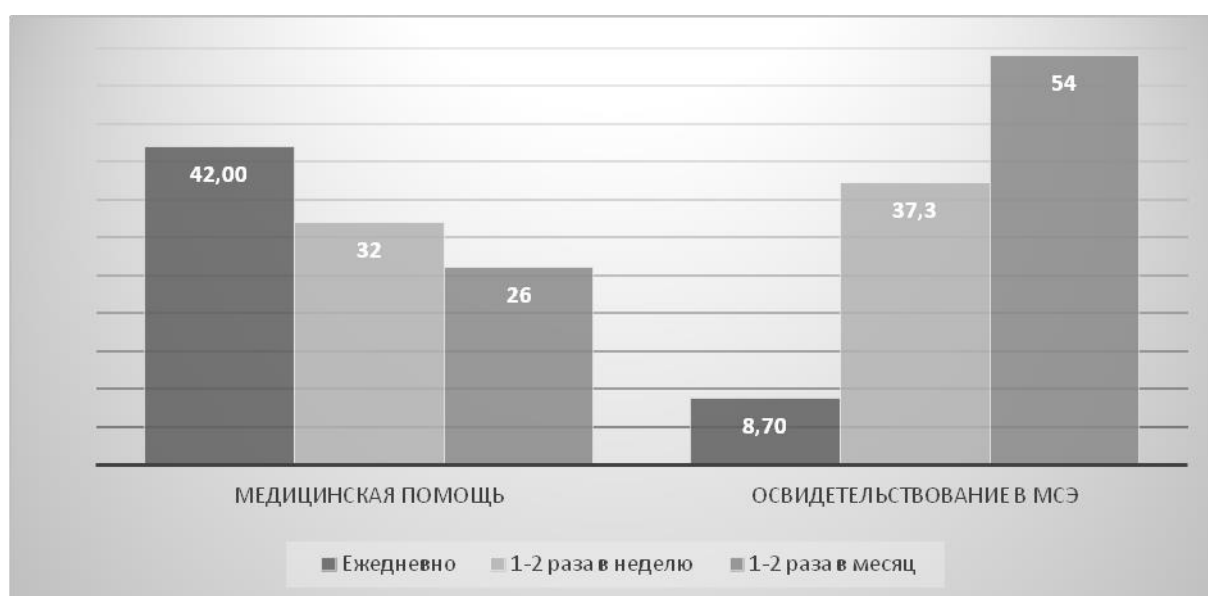


Рис. 11. Распределение ответов респондентов о содействии медицинским работникам, %

Итак, 42% респондентов ежедневно оказывают содействие медицинским работникам по вопросам лечения, обеспечения лекарственными средствами; записи к врачам-специалистам для оказания медицинской помощи, в том числе в целях прохождения диспансеризации. 32% опрошенных занимаются этим 1-2 раза в неделю. Значительно реже социальным работникам приходится участвовать в сборе документов, необходимых для комплексной оценки состояния здоровья получателя социальных услуг; оказывать помощь в получении документов, подтверждающих инвалидность, а также помощь в составлении жалобы на решение комиссии медико-социальной экспертизы (в случае несогласия с принятым решением).

Кроме того, 1-2 раза в месяц 18% респондентов оказывают медицинским работникам содействие в проведении реабилитационных мероприятий, в частности, помощь в выборе технических средств реабилитации, проведение практических занятий по обучению пользованию техническими средствами реабилитации; консультирование по обустройству жилого помещения с учетом индивидуальных ограничений жизнедеятельности. Еще 51,3% социальных работников – в определении необходимой для получателя социальных услуг организации социально-реабилитационного обслуживания или медицинских организаций, оказывающие реабилитационные мероприятия социально-медицинского характера.

Что касается оказания социально-медицинских услуг и стоматологической помощи, то только 4% респондентов проводят скрининг получателей социальных услуг, нуждающихся в зубопротезировании, и обучение правильному пользованию и правильному уходу за съемными протезами. Также 4% проводят профилактические осмотры и обучение

правилам чистки зубов. А динамическое наблюдение за получателем социальных услуг с хронической формой заболевания полости рта ни один из социальных работников не реализует.

При этом, если в качестве причин недостаточного содействия медицинским работникам в проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социально-психологических), в том числе для инвалидов, социальные работники чаще всего называли не востребованность и не предусмотренность такого содействия в условиях учреждений социальной защиты и социального обслуживания населения, то неоказание социально-медицинских услуг и стоматологической помощи объясняли отсутствием необходимого опыта и образования.

Следующий блок вопросов анкеты был направлен на изучение мнения респондентов о знаниях, умениях, навыках, правах и компетенциях, необходимых социальному работнику при оказании медико-социальной помощи населению, а также о том, насколько их квалификация соответствует выполняемой ими работе.

На рисунке 12 отражен анализ ответов респондентов на вопрос о том, какие виды деятельности мог бы осуществлять специалист по социальной работе при оказании социально-медицинских услуг.



Рис. 12. Распределение ответов респондентов о возможных видах деятельности социального работника при оказании социально-медицинских услуг, %

По мнению большинства респондентов, в учреждениях социальной защиты и социального обслуживания населения социальные работники могли бы выполнять медико-социальную, диагностическую и профилактическую деятельность. Отмечая как «другое», 15,3% респондентов называли социальную деятельность. Такой небольшой процент этих ответов объясняется, вероятно, очевидностью для всех необходимости социальной деятельности в такого рода учреждениях.

В таблице 1 представлены результаты анализа ответов респондентов на вопрос о знаниях, умениях, навыках, правах и компетенциях, необходимых социальному работнику при оказании медико-социальной помощи населению в области диагностической деятельности.

Таблица 1

Необходимые социальному работнику знания, умения, навыки, права и компетенции при оказании медико-социальной помощи населению (диагностическая деятельность)

Знания, умения, навыки, права и компетенции	Кол-во ответов	%
Уметь интерпретировать результаты обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики	106	70,7
Уметь планировать обследование пациента	94	62,7
Знать топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды; строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии	74	49,3
Знать общие принципы классификации заболеваний; клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп	107	71,3
Знать организацию правильного ухода за пациентами, а также работу с простейшей лечебно-диагностической аппаратурой	98	65,3

Итак, специалист по социальной работе при оказании медико-социальной помощи в области диагностической работы, в первую очередь, по мнению респондентов, должен знать общие принципы классификации заболеваний; клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп, а также уметь интерпретировать

результаты обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики. Наименее значимо знание топографии органов и систем организма в различные возрастные периоды; строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии.

В таблице 2 представлены результаты анализа ответов респондентов на вопрос о знаниях, умениях, навыках, правах и компетенциях, необходимых социальному работнику при оказании медико-социальной помощи населению в области профилактической деятельности.

Таблица 2

Необходимые социальному работнику знания, умения, навыки, права и компетенции при оказании медико-социальной помощи населению (профилактическая деятельность)

Знания, умения, навыки, права и компетенции	Кол-во ответов	%
Иметь практический опыт определения групп риска развития различных заболеваний	121	80,7
Иметь практический опыт проведения санитарно-гигиенического просвещения населения; организации работы Школ здоровья, проведения занятий для пациентов с различными заболеваниями	94	62,7
Уметь обучать пациента и его окружение сохранять и поддерживать максимально возможный уровень здоровья	101	67,3
Уметь определять группы риска развития различных заболеваний	104	69,3
Уметь организовывать и проводить патронажную деятельность на закрепленном участке	112	74,7
Знать принципы диспансеризации при различных заболеваниях; группы диспансерного наблюдения при различной патологии	89	59,3
Знать методику санитарно-гигиенического просвещения	77	51,3
Знать показания и противопоказания к применению лекарственных препаратов; особенности применения лекарственных средств у беременных, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста	142	94,7

Специалист по социальной работе при оказании медико-социальной помощи в области профилактической работы, в первую очередь, по мнению респондентов, должен знать показания и противопоказания к применению

лекарственных препаратов; особенности применения лекарственных средств у беременных, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста; иметь практический опыт определения групп риска развития различных заболеваний, а также уметь организовывать и проводить патронажную деятельность на закрепленном участке. Наименее значимо знание методики санитарно-гигиенического просвещения.

В таблице 3 представлены результаты анализа ответов респондентов на вопрос о знаниях, умениях, навыках, правах и компетенциях, необходимых социальному работнику при оказании медико-социальной помощи населению в области медико-социальной деятельности.

Таблица 3

Необходимые социальному работнику знания, умения, навыки, права и компетенции при оказании медико-социальной помощи населению (медико-социальная деятельность)

Знания, умения, навыки, права и компетенции	Кол-во ответов	%
Иметь практический опыт реабилитации пациентов при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах	124	82,7
Иметь практический опыт проведения комплексов лечебной физкультуры пациентам различных категорий	92	61,3
Иметь практический опыт осуществления основных физиотерапевтических процедур по назначению врача	93	62
Иметь практический опыт проведения экспертизы временной нетрудоспособности	127	84,7
Уметь проводить комплекс упражнений по лечебной физкультуре при различных заболеваниях; основные приемы массажа и лечебной физкультуры	142	94,7
Уметь проводить физиотерапевтические процедуры	103	68,7
Уметь организовывать реабилитацию пациентов и составлять программу индивидуальной реабилитации	88	58,7
Уметь осуществлять паллиативную помощь пациентам	74	49,3
Уметь проводить медико-социальную реабилитацию инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий, лиц с профессиональными заболеваниями и лиц из группы социального риска	94	62,7
Уметь проводить экспертизу временной нетрудоспособности;	108	72
Знать группы инвалидности и основы освидетельствования	123	82

стойкой утраты нетрудоспособности в медико-социальной экспертизе		
Знать общее и специальное физиологическое воздействие физических упражнений и массажа на организм человека	141	94
Знать основные виды физиотерапевтических процедур и возможности их применения в реабилитации	122	81,3

Специалист по социальной работе при оказании медико-социальной помощи в области медико-социальной работы, в первую очередь, по мнению респондентов, должен уметь проводить комплекс упражнений по лечебной физкультуре при различных заболеваниях; основные приемы массажа и лечебной физкультуры; знать общее и специальное физиологическое воздействие физических упражнений и массажа на организм человека; иметь практический опыт проведения экспертизы временной нетрудоспособности, а также иметь практический опыт реабилитации пациентов при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах. Наименее значимо в этом плане умение организовывать реабилитацию пациентов и составлять программу индивидуальной реабилитации и практический опыт проведения комплексов лечебной физкультуры пациентам различных категорий.

На рисунке 13 отражены результаты анализа ответов респондентов о том, насколько их квалификация соответствует выполняемой ими работе.

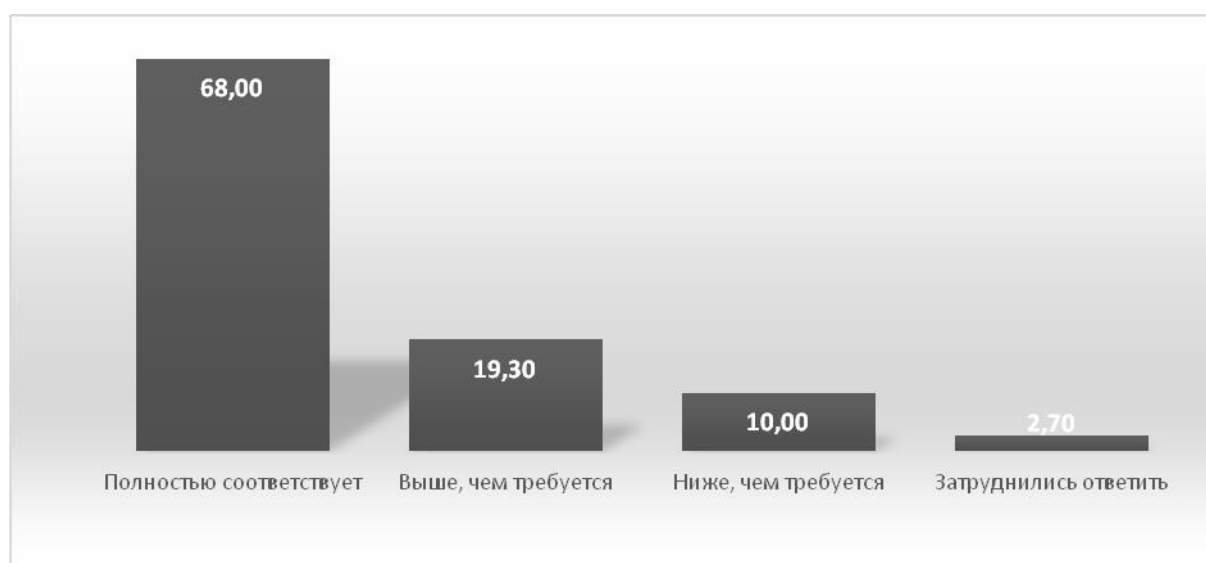


Рис. 13. Распределение ответов респондентов о соответствии квалификации выполняемой работе, %

По мнению большинства принявших участие в опросе специалисты по социальной работе, их квалификация полностью соответствует выполняемой ими работе. Однако, вместе с тем, опять-таки большинство из них отметили, что им было бы полезно пройти переподготовку, повышение квалификации (рис. 14).

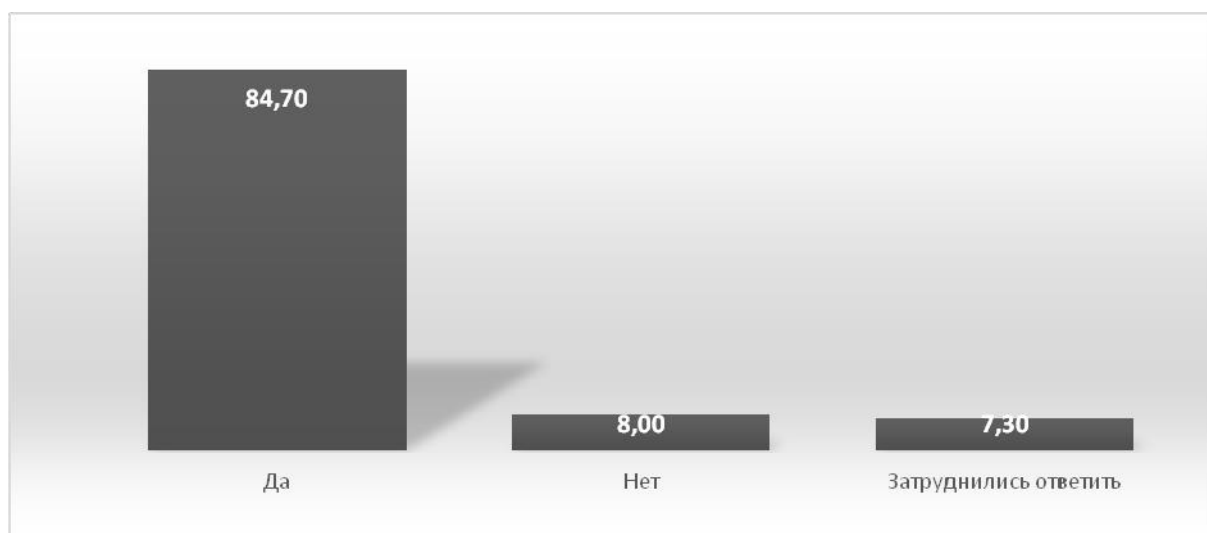


Рис. 14. Распределение ответов респондентов о необходимости переподготовки, повышения квалификации, %

При этом наиболее эффективными, по мнению респондентов, являются такие формы переподготовки, повышения квалификации, как консультации специалистов и повышение квалификации сроком на 2-3 недели. Наименее эффективна в этом плане стажировка (рис. 15).

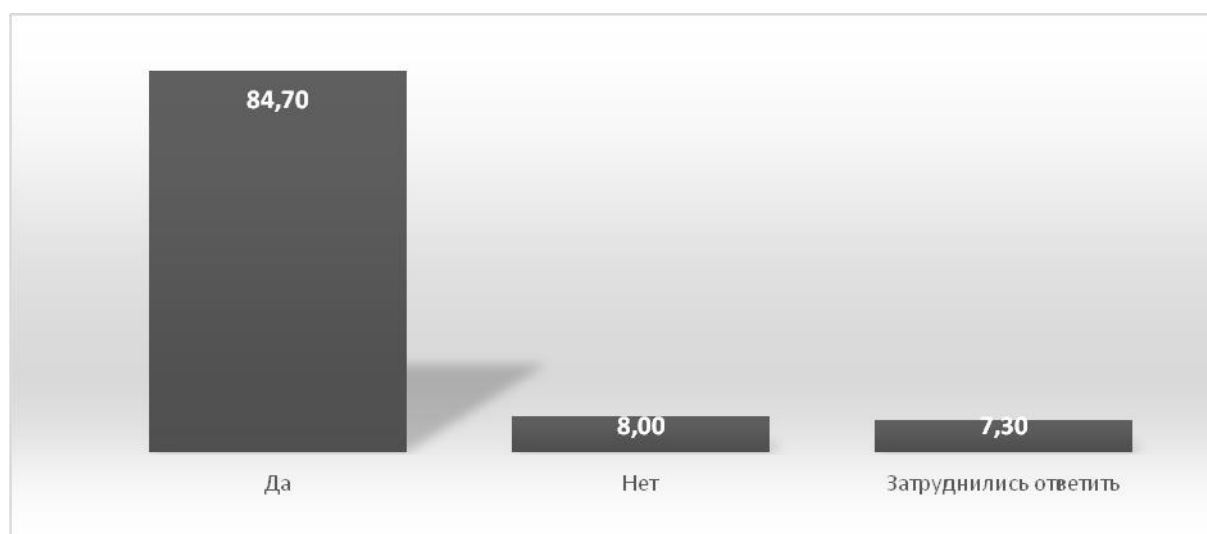


Рис. 15. Распределение ответов респондентов о формах переподготовки, повышения квалификации, %

В таблице 4 отражены наиболее важные, по мнению опрошенных социальных работников, вопросы, которые необходимо рассматривать в ходе переподготовки, повышения квалификации.

Таблица 4

Вопросы, подлежащие рассмотрению в ходе переподготовки, повышения квалификации социальных работников, оказывающих медико-социальную помощь населению

Знания, умения, навыки, права и компетенции	Кол-во ответов	%
Охраны здоровья и здравоохранения	127	84,7
Возрастные особенности психологии пожилых людей	130	86,7
Оказание первой медицинской помощи	93	62
Делопроизводства	12	8
Медицинской и фармацевтической деятельности	39	26
Мер социальной поддержки и социальной защиты населения	67	44,7
Законодательства о социальной защите и социальном обслуживании населения	57	38
Предоставления социально-медицинских услуг	121	80,7
Новых технологий социального обслуживания	81	54

По мнению большинства специалисты по социальной работе, наибольший интерес и необходимость рассмотрения в ходе переподготовки, повышения квалификации представляют такие вопросы, как возрастные особенности психологии пожилых людей, вопросы охраны здоровья и здравоохранения, а также проблемы предоставления социально-медицинских услуг населению. Наименьший интерес представляют вопросы делопроизводства и медицинской и фармацевтической деятельности.

Таким образом, несмотря на отсутствие медицинского образования социальным работникам необходимо выполнять некоторые функции младшего и среднего медицинского персонала, что обусловлено, в первую

очередь, самой профессиональной деятельностью социального работника и потребностями получателей социальных услуг.

В проведенном социологическом опросе приняли участие 7 экспертов, среди которых – заведующие отделениями межрайонных отделений социальной реабилитации, заведующий отделением территориального центра социального обслуживания населения, заместитель директора по социальным вопросам психоневрологического диспансера, исполняющий обязанности главного врача психоневрологического диспансера, директор территориального Центра социального обслуживания населения. Возраст большинства из них – от 40 до 50 лет, стаж работы по специальности – более 15 лет, в занимаемой должности – от 3 до 10 и более лет.

В ходе анализа результатов опроса было установлено, что чаще всего организации, в которых работают эксперты, предоставляют (или могут предоставлять) следующие социально-медицинские услуги:

- запись к врачам-специалистам для оказания медицинской помощи, в том числе в целях прохождения диспансеризации;
- содействие в прохождении освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы, сбор документов, необходимых для комплексной оценки состояния здоровья получателя социальных услуг; помощь в получении документов, подтверждающих инвалидность;
- наблюдение за состоянием здоровья получателя социальных услуг;
- проведение и содействие в проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных, психологических), в том числе для инвалидов, на основании индивидуальных программ реабилитации.

Чаще всего эти услуги оказывают медицинские сестры, а также врачи, психологи и социальные работники. При этом социальные работники, в основном, содействуют в получении медицинской помощи и оказывают психологическую поддержку нуждающимся в ней получателям социальных услуг, обращающимся в данные социальные учреждения. Назывались также

такие функции социальных работников, как приобретение продуктов питания и товаров мелкого обихода; осуществление прогулок с проживающими; оформление документации, необходимой для осуществления стационарного социального обслуживания; оформление отчетно-учетной документации; участие в заседании комиссии по опеке и попечительству, составление протоколов данной комиссии; осуществление выездов по адресам квартир, где за проживающими сохранено право собственности и пользования; взаимодействие с родственниками получателей социальных услуг.

В Центре социального обслуживания населения, кроме того, социальный работник выполняет функцию социального инспектора (типизатора) после прохождения специального курса обучения, выходит на дом к потенциальному получателю социальных услуг с целью заполнения карты типизации по выявлению основных функциональных дефицитов человека и определению для него конкретного набора социальных услуг согласно Приказу ДТСЗН г. Москвы № 1459 от 31.12.2019.

Реже всего в учреждениях социальной защиты населения оказываются такие социально-медицинские услуги, как проведение оздоровительных комплексов «Соляная пещера», «Горный воздух», оздоровительного сеанса на компрессионной лимфодренажной системе, лазеротерапии и магнитотерапии.

Абсолютно все опрошенные эксперты уверены в возможности выполнения отдельных видов медико-социальной помощи социальным работником медико-социального профиля при наличии соответствующей квалификации. По мнению большинства экспертов, для этого они должны обладать, в первую очередь, компетенциями в области профилактики, а именно:

- уметь обучать пациента и его окружение сохранять и поддерживать максимально возможный уровень здоровья;

- уметь организовывать и проводить патронажную деятельность на закрепленном участке;
- знать методику санитарно-гигиенического просвещения.

В сфере диагностической деятельности социальные работники должны знать организацию правильного ухода за пациентами, а также работу с несложной лечебно-диагностической аппаратурой. Что касается медико-социальной деятельности, то эксперты отметили в качестве необходимой компетенции наличие у них практического опыта реабилитации пациентов при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах. Причем, как ни странно, наименее востребованными оказались компетенции именно в сфере медико-социальной помощи.

Совершенно не значимы, по мнению экспертов, такие компетенции социального работника, участвующего в оказании медико-социальной помощи, как умение осуществлять паллиативную помощь пациентам, умение проводить экспертизу временной нетрудоспособности, а также знание основных видов физиотерапевтических процедур и возможности их применения в реабилитации.

Анализ экспертных заключений показал, что большинство принявших участие в опросе экспертов уверены, что создание в организации социальной защиты населения отдельного подразделения медико-социальной службы, предоставляющего социально-медицинские услуги социальными работниками, окажет позитивное влияние на результативность оказания медико-социальной помощи, поскольку оптимизирует работу с получателями социальных услуг, расширит спектр оказания услуг при условии необходимой квалификации специалистов, которые будут эти услуги оказывать, появится возможность диагностировать заболевания на ранних стадиях и т.д.

Кроме того, как отметил исполняющий обязанности главного врача психоневрологического диспансера, на сегодняшний день приоритетное

значение (в силу ограниченного времени по стандартам оказания медицинской помощи) имеет именно медицинская помощь. Однако пациенты психиатрического и наркологического профиля имеют большой социальный шлейф и зачастую не могут обратиться за помощью в специальные учреждения данного профиля.

Некоторые эксперты оценили такую возможность положительно с некоторыми оговорками, отметив, например, следующее: «При наличии соответствующего образования и опыта возможно выполнение отдельных видов медико-социальной помощи социальными работниками, однако, без полноценной замены медицинской сестры», «Положительно повлияет, однако необходимо лицензирование такого рода деятельности и соблюдение интересов специалистов». По мнению эксперта, необходимо решение следующих вопросов: будет ли им засчитываться медицинский стаж, какова продолжительность рабочей недели, количество отпускных дней, так как в медицинской организации и организации социального обслуживания в этом вопросе есть много нюансов.

И только один из опрошенных экспертов – заведующий межрайонного отделения социальной реабилитации инвалидов – уверен, что при наличии работающего персонала патронажного отделения поликлиники и отделений социального обслуживания создание отдельного подразделения медико-социальной службы, предоставляющего социально-медицинские услуги социальными работниками, нецелесообразно. Как отметил эксперт, «социальную помощь должны оказывать социальные работники, медицинскую – медработники, имеющие медицинское образование».

Таким образом, социологическое исследование, направленное на выявление экспертного мнения о путях совершенствования медико-социальной помощи в организациях социальной защиты населения, показало, что, в целом, эксперты положительно относятся к возможности и необходимости создания в организациях социальной защиты населения

подразделений медико-социальной службы, предоставляющего социально-медицинские услуги социальными работниками. По мнению большинства, из них, при наличии соответствующего образования и опыта практической работы у социального работника увеличение штата персонала, который напрямую взаимодействует с получателями социальных услуг, благоприятно скажется на работе и результативности оказания медико-социальной помощи населению.

2.2. Модель управления службой медико-социальной помощи в учреждениях социальной защиты населения

Как было отмечено ранее, медико-социальная помощь оказывается как в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, так и в учреждениях системы социальной защиты.

При территориальных центрах социального обслуживания оказываются следующие виды помощи на дому:

- содействие в оказании медицинской помощи, в обеспечении ухода, а также в проведении медико-социальной экспертизы и реабилитационных мероприятий;
- наблюдение за состоянием здоровья;
- оказание доврачебной медико-санитарной помощи в экстренной форме;
- выполнение ряда медицинских процедур, таких как перевязки, инъекции по назначению лечащего врача;
- оказание санитарно-гигиенических услуг и содействие в госпитализации;
- содействие в оформлении путевок на санаторно-курортное лечение;
- посещение получателя услуг, который находится в медицинских организациях в стационаре.

В полустационарной форме проводится:

- оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи;
- предоставление медико-социального ухода;
- организация лечебно-оздоровительных мероприятий;
- содействие в прохождении освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы;
- организация прохождения диспансеризации;
- содействие в госпитализации.

Таким образом, территориальные центры социального обслуживания играют интегрирующую роль в оказании медико-социальной помощи.

Однако ведущее место в структуре учреждений, которые оказывают медико-социальную помощь населению занимают лечебно-профилактические учреждения. При этом амбулаторно-поликлиническая помощь является наиболее массовым видом лечебно-профилактической помощи населению¹.

В результате проведенного анкетирования нами было выявлено, что часть видов первичной медико-санитарной помощи специалистами по социальной работе не оказываются. Так, специалисты по социальной работе не проводят:

- сердечно-легочную реанимацию;
- мероприятия по прекращению воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);
- термоизоляцию при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

¹ Организация амбулаторно-поликлинической помощи / под ред. В.З. Кучеренко. – М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2012. – с. 31.

Помимо этого, большинство специалистов по социальной работе не проводит отслеживание изменений состояния по внешнему виду и самочувствию, также объяснение результатов измерений и симптомов.

Социальные работники полагают, что данные услуги не предусмотрены должностными инструкциями. Около 20% специалистов по социальной работе отметило, что для оказания этих видов медико-социальной помощи не хватает опыта или образования.

Следует отметить, что социальные работники довольно часто сталкиваются с необходимостью определения, устранения или прекращения действия угрожающих факторов для жизни и здоровья. Также социальные работники сталкиваются с необходимостью наложения повязок при травмах, проведения иммобилизации.

Кроме того, социальные работники часто выполняют по назначению лечащего врача измерение температуры тела, артериального давления, проведении внутримышечной или подкожной инъекции, обработку пролежней.

При этом перевязки по назначению лечащего врача, наложение компрессов, инъекции, а также выполнение очистительных клизм по утверждению специалистов по социальной работе не предусмотрены должностными обязанностями. Кроме того, большой процент социальных работников считают, что подобные медицинские процедуры в учреждениях социальной защиты и социального обслуживания не предусмотрены и у них отсутствует достаточный опыт или образование для их выполнения.

Наиболее востребованной у социальных работников является услуга сиделки, при этом около трети социальных работников отмечают, что данная услуга не предусмотрена их должностными инструкциями.

Достаточно часто специалистам по социальной работе приходится заниматься уточнением состояния здоровья получателя социальных услуг и

согласованием процедур «скандинавской ходьбы» с учетом медицинских противопоказаний, проведением сеанса «скандинавской ходьбы».

Отметим, что все опрошенные социальные работники оказывают содействие медицинским работникам в оказании медицинской помощи, а также содействует в прохождении освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы. Также, часть специалистов по социальной работе оказывает содействие в проведении реабилитационных мероприятий.

В качестве причин недостаточного содействия медицинским работникам в проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социально-психологических), в том числе для инвалидов, социальные работники чаще всего называли не востребованность и не предусмотренность такого содействия в условиях учреждений социальной защиты и социального обслуживания.

Таким образом, основу первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказываемой социальными работниками, составляет помощь при травмах и повреждениях, определения, устранение или прекращения действия угрожающих факторов для жизни и здоровья.

По результатам экспертного опроса можно выделить следующие функции специалистов по социальной работе:

- помощь записи к врачам специалистам;
- содействие в прохождении освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы;
- наблюдение за состоянием здоровья;
- проведение и содействие в проведении реабилитационных мероприятий.

При этом социальные работники, в основном, содействуют в получении медицинской помощи и оказывают психологическую поддержку.

Кроме того, к функциям специалистов по социальной работе можно причислить:

- покупку продуктов питания и товаров мелкого обихода;
- осуществление прогулок;
- оформление документации необходимой для стационарного социального обслуживания;
- оформление учетно-отчетной документации;
- участие в заседании комиссии по опеке и попечительству;
- взаимодействие с родственниками;
- выезд по адресам квартир, где проживающими сохранено право собственности и пользования.

Помимо вышеуказанного, в центре социального обслуживания специалист по социальной работе выполняет функцию социального инспектора после прохождения специального курса обучения. Социальный инспектор выходит на дом получателю услуг с целью заполнения карты типизации по выявлению основных функциональных дефицитов человека и определение для него конкретного набора социальных услуг.

Все опрошенные эксперты были уверены в возможности выполнения отдельных видов медико-социальной помощи социального работника медико-социального профиля при наличии соответствующей квалификации при этом эксперты полагают что не значимы такие компетенции как умение проводить экспертизу временной нетрудоспособности, а также знание основных видов физиотерапевтических процедур.

Итак, специалисты по социальной работе выполняют работу медицинской направленности. Однако фактическое состояние оказываемой медико-социальной помощи не способно удовлетворить потребности населения по той причине, что в российском законодательстве не нашел отражения порядок организации медико-социальной помощи. Помимо этого, функции социальных работников в области медико-социальной помощи, вероятно, ограничены по той причине, что лишь небольшое число сотрудников имеет профильное образование: так в исследуемой выборке

профильное среднее образование имело лишь 28,7% сотрудников, а высшее профильное только 12% сотрудников. Тем не менее, по мнению большинства принявших участие в опросе социальных работников их квалификация соответствует выполняемой работе. Несмотря на это большинство из них отметили, что им было бы полезно пройти переподготовку, повышение квалификации.

По результатам проведенного опроса специалистов по социальной работе и экспертному мнению можно сделать вывод о том, что создание в организации социальной защиты населения отдельного подразделения медико-социальной службы, предоставляющего социально-медицинские услуги социальными работниками, окажет позитивное влияние на результативность оказания медико-социальной помощи, поскольку значительно расширит спектр оказания услуг при условии необходимой квалификации специалистов.

Заметим, что в результате демографических тенденций, в том числе старения населения, все большее число людей нуждается в поддержке как со стороны медицинских, так и со стороны социальных служб. Таким пациентам может плохо подойти традиционная модель здравоохранения и социальной помощи, однако объединив эти две услуги, пациент может оказаться в центре организации помощи. При этом интеграция может не только улучшить здоровье пациента, но и сэкономить средства бюджета за счет сокращения количества госпитализаций в больницу по неотложной помощи и отсроченных выписок. Это особенно важно в свете текущих финансовых трудностей властей¹.

Интеграция службы медико-социальной помощи с системой здравоохранения может помочь решить такие вопросы, как финансирование, распределение затрат, координация предоставления услуг, принятие единых подходов к оценке состояния здоровья и потребностей в услугах.

¹ Улумбекова Г. Э. Программа неотложных мер в здравоохранении РФ для выхода из системного кризиса //ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2020. №. 1 (19). С.4-16

Обратим внимание на то, что Россия начала реформировать свою систему социальных услуг и создавать эффективную и действенную систему медико-социальной помощи несколько позже, чем большинство других развитых стран Европы и Азии¹. Однако за последние десять лет социальная политика в этой области активно развивалась. Федеральный закон от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»², учитывает многие современные тенденции в этой сфере предоставления социальных услуг. В статье 28 отмечено особенности межведомственного взаимодействия при организации социального обслуживания.

В феврале 2016 года были приняты Стратегия действий в интересах пожилых людей в Российской Федерации на период до 2025 года³ и План мероприятий на 2016–2020 годы по реализации первого этапа Стратегии⁴. Ключевым приоритетом Стратегии является развитие гериатрической службы как комплексной межведомственной системы предоставления индивидуальных медико-социальных услуг.

Позже совместным Административным приказом Министерства труда и социальной защиты и Министерства здравоохранения Российской Федерации⁵ рекомендовалось, региональным органам исполнительной власти, отвечающим за социальную и медицинскую помощь, наладить и поддерживать межведомственное взаимодействие для реализации социальных услуг гражданам, утратившим способность заботиться о себе.

¹ The integration of health and social care services URL: https://www.hrb.ie/fileadmin/publications_files/The_integration_of_health_and_social_care_services_2014.pdf (дата обращения: 29.04.2021).

² Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации от 30 декабря 2013 г. N 52 (часть I) ст. 7007

³ Распоряжение Правительства РФ №164-р от 5 февраля 2016 г. «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».

⁴ Распоряжение Правительства РФ от 29.11.2016 N 2539-р (ред. от 23.11.2020)

⁵ Методические рекомендации по организации социального обслуживания и социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи, Утв. Приказом Министерства труда и социальной защиты населения РФ и Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2017 г. N 861/1036. // СПС КонсультантПлюс

Также недавно разработана Концепция системы долгосрочного ухода при участии благотворительного фонда «Старость в удовольствие» и реализуется в рамках пилотного проекта (2017 год)¹. Согласно этой концепции, люди с дефицитом самообслуживания должны получать интегрированные услуги со стороны медицинских и социальных работников, а также поддержку в переговорах о системе оказания помощи.

В 2019 году вышел Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н². В данном приказе утверждена организация оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья.

Согласно приказу N 345н/372н целями взаимодействия вышеуказанных организаций являются:

- предоставление паллиативным пациентам социальных услуг, а также мер социальной и психологической поддержки;
- организация паллиативной помощи гражданам, получающим социальную услуги в форме социального обслуживания на дому, стационарной форме или в полустационарной форме.

Для осуществления межведомственного взаимодействия и обеспечения преемственности при оказании медико-социальных услуг в субъектах Российской Федерации организуется учет пациентов. При этом медицинским

¹ Методические рекомендации по организации социального обслуживания и социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи. , Утв. Приказом Министерства труда и социальной защиты населения РФ и Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2017 г. N 861/1036. // СПС КонсультантПлюс

² Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н, "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья". // СПС КонсультантПлюс

учреждением, которым оказывается паллиативная медицинская помощь, для организации социального обслуживания осуществляется:

- информирование пациентов и их родственников о перечне социальных услуг, предоставляемых в субъекте России;
- направление в уполномоченный орган информацию о необходимости в предоставлении социального обслуживания.

В соответствии с Федеральным Законом от 28 декабря 2013 года N 442-ФЗ¹ получателям социальных услуг с учетом их индивидуальных потребностей, в соответствии со статьей 20 предоставляются следующие виды услуг:

- социально-медицинские;
- социально-бытовые;
- социально-педагогические;
- социально-психологические;
- социально-правовые;
- социально-трудовые;
- срочные социальные услуги;
- услуги для повышения коммуникативного потенциала;
- условия жизнедеятельности.

Социальные работники при предоставлении социально-медицинских услуг на основе межведомственного взаимодействия организуют по назначению лечащего врача выполнение медицинских процедур, кроме того, оказывают содействия в обеспечении лекарственными средствами, средствами реабилитации, изделиями для поддержания функции органов и систем. Также социальные работники выполняют мероприятия по профилактике пролежней, выполняют санитарно-гигиенические процедуры, проводят кормление, содействует в прохождении медико-социальной

¹ Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства Российской Федерации от 30 декабря 2013 г. N 52 (часть I) ст. 7007

экспертизы, сопровождают пациента при госпитализации, содействуют посещению врачей, сопровождают пациента при выписке из медицинских учреждений, оказывают первую помощь, вызывают на дом бригаду скорой медицинской помощи или врача, оказывающего паллиативную помощь для купирования тяжелых проявлений болезни.

Взаимодействие организаций социального обслуживания и медицинских учреждений осуществляется с целью улучшения морально-психологического состояния больных, в том числе при помощи осуществления дополнительного ухода за пациентами, организации свободного времени пациентов и их родных, улучшения социально-бытовых условий, трудовой помощи, проведения мероприятий творческой и культурной направленности, оказание юридической помощи.

Итак, на уровне страны был разработан ряд документов, который ставит задачу перед субъектами по формированию правовых и нормативных актов в сфере межведомственного взаимодействия органов социальной помощи и здравоохранения.

В городе Москва к таким нормативно-правовым документам можно отнести Постановление от 26 декабря 2014 года №829-ПП «О социальном обслуживании граждан в городе Москве». В данном постановлении представлен регламент межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти для организации социального обслуживания и сопровождения.

В законе города Москвы от 9 июля 2008 года (с изм. от 19.12.2018) №34 «О социальном обслуживании населения и социальной помощи в городе Москве» также отмечено, что предоставление социального сопровождения должно осуществляться путем социального надзора, регулярного посещения, а также оказания необходимой социальной поддержки во взаимодействии с работниками медицинских учреждений.

Также 5 октября 2017 года был выпущен приказ №716/1071 Правительства Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы «Об утверждении регламента взаимодействия Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи и социальной помощи взрослому населению города Москвы» в котором утверждается, что задачами регламента является повышение эффективности межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти города при оказании паллиативной медицинской помощи и социальных услуг.

Как мы видим, в городе Москва в целом определены основные правовые документы, которые позволяют создать модели межведомственного взаимодействия.

Тем не менее, в профессиональных стандартах участкового врача терапевта и медицинской сестры о межведомственном взаимодействии не говорится ничего. Только в профессиональном стандарте социального работника указано, что он организует взаимодействие, то есть соцработник взаимодействует с лечащим врачом клиента. Такую же ситуацию можно обнаружить и в типовой должностной инструкции: именно социальный работник организует межведомственное взаимодействие¹. Кроме того, в должностной инструкции участковой медицинской сестры также освещены вопросы межведомственного взаимодействия для взрослого населения, которое нуждается в медицинской и социальной помощи.

Если проанализировать профессиональные компетенции из образовательных стандартов по взаимодействию медицинской и социальной службы, то можно увидеть, что только для медицинских сестер прописано

¹ Гармаева А. Б., Сененко А. Ш. Организация межведомственного взаимодействия при оказании медицинской и социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста. Аналитический обзор //Социальные аспекты здоровья населения. 2020. Т. 66. №. 1. С.1-49

взаимодействие с другими организациями или службами, а для социальных работников компетенции по взаимодействию отсутствует, при этом только освещается предоставление социально-медицинских услуг¹.

Таким образом, в нормативных документах не прописано как происходит взаимосвязь врачей с сотрудниками социальной службы. Следовательно, необходимо совершенствование нормативно-правовой базы по взаимодействию всех участников медико-социальной помощи.

Проблема взаимодействия службы социальной помощи и системы здравоохранения представлена в работе Селезневой Е.В. и соавт. (2020 год)². Исследователи попытались выяснить, в какой степени реализуются принципы интеграции и сотрудничества – сотрудничают ли врачи разных специальностей, медицинские и социальные работники для оказания помощи пожилым людям и осознают ли они необходимость сотрудничества. Интервью с медицинскими и социальными работниками и руководителями разных уровней показывают, что межведомственное сотрудничество развито недостаточно, а проблемы, связанные с межведомственным сотрудничеством и ограниченной (или отсутствующей) интеграцией социальных и медицинских услуг, замалчиваются руководителями и часто даже работниками здравоохранения. Участники исследования упомянули случайные попытки создать многопрофильные команды, состоящие из медицинских и немедицинских работников.

Участники исследования сообщили о планах ввести должность врача-гериатра в ближайшем будущем. В регионах России таких специалистов очень мало, и они пока не могут существенно повлиять на качество социально-медицинских услуг, оказываемых пожилым людям в регионе. В ходе интервью участники упомянули результаты сотрудничества между социальной системой и системой здравоохранения по осуществлению

¹ Гармаева А. Б., Сененко А. Ш. Организация межведомственного взаимодействия при оказании медицинской и социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста. Аналитический обзор //Социальные аспекты здоровья населения. 2020. Т. 66. №. 1. С.1-49

² Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Gorvat E. S. Assessing the Needs of the Elderly in Integrated Health and Social Services in the Russian Federation. – 2020.

профилактических мероприятий для пожилых людей: медицинские работники приглашаются в учреждения социальной помощи для обучения здоровому образу жизни, а социальные работники помогают медицинскому персоналу во время профилактических осмотров пожилых людей: «В настоящее время мы (в нашем учреждении социальной помощи) заключаем договор с медицинским учреждением на содержание группы здоровья. При посещении нашего учреждения они помогают людям пройти дополнительные обследования, получить грамотную профессиональную информацию по конкретным заболеваниям. Я имею в виду, что это более доступно, когда они приходят в наше учреждение, людям не нужно стоять в очереди, но они получают эту информацию (в нашем учреждении)»¹.

Руководители социальных служб осознают, что их текущие усилия по созданию многопрофильных и межведомственных групп недостаточны для обеспечения высококачественного ухода за пожилыми людьми: «Каждый должен быть частью команды. При создании дневных реабилитационных центров необходимо вовлекать все заинтересованные стороны: медицинских работников – геронтологов и гериатров, психологов, реабилитологов, волонтеров, работников культуры – людей, занимающихся искусством. В наших центрах комплексной социальной помощи ведется определенная работа, но этого слишком мало»².

Есть специалисты и руководители здравоохранения, которые осознают необходимость создания многопрофильных бригад для оказания помощи пожилым людям; однако, когда делаются попытки реализовать эту идею, в такие бригады включаются медицинские работники, но не социальные работники. Следовательно, мультидисциплинарный тимбилдинг часто ограничивается работниками только одной службы. Такие бригады в основном создаются на уровне патронажных медсестер для оказания услуг

¹ Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Gorvat E. S. Assessing the Needs of the Elderly in Integrated Health and Social Services in the Russian Federation. – 2020.

² Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Gorvat E. S. Assessing the Needs of the Elderly in Integrated Health and Social Services in the Russian Federation. – 2020.

пожилым людям совместными усилиями врачей общей практики, врачей-специалистов и медперсонала: «Эта служба очень много сделала, поэтому она очень тесно сотрудничает со специалистами-медиками, включая участковых врачей. Именно поэтому они комплексно решают проблемы пожилых людей»¹.

Интервью с руководителями здравоохранения и социальной защиты показывают, что усилия по созданию мультидисциплинарных и межведомственных групп предпринимаются в обоих типах организаций, но российская система здравоохранения и российская система социальных услуг только начинают работать в направлении интеграции между медицинскими учреждениями и учреждениями социальной помощи. Тем не менее, похоже, что медицинские работники более знакомы с концепцией интеграции как принципом оказания медицинской помощи, поэтому можно предположить, что попытки системы здравоохранения по интеграции были в некоторой степени успешными, принесли более ощутимые результаты для пациентов и представили более разнообразные формы ухода. Руководители разных уровней системы здравоохранения и системы социальной помощи понимают необходимость совместной работы для оказания услуг населению и пытаются до некоторой степени удовлетворить эту потребность через свои отделения.

Однако во время интервью врачи, медперсонал и социальные работники сообщили, что время от времени им требовалась помощь другой службы в предоставлении услуг пожилым людям, но они никогда не участвовали в этой командной работе целенаправленно и не ощущают в ней никакой потребности.

Социальные работники обращались за помощью к медицинским работникам, когда:

- общее состояние пациента ухудшилось;

¹ Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Gorvat E. S. Assessing the Needs of the Elderly in Integrated Health and Social Services in the Russian Federation. – 2020.

- пациент прикован к постели.

Такие случаи показывают, что на самом деле социальные работники не имеют должной подготовки для оказания помощи пациентам с серьезными проблемами со здоровьем.

Медицинские работники связывались с социальными работниками, когда:

- возникла проблема с общением: «Случилось так, что этот человек был глухонемым: я не знаю языка жестов, но социальный работник знал этот язык»;

- пациент не смог придерживаться назначенного лечения. В отсутствие родственников, которые могли бы помочь пожилому человеку, социальный работник превращается в своего рода опекуна для старика-инвалида, помогая ему получать необходимые медицинские услуги и следя за соблюдением пациентом назначений в амбулаторных условиях: «Пациенту потребовалось пройти компьютерную томографию, которую проводят в медицинском учреждении. Пациент позвонил нам, и мы связались с социальным работником. Она пришла сюда, чтобы забрать направление, мы ей все объяснили, дали план: как, куда и к кому следует отвезти пациента ... Я имею в виду, что пациент пожилой, поэтому иногда его память и внимание подводят его, и он ничего не помнит ... и он ничего не записывает, ему некогда, он торопится. Что ж, действительно, социальный работник может так помочь»¹.

Проведенный анализ научной литературы и опрос показал, что медицинские и социальные работники могут не понимать необходимости мультидисциплинарной и межведомственной командной работы для оказания медико-социальной помощи. Возможно, не весь персонал был проинформирован о принципах и целях такой совместной работы.

¹ Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Gorvat E. S. Assessing the Needs of the Elderly in Integrated Health and Social Services in the Russian Federation. – 2020.

Отдельно обратим внимание на то, что в работе Селезневой Е.В. и соавт. (2020 год) ¹распространенным ответом на вопрос о межведомственном сотрудничестве стало обращение к гериатрам, которые должны были обеспечить такое сотрудничество. Однако, как мы отмечали ранее в профессиональных стандартах и типовой должностной инструкции врачей о межведомственном взаимодействии нет речи.

Кроме того, в настоящее время серьезным препятствием для сотрудничества является нехватка врачей, в частности гериатров. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, в 2018 году в России было 322 врача-гериатра (ЦНИИОИЗ, 2019)², что составляет всего 17,3% от количества гериатров, которое потребуется пожилому населению страны. В 2018 году в одной трети регионов России (27 из 85) врачей-гериатров не было.

Дефицит кадровых ресурсов здравоохранения – гериатров и врачей других специальностей – признается руководителями здравоохранения и социальных служб как главное препятствие для совместной работы организаций и создания многофункциональных команд. Когда должности врачей заполняются лишь частично, врачи перегружены своими основными должностными обязанностями, и их высокая вовлеченность в работу бригад сложно обеспечить. Дополнительная рабочая нагрузка из-за работы в группах создает риск ограниченного доступа к медицинским услугам для основных пациентов. Эта проблема особенно остро стоит для участковых врачей, которые, как ожидается, вместе с гериатрами будут играть важную роль в обеспечении интеграции лечебных процессов в соответствии с существующими процедурами оказания помощи.

Кроме того, взаимодействию системы социальной защиты населения с системой здравоохранения может препятствовать общая фрагментация

¹ Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Gorvat E. S. Assessing the Needs of the Elderly in Integrated Health and Social Services in the Russian Federation. – 2020.

² ЦНИИОИЗ (2019) Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Статистические материалы. <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika> (дата обращения: 29.04.2021).

российской системы здравоохранения. Отсутствие опыта и стимулов, включая экономические стимулы, для поддержки сотрудничества с другими специалистами по оказанию помощи может препятствовать сотрудничеству отдельных специалистов и целых рабочих подразделений не только с их коллегами, но и с работниками системы социальной помощи. Хотя некоторые медицинские работники пытаются наладить контакты со своими коллегами, эксперты считают уровень интеграции российского здравоохранения в целом низкий – не все врачи ориентированы на командную работу¹.

Одним из основных пробелов в организации оказания медико-социальной помощи в России является отсутствие единого органа для координации взаимодействия между организациями и оценки результатов их совместной работы. Пилотный проект, инициированный федеральным правительством и направленный на создание системы долгосрочного ухода, предусматривает создание координационных центров в пилотных регионах, но эта практика еще не внедрена за пределами регионов, участвующих в проекте.

Таким образом, создание системы медико-социальной помощи населению, осуществляющей координацию действий учреждений системы здравоохранения и социальной защиты, специалистов этих ведомств, введение должности участкового медико-социального работника будет направлено на совершенствование системы оказания медико-социальной помощи населению (рис.16).

¹ Sheiman I., Shevski V. Two models of primary health care development: Russia vs. central and Eastern European countries //Higher School of Economics Research Paper No. WP BRP. – 2017. – Т. 6.

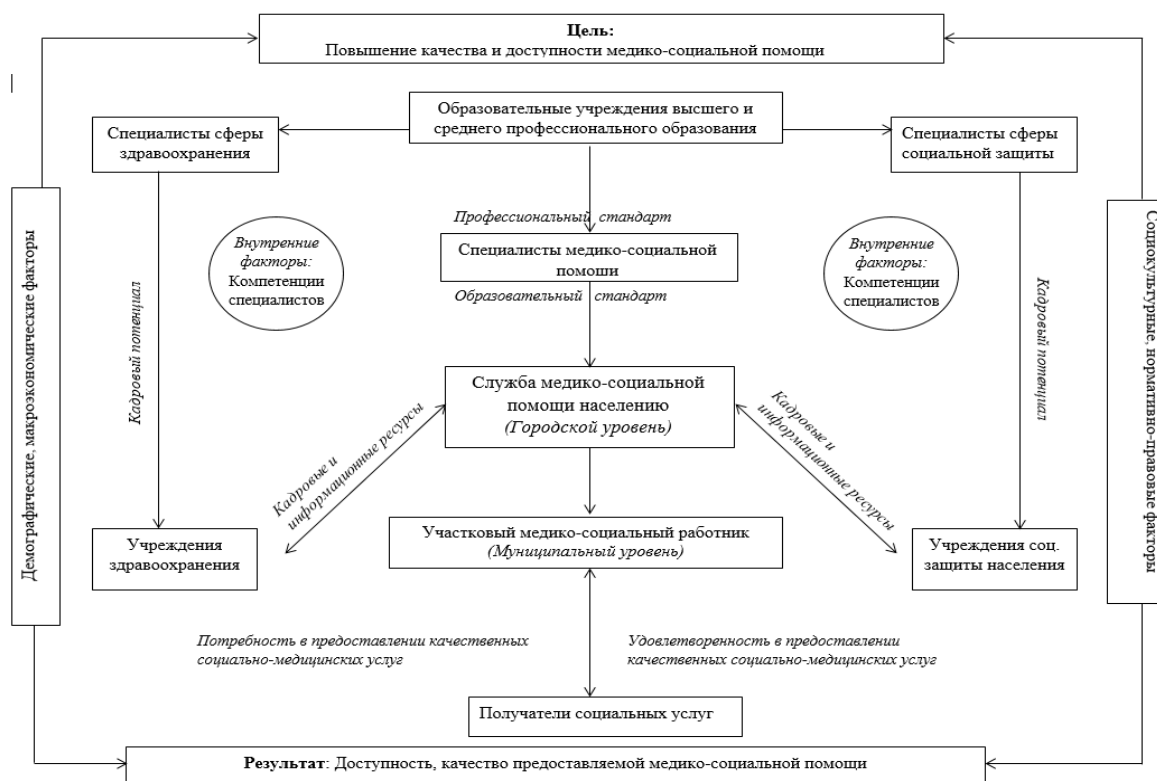


Рис.16 Модель службы медико-социальной помощи в системе управления медико-социальной помощи населению.

Как мы отметили ранее, в профессиональных стандартах и должностных инструкциях медицинских и социальных работников не говорится о межведомственном взаимодействии. Более того, результаты исследования Селезневой Е.В. и соавт. (2020 год)¹ показали, что на сегодняшний день практически отсутствует эффективное межведомственное взаимодействие.

Таким образом, актуальным является введение должности, которая будет корректировать и координировать межведомственное взаимодействие. Поэтому мы предлагаем ввести должность участкового медико-социального работника. В структуре муниципальной модели организации медико-социальной помощи населению должно выделяться ведущее звено – медико-социальная служба, определяющие направление медико-социальной помощи и структурные звенья, реализующие элементы данной помощи.

¹ Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Gorvat E. S. Assessing the Needs of the Elderly in Integrated Health and Social Services in the Russian Federation. – 2020.

Основное направление деятельности медико-социальной службы может заключаться в следующем:

1. Первичная диагностика и составление программы комплексной медико-социальной помощи, выявление ведущего специалиста.
2. Корректировка комплексной программы медико-социальной помощи.
3. Повышение квалификации специалистов, обобщение опыта, мониторинг медико-социальной помощи.

Основная функция медико-социальной службы может заключаться в осуществлении и поддержке партнерства и межведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения, системы социальной защиты населения, а также неправительственных негосударственных организаций, расположенных на территории данного муниципалитета. Сотрудничество должно осуществляться на основе создания муниципальной программы или проекта.

Ранее мы отмечали, что большую сложность для межведомственного взаимодействия представляет нехватка врачей и большая загруженность медицинского персонала, однако развитие медико-социальной помощи диктует необходимость привлечения сотрудников. Для этого создается рабочая группа медико-социальной службы, назначается координатор (участковый медико-социальный работник), определяются его функциональные обязанности:

1. Изучение потребностей социальных заказчиков.
2. Формулирование социального заказа.
3. Проектирование программы медико-социальной помощи.
4. Прогнозирование результатов межведомственного взаимодействия.
5. Контроль и мониторинг медико-социальной помощи.

6. Обеспечение качества партнерства и межведомственного взаимодействия.

7. Обеспечение информационно-просветительского сопровождения.

Помимо оказания профилактической помощи участковый медико-социальный работник принимает участие в первичной диагностике и составлении программы комплексной медико-социальной помощи.

По результатам анкетирования и экспертного опроса мы выделили следующие функции социальных работников:

- оказание первой помощи;
- контроль за соблюдением предписаний врача;
- помощь записи к врачам специалистам;
- содействие в прохождении освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы;
- наблюдение за состоянием здоровья;
- проведение и содействие в проведении реабилитационных мероприятий;
- оформление документации необходимой для стационарного медицинского и социального обслуживания;
- участие в заседании комиссии по опеке и попечительству;
- участие в организации паллиативной помощи.
- координация работы бюро МСЭ;

Для реализации функций медико-социального работника требуется разработка профессионального стандарта специалиста по медико-социальной работе, включающего в себя такие трудовые функции как:

оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи населению;

наблюдение за пациентами при заболеваниях и (или) патологических состояниях;

проведение мероприятий по реабилитации, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов;

проведение мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, укреплению здоровья и формированию здорового образа жизни.

Ввиду введения Приказа Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н¹ также актуальным является участие социальных работников в организации паллиативной помощи умирающим.

Гайд опроса руководителей учреждений социальной защиты населения «Об оценке практической значимости модели службы медико-социальной помощи в управлении организацией медико-социальной помощи населению» и внедрение отдельных положения предложенной модели управления службы медико-социальной помощи населению в работе учреждений по совершенствованию системы управления медико-социальной помощи ГБУ ТЦСО «Вешняки» и ГБУ Дома социального обслуживания «Северное Измайлово» показал положительные результаты при использовании в работе данных учреждений. Руководители учреждений отметили необходимость изменения роли учреждений социальной защиты населения, в части комплексного предоставления медико-социальных услуг, повышения доступности населению медико-социальной помощи и качества предоставляемых медико-социальных услуг.

Учитывая, что социальные работники выполняют работу медицинской направленности, становится актуальным введение в перечень компетенций бакалавра направления подготовки социальная работа с направленностью медико-социальная работа с населением компетенций, связанных с медико-социальной помощью, оказанием социально-медицинских услуг.

¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н, "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья".

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ввиду старения населения, сопровождающегося ростом медико-социального бремени хронических заболеваний, становится актуальным совершенствование медико-социальной помощи населению. В связи с этим представляет научный и практический интерес анализ организации службы медико-социальной помощи в учреждениях социальной защиты населения.

В связи с вышесказанным были изучены концептуальные основы системы организации медико-социальной службы помощи населению. В результате было выявлено, что теоретико-методологические и эмпирические исследования нуждаются в дальнейшем развитии категориального аппарата, а также в теоретическом обосновании понятия «медико-социальная служба помощи населению».

Также были выявлены различия в характере медико-социальной работы в учреждениях социальной защиты и учреждениях здравоохранения:

- деятельность медицинских работников направлена на сохранение жизни пациентов, социальных работников – на качество жизни получателей социальных услуг;
- медицина опирается на объективные данные, тогда как социальная работа – на субъективные данные;
- разное отношение к эмоциональным проблемам пациентов у медицинских и социальных работников;
- различные технологии оказания помощи;
- выполнение медицинскими и социальными работниками различных ролей в междисциплинарной команде, причем, социальный работник выполняет координирующие функции, защищая права получателя социальных услуг на качественное медицинское обслуживание.

По результатам нашего исследования, в целом ведущее место в структуре учреждений, которые оказывают медико-социальную помощь населению занимают лечебно-профилактические учреждения. При этом амбулаторно-поликлиническая помощь является наиболее массовым видом лечебно-профилактической помощи населению. Так, до 80% больных получают необходимые медико-социальную помощь именно в амбулаторно-поликлинических учреждениях¹.

Структура и штат отделения медико-социальной помощи поликлиники определяется индивидуально в зависимости от численности прикрепленного населения, а также характера и объема работы. В составе отделения медико-социальной помощи могут быть следующие должности: психолог (медицинский психолог), врач, социальный работник. Например, в Детской поликлинике № 146 города Москва в структуру отделения медико-социальной помощи входят кабинет психолога и социального работника, где оцениваются социально-психологическое развитие детей, также проводится консультирование детей и их родителей при социальных и психологических проблемах.

Схожим образом организована медико-социальная помощь и в Лечебно-реабилитационном научном центре «Русское поле». В данном центре медико-социальную работу осуществляет специальная группа социальных работников, которая состоит в штате отделений, образует совместно с медперсоналом мультидисциплинарную команду. При этом работники данной команды оказывают медико-социальную помощь как в период пребывания в Лечебно-реабилитационном научном центре, так и по месту жительства.

Однако нами отмечено, что подобная организация медико-социальной помощи скорее является исключением. Например, в Московском областном клиническом противотуберкулезном диспансере все социальные проблемы

¹ Организация амбулаторно-поликлинической помощи / под ред. В.З. Кучеренко. – М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2012. – 65 с.

больных, а также членов их семей решают медицинские работники и психолог диспансера.

Также были выделены и проанализированы виды помощи на дому, оказываемые при территориальных центрах социального обслуживания:

- содействие в оказании медицинской помощи, в обеспечении ухода, а также в проведении медико-социальной экспертизы и реабилитационных мероприятий;
- наблюдение за состоянием здоровья;
- оказание доврачебной медико-санитарной помощи в экстренной форме;
- выполнение ряда медицинских процедур, таких как перевязки, инъекции по назначению лечащего врача;
- оказание санитарно-гигиенических услуг и содействие в госпитализации;
- содействие в оформлении путевок на санаторно-курортное лечение;
- посещение получателя услуг, который находится в медицинских организациях в стационаре.

В полустационарной форме проводятся следующие виды помощи, оказываемые при территориальных центрах социального обслуживания:

- оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи;
- предоставление медико-социального ухода;
- организация лечебно-оздоровительных мероприятий;
- содействие в прохождении освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы;
- организация прохождения диспансеризации;
- содействие в госпитализации.

Таким образом, территориальные центры социального обслуживания играют интегрирующую роль в оказании медико-социальной помощи.

Нами подтверждено, что большинство видов первичной медико-санитарной помощи социальными работниками не оказываются. Так, социальные работники не проводят:

- сердечно-легочную реанимацию;
- мероприятия по прекращению воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);
- термоизоляцию при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

Помимо этого, большинство социальных работников не проводит отслеживание изменений состояния по внешнему виду и самочувствию, также объяснение результатов измерений и симптомов.

При этом социальные работники довольно часто сталкиваются с необходимостью определения, устранения или прекращения действия угрожающих факторов для жизни и здоровья. Также социальные работники сталкиваются с необходимостью наложения повязок при травмах, проведения иммобилизации.

Кроме того, социальные работники часто выполняют по назначению лечащего врача измерение температуры тела, артериального давления, проведении внутримышечной или подкожной инъекции, обработку пролежней. Наиболее востребованной у социальных работников является услуга сиделки.

По результатам экспертного опроса мы выделили следующие функции социальных работников:

- помощь записи к врачам специалистам;
- содействие в прохождении освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы;
- наблюдение за состоянием здоровья;

- проведение и содействие в проведении реабилитационных мероприятий;
- покупка продуктов питания и товаров мелкого обихода;
- осуществление прогулок;
- оформление документации необходимой для стационарного социального обслуживания;
- оформление учетно-отчетной документации;
- участие в заседании комиссии по опеке и попечительству;
- взаимодействие с родственниками;
- выезд по адресам квартир, где проживающими сохранено право собственности и пользования.

Помимо вышеуказанного, в центре социального обслуживания социальный работник выполняет функцию социального инспектора после прохождения специального курса обучения.

Для сравнения в доступной литературе схожие данные или результаты исследований по РФ отсутствуют.

Итак, социальные работники выполняют работу медицинской направленности. Однако фактическое состояние оказываемой медико-социальной помощи не способно удовлетворить потребности населения по той причине, что в российском законодательстве не нашел отражения порядок организации медико-социальной помощи.

Таким образом, по результатам проведенного опроса социальных работников и экспертному мнению можно сделать вывод о том, что создание в организации социальной защиты населения отдельного подразделения медико-социальной службы, предоставляющего социально-медицинские услуги социальными работниками, окажет позитивное влияние на результативность оказания медико-социальной помощи, поскольку значительно расширит спектр оказания услуг при условии необходимой квалификации специалистов.

Следует отметить, что продолжается процесс реформирования системы предоставления социальных услуг, что будет влиять на эффективность и действенность системы медико-социальной помощи. На федеральном уровне разработан ряд нормативных правовых документов, которые определяют задачи обеспечения межведомственного взаимодействия органов социальной защиты и здравоохранения.

Взаимодействие организаций социального обслуживания и медицинских учреждений осуществляется с целью улучшения морально-психологического состояния больных, в том числе при помощи:

- осуществления дополнительного ухода за пациентами;
- организации свободного времени пациентов и их родных;
- улучшения социально-бытовых условий;
- трудовой помощи;
- проведения мероприятий творческой и культурной направленности;
- оказания юридической помощи.

Проведенный анализ позволил заключить, что в Москве в целом приняты основные правовые документы, которые позволяют создать модели межведомственного взаимодействия. Тем не менее, в профессиональных стандартах участкового врача терапевта и медицинской сестры межведомственное взаимодействие не упоминается.

Если проанализировать профессиональные компетенции из образовательных стандартов по взаимодействию медицинской и социальной службы, то можно увидеть, что только для медицинских сестер прописано взаимодействие с другими организациями или службами, а для социальных работников компетенции по взаимодействию отсутствуют, при этом только прописано предоставление социально-медицинских услуг¹.

¹ Гармаева А. Б., Сененко А. Ш. Организация межведомственного взаимодействия при оказании медицинской и социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста. Аналитический обзор //Социальные аспекты здоровья населения. 2020. Т. 66. №. 1. С.1-49.

Таким образом, в нормативных документах не прописано как происходит взаимодействие врачей с сотрудниками социальных служб. Необходимо совершенствование нормативно-правовой базы, регулирующей взаимодействие всех участников медико-социальной помощи.

Ввиду вышесказанного межведомственное сотрудничество в России развито недостаточно, а проблемы, связанные с межведомственным сотрудничеством и ограниченной интеграцией социальных и медицинских услуг, замалчиваются руководителями.

Усилия по созданию мультидисциплинарных и межведомственных групп предпринимаются в обоих типах организаций, но российская система здравоохранения и российская система социальных услуг только начинают работать в направлении интеграции между медицинскими учреждениями и учреждениями социальной помощи.

Проведенный анализ научной литературы и опрос показал, что медицинские и социальные работники могут не понимать необходимости мультидисциплинарной и межведомственной командной работы для оказания медико-социальной помощи.

Кроме того, в настоящее время серьезным препятствием для сотрудничества является нехватка врачей. Когда должности врачей заполняются лишь частично, врачи перегружены своими основными должностными обязанностями, и их высокая вовлеченность в работу бригад сложно обеспечить. Дополнительная рабочая нагрузка из-за работы в группах создает риск ограниченного доступа к медицинским услугам для основных пациентов. Эта проблема особенно остро стоит для участковых врачей.

Также взаимодействию службы медико-социальной помощи с системой здравоохранения может препятствовать общая фрагментация российской системы здравоохранения. Отсутствие опыта и стимулов, включая экономические стимулы, для поддержки сотрудничества с другими

специалистами по оказанию помощи может препятствовать сотрудничеству отдельных специалистов и целых рабочих подразделений не только с их коллегами, но и с работниками системы социальной помощи.

Одной из главных проблем в организации оказания медико-социальной помощи в России является отсутствие единого органа для координации взаимодействия службы медико-социальной помощи с системой здравоохранения и оценки результатов их совместной работы.

В связи с этим нами была разработана система мероприятий по совершенствованию медико-социальной службы помощи населению в учреждениях социальной защиты и социального обслуживания населения города Москвы.

Во-первых, необходимо внедрение муниципальной модели организации медико-социальной помощи населению. В структуре муниципальной модели должно выделяться ведущее звено – медико-социальная служба, определяющая направления медико-социальной помощи и структурные звенья, реализующие элементы данной помощи.

Основные функции медико-социальной службы могут представлены следующим образом:

1. Первичная диагностика и составление программы комплексной медико-социальной помощи, выявление ведущего специалиста.
2. Корректировка комплексной программы медико-социальной помощи.
3. Поддержка партнерства и межведомственного взаимодействия учреждений здравоохранения, системы социальной защиты населения, а также неправительственных негосударственных организаций, расположенных на территории данного муниципалитета.
4. Повышение квалификации специалистов, обобщение опыта, мониторинг медико-социальной помощи.

Во-вторых, актуальным является введение должности, которая будет корректировать и координировать межведомственное взаимодействие. Поэтому мы предлагаем ввести должность участкового медико-социального работника.

Его функциональные обязанности могут включать:

1. Изучение потребностей социальных заказчиков.
2. Формулирование социального заказа.
3. Проектирование программы медико-социальной помощи.
4. Прогнозирование результатов межведомственного взаимодействия.
5. Контроль и мониторинг медико-социальной помощи.
6. Обеспечение качества партнерства и межведомственного взаимодействия.
7. Обеспечение информационно-просветительского сопровождения

Также в состав медико-социальной службы должны входить: участковые врачи-терапевты, социальные работники.

Помимо оказания лечебно-профилактической помощи участковые врачи-терапевты должны принимать участие в первичной диагностике, составлении программы комплексной медико-социальной помощи.

В-третьих, необходимо расширить функции социальных работников. Среди них выделим:

- а) организацию паллиативной помощи умирающим;
- б) оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи.

Создание в учреждениях социальной защиты населения службы медико-социальной помощи окажет позитивное влияние на результативность управления медико-социальной помощью, поскольку значительно расширит спектр оказания услуг при условии необходимой квалификации специалистов.

Введение должности участкового медико-социального работника будет способствовать межведомственному взаимодействию учреждений социальной защиты населения и медицинских учреждений с целью улучшения качества оказания различных видов медико-социальной помощи, предоставления социально-медицинских услуг.

Для реализации функций медико-социального работника требуется разработка профессионального стандарта специалиста по медико-социальной работе.

Подготовка таких специалистов может осуществляться в системе высшего образования, частности в медицинских ВУЗах.

Таким образом, становится актуальным создание нового профессионального стандарта «Специалист по медико-социальной работе» и введение в перечень компетенций бакалавра направления подготовки социальная работа с направленностью медико-социальная работа с населением компетенций, связанных с оказанием медико-социальной помощи и предоставления социально-медицинских услуг.

Данные эмпирические исследования позволяют выявить и обосновать ряд управленческих решений в организации системы медико-социальной помощи в учреждениях социальной защиты населения, повышении качества жизни получателей социальных услуг.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства РФ. – 2011 г. N 48 ст. 6724
2. Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) // Собрание законодательства РФ. – 2013 г. N 52 (часть I) ст. 7007
3. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 02.12.2019) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 1995. – № 48. – Ст. 4563.
4. Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. N 442-ФЗ "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".
5. Распоряжение Правительства РФ №164-р от 5 февраля 2016 г. «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».
6. Распоряжение Правительства РФ от 20 октября 2016 г. N 2203-р О Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу // Собрание законодательства Российской Федерации от 31 октября 2016 г. N 44 ст. 6159
7. Распоряжение Правительства РФ от 29.11.2016 N 2539-р (ред. от 23.11.2020)
8. Распоряжение Правительства РФ от 8 марта 2017 г. N 410-р Об утверждении Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017 - 2022 гг. // Собрание законодательства Российской Федерации от 13 марта 2017 г. N 11 ст. 1618

9. Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» // СПС КонсультантПлюс.

10. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. N 345н/372н, "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья" // СПС КонсультантПлюс.

11. Постановление Правительства Московской области от 11.10.2011 г. № 1166/42 «О создании государственных казенных учреждений здравоохранения Московской области путем изменения типа» // СПС КонсультантПлюс.

12. Постановления губернатора Московской области от 07.06.2002 г. № 227/20 «О государственном учреждении здравоохранения Московской области «Московский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями» // СПС КонсультантПлюс.

13. Методические рекомендации по организации социального обслуживания и социального сопровождения граждан, полностью или частично утративших способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, и оказания им медицинской помощи. Утв. Приказом Министерства труда и социальной защиты населения РФ и Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2017 г. N 861/1036. // СПС КонсультантПлюс.

14. Постановление Правительства Московской области от 11.10.2011 г. № 1166/42 «О создании государственных казенных учреждений здравоохранения Московской области путем изменения типа» // СПС КонсультантПлюс.

15. Алексеева Л.С. Адресный социальный патронаж семьи и детей. – М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 2000. – с. 159.
16. Алексеева Л.С., Меновщиков В.Ю. Сущностные характеристики социального патронажа и возможности его потенциального влияния на решение проблем социального здоровья семей и детей // Социальное обслуживание. – 2004. – № 3. – С. 50-85
17. Альбицкий В.Ю. Актуальные проблемы социальной педиатрии: избранные очерки, 2012. – 488 с. – ISBN 978-5-6042577-8-4
18. Альбицкий В.Ю. Социальная педиатрия как область научного знания, сфера практического действия и предмет преподавания // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 1. – С. 6.
19. Альбицкий В.Ю., Устинова Н.В., Куликов О.В., Ким А.В., Муратова М.В., Рослова З.А., Тимакова Н.В., Рубежов А.Л., Фаррахов А.З., Шавалиев Р.Ф. Порядок организации работы отделения медико-социальной помощи детской поликлиники // ВСП. – 2013. – № 4. – С. 12-16
20. Баранов А.А. Альбицкий В.Ю. Устинова Н.В. Состояние, проблемы и перспективы организации медико-социальной помощи детям, 2013. – №3. – С. 4-6
21. Беляева М.А. Осмысление содержания понятия «Медико-социальная работа» // Педагогическое образование в России. – 2008. – № 1. – С. 25-33
22. Бекарев А.М. Инвалидизация общества как проблема техноэтики / А.М. Бекарев, Г.С. Пак // Инвалиды – инвалидность – инвалидизация: Материалы международной научно-практической конференции. – Под общ. ред. проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. С. 796-798. ISBN 978-5-93116-204-1.
23. Бикметов Е. Ю. Культура управления как объект социологического познания // Социологические исследования. 2014. № 9. С. 69-72.

24. Болдина М.А., Островерхова В.Н. Сущность организационно-управленческой деятельности в социальной работе // Гаудеамус. 2017. № 2. С.45-49.
25. Буртонова И.Б. Коммуникативная компетентность специалиста по социальной работе // Вестник БГУ. – 2009. – № 5. – С. 74-81.
26. Буханько Е.О., Филатова М.В. Медико-социальная работа в наркологии // Проблемы социализации личности в контексте непрерывного профессионального образования: материалы Межд. научно-практ. конф. (Санкт-Петербург, 11 апреля 2014 г.) /, под ред. В.Н. Скворцова. – СПб.: Изд-во Ленинградского гос. ун-та, 2014. – С. 401. – ISBN 978-5-8290-1436-0
27. Вагабов Д.Ф. Управление социальной работой в Российской Федерации: уровни и основные проблемы реализации // Управленческое консультирование. 2015. № 1 (73). С.146-152.
28. Вдовина М.В., Семочкина Н.Н. Поддержка семьи с детьми-инвалидами как приоритетное направление социальной политики // Социальная политика и социология. – 2020. - №3(137). Т.19. – С. 103-110
29. Вартанян Ф.Е. Современные тенденции развития здравоохранения // Здравоохранение. – 2008. – № 1. – С. 1623.
30. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия. – СПб.: РИВЬЕРА, 1996. – с. 105.
31. Воробцова Е.С. Медико-социальная работа в планировании семьи // Медико-социальная работа с различными категориями населения: материалы межд. науч.-практ. конф. Орел, 19-20 мая 2005 г. – Орел: ОГУ, ООО «АДС-Полиграфия», издатель А.В. Воробьев, 2006. – С, 157-160.
32. Воронина С.Ю. Добровольное медицинское страхование в системе социальной защиты населения // Государственное и муниципальное управление в XXI веке: теория, методология, практика. – 2012. – № 5. – С. 20-24.

33. Гармаева А. Б., Сененко А. Ш. Организация межведомственного взаимодействия при оказании медицинской и социальной помощи гражданам пожилого и старческого возраста. Аналитический обзор //Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66. – №. 1. – С. 1-49
34. Гасанов М. Социальная сфера как приоритет развития // Экономист. – 2012. – № 9. – С.78-82
35. Гелих О.Я., Князева Е.Н. Управление и синергетика. – СПб.: Книжный дом, 2014. – 120 с. – ISBN 978-5-94777-369-9
36. Глухих С.И. Особенности подготовки медицинских сестер в современном профессиональном образовании // Siberian Pedagogical Journal. – 2016. – № 1. – С. 73-78
37. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. – 2001. – № 1 (5). – С. 5-13
38. Гулина М.А. Словарь-справочник по социальной работе. – СПб.: Питер, 2012. – 310 с. – ISBN 978-5-469-00450-9
39. Гуманистический подход к охране здоровья / отв. ред. Н. Берковитц; пер. с англ. Е.Б. Беззубовой. – М.: Аспект Пресс, 1998. – с. 112. – ISBN 5-7567-0221-0
40. Гундаров И.А., Полесский В.А. Управление индивидуальными резервами здоровья: новая стратегия профилактической медицины, 2014. - №1. – С. 6-10
41. Гундаров И.А., Пономарева Е.Г., Левашова М.А. Новая стратегия медико-социальной работы в управлении индивидуальными рисками здоровью, 2021. С.10-18
42. Друкер П. Эффективное управление. Экономические задачи и оптимальные решения. - М.: ФаирПресс, 2002. – 288 с. – ISBN 5-8183-0018-8
43. Жумадильдаева Г.С. Организация медико-социальной помощи лицам пенсионного возраста на региональном уровне, 2007. – 218 с.

44. Замараева З.П., Григорьева М.И. Характерные особенности современной реабилитационной среды инвалидов в российском регионе в период распространения COVID-19 // Социальная безопасность и защита человека в условиях новой общественной реальности в период распространения COVID-19. – 2021. – С.29-32

45. Захарова М.А. Институциональное моделирование как метод познания, прогнозирования и управления медико-социальными проектами, 2009.

46. Здравоохранение. Официальная статистика Федеральной службы государственной статистики Электронный ресурс – Режим доступа: <https://gks.ru/folder/13721> (дата обращения – 28.06.2021)

47. Иванов Д.О., Орел В.И. Современные особенности здоровья детей мегаполиса // Медицина и организация здравоохранения. – 2016. – Т. 1. – № 1. – С. 6-11

48. Ивачев П.В. Концепция «качества жизни» как теоретико-методологическая основа социально-медицинской работы // Медико-социальная работа с различными категориями населения: материалы межд. науч.-практ. конф. Орел, 19-20 мая 2005 г. – Орел: ОГУ, ООО «АДС-Полиграфия», издатель А.В. Воробьев, 2006. – С. 130-138.

49. Ильина Т.Н. Паллиативная помощь как направление медико-социальной работы в России // Перспективы развития российского государства и общества в современных условиях: материалы межд. научно-практ. конф. (Саратов, 12 декабря 2014 г.) / , под ред. В.Л. Чепляева, О. Н. Фомина. – Саратов, 2015. – С. 10-18.

50. Качмазова Б.А. Теория и практика интеракции социологии медицины и медико-социальной работы : автореферат дис. ... кандидата социологических наук : 14.00.52 / Качмазова Бэла Амирановна; [Место защиты: Волгогр. гос. мед. ун-т]. - Волгоград, 2008. - 25 с.

51. Кджанян М. Г. Ухудшение здоровья населения страны как угроза ее национальной безопасности // Двенадцатая годовичная научная конференция. – 2018. – С. 630-634
52. Кесаева Р.Э. Медико-социальная работа с пожилыми / Р. Э. Кесаева, Ж. Э. Кесаева, 2008. – 99 с. – ISBN 978-5-8336-0479-3
53. Кокорева М.Е., Цейтлин Г.Я., Карелин А.Ф. Опыт мультидисциплинарного подхода к оказанию медико-социальной помощи детям с онкозаболеванием (на примере ЛРНЦ «Русское поле») // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2019. – Т. 6. – № S1. – С. 97. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41106461> (Дата обращения: 21.06.2021)
54. Краснов В.А., Степанов Д.В., Ревякина О.В., Митрофанов Р.А. Проблемы оказания медико-социального сопровождения больных туберкулезом и пути их решения // Медицинский альянс. – 2013. – № 3. – С. 63-67 URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23407284> (Дата обращения: 21.06.2021)
55. Кром И. Л., Еругина М. В., Новичкова И. Ю. Современная интерпретация паллиативной помощи // Интегративные исследования в медицине: науч. труды III Всерос. (с межд. участием) науч.-практ. конференции. – Саратов, 2014. – С. 79.
56. Кром И.Л., Новичкова И.Ю., Ильина Т.Н., Коблова А.А., Черкасова Е.А. Социальные параметры стратегий медико-социальной работы при хронических неинфекционных заболеваниях, 2012. – № 2(17). – С. 87-96
57. Кургузов В.Т. Социально-медицинские аспекты работы с населением групп риска: автореф. дисс. канд. социол. наук. – М., 1998. – с.89.
58. Лапина Г.В. О роли общественных организаций в процессе саморазвития и саморегулирования социальных систем современного мира // Российский социально-политический вестник. – 2011. – № 6. – С. 28.

59. Мартыненко А. В., Воробцова Е. С. Вопросы институционализации медико-социальной работы в Российской Федерации // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. – 2019. – С. 154-157
60. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. – М.: Наука, 1999. – 240 с. – ISBN 5-02-008284-8
61. Мартыненко А.В. Основные положения концепции медико-социальной работы в Российской Федерации // Медико-социальная работа с различными категориями населения: материалы межд. науч.-практ. конф. (Орел, 19-20 мая 2005 г.). – Орел, 2006. – С. 12-17.
62. Мартыненко А.В. Становление медико-социального образования в России // Известия Российской академии образования. – 2013. – № 1 (25). – С. 102-110
63. Мартыненко А.В. Теория и практика медико-социальной работы. – М.: Гардарики, 2007. – 159 с. – ISBN 978-5-8297-0331-8
64. Мартыненко А.В. Теория медико-социальной работы: учебное пособие. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. – 160 с. – ISBN 5-85085-768-0
65. Меметов С.С. Шаркунов Н.П. Ким В.В. Пути совершенствования медико-социальной помощи участникам и ветеранам боевых действий, 2018. - №4. – С. 79-83
66. Меметов С.С., Балека Л.Ю., Потапов В.Н., Богова О.Т. Совершенствование медико-социальной помощи и реабилитации инвалидов и участников ВОВ на современном этапе // Вестник всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 1. – С. 46-49.
67. Меметов С.С., Черныш М.В., Рукодадный О.В. и др. Некоторые промежуточные итоги индивидуальных программ реабилитации – абилитации инвалида // Вестник всероссийского общества специалистов по

медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 3. – С. 6-12

68. Мертон Р. К. Явные и латентные функции социальных институтов / Под ред. В. И. Добренкова. — М., 1996. — С. 379-448. — ISBN 5-211-03099-0

69. Моисеева К. Е. Харбедия Ш. Д. Алексеев М. А. Некоторые результаты оценки организации медико-социальной помощи инвалидам, 2017. - №4. – С. 104-111

70. Мороз И.Н., Вишняков Н.И., Светлович Т.Г. Об эффективности оказания медико-социальной помощи лицам в возрасте 60 лет и старше, 2014. - №8. – С. 69-71

71. Морозова Е.А. Профессиональная компетентность специалиста работы бюро медико-социальной экспертизы: теоретический обзор // Учитель и время. – 2018. – № 13. – С. 181-189

72. Невлева И.М., Соловьева Л.В. Теория социальной работы. – Белгород: Кооперативное образование, 2017. – 424 с. – ISBN 978-5-8231-0657-3

73. Организация амбулаторно-поликлинической помощи / под ред. В.З. Кучеренко. – М.: Изд-во Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, 2012. – 65 с. URL: <https://www.sechenov.ru/upload/iblock/0e3/0e31ccfa60dcc052f7cf87e4a49d5512.pdf> (Дата обращения: 20.02.2021)

74. Орел В.И., Смирнова В.И., Картоева Р.А. Медико-социальный патронаж в условиях амбулаторно-поликлинического звена // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 6. – С. 1-21. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/medikosotsialnyy-patronazh-v-usloviyah-ambulatornopoliklinicheskogo-zvena> (Дата обращения: 20.02.2021)

75. Осадчая Г.И. Социология социальной сферы. – М.: Академический проект, 2003. – 334 с. – ISBN 5829103575

76. Основы социальной работы / отв. ред. П.Д. Павленок. – М.: Инфра-М, 2012. – с.300. – ISBN 5-86225-962-7
77. Парамонов В.В. Информационная система «Популяционный раковый регистр»: дис. ... канд. тех. наук. – Иркутск, 2010. – 154 с.
78. Подкорытов А.В. Научное обоснование стратегии развития медико-социальной помощи и реабилитации лиц пожилого и старческого возраста, 2007. – с. 43
79. Помников В.Г. Особенности медико-социальной экспертизы и реабилитации больных и инвалидов в настоящее время // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2010. – Т. 5. – С. 412.
80. Пузин С.Н., Меметов С.С. Проблемные вопросы медико-социальной реабилитации лиц пожилого и старческого возраста на современном этапе // Физическая и реабилитационная медицина, медицинская реабилитация. – 2019. – Т. 4. – № 4. – С. 42-44
81. Пузин С.Н., Меметов С.С., Шургая М.А., Лаптева А.Е., Кузнецова Е.А. Качество медико-социальной экспертизы: современные аспекты формирования клинико-функционального диагноза // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2015. – № 3. – С. 4-6.
82. Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения I Часть Медицинские кадры. Сборник 2019 [Электронный документ] URL: https://org.gnicpm.ru/wp-content/uploads/2019/01/14_Resursyi_i_deyatelnost_meditsinskih_organizatsiy_zdravoohraneniya_.Meditsinskie_kadryi_2018-4.pdf (дата обращения: 30.03.2021).
83. Решетников А.В. Социология медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – с. 517. – ISBN 978-5-9704-1829-1
84. Роик В.Д. Социальное страхование: экономика, финансы и управление. – М.: АТиСО, 2014. – 221 с. – ISBN 978-5-93441-420-8

85. Ростовская Т. К., Толмачев Д. П., Шимановская Я. В. Роль многопоколенной московской семьи в условиях пандемии COVID-19// Демография и здравоохранение - приоритеты Российской Федерации. – 2021. – С.19-27
86. Сабанов З.М. Особенности совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы в современном обществе // Успехи современной науки и образования. – 2017. – Т. 1. – С. 202-204
87. Спенсер Г. Синтетическая философия Герберта Спенсера. The synthetic philosophy by Herbert Spencer: в сокращенном изложении Говарда Коллинза / пер. с англ. П.В. Мокиевского. – Киев: Ника-центр: Вист-С, 1997. – 510 с. – ISBN 966 521-027-0
88. Степанова Е.В. Внедрение социальной работы в психиатрию: анализ теоретических подходов и практического опыта (на материалах Нижегородской области) // Отечественный журнал социальной работы. – 2011. – № 4 (47). – С. 99-104.
89. Стрелкова Я.А., Польщикова О.В., Дрогомерецкий В.В., Третьяков А.А. Обоснование проблемы физкультурно-оздоровительных занятий с инвалидами различных нозологических групп // Успехи современной науки. – 2016. – № 1. – С. 82-85
90. Судьин С.А. Психиатрия и социальная работа: факторы взаимной интеграции // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2011. – № 2 (22). – С.49-54
91. Судьин С.А. Психическое здоровье как предмет социологии // Ментальное здоровье - интеграция подходов. Материалы Всероссийской научно-практической конференции Нижний Новгород, 10–11 декабря 2019 г.. Нижний Новгород: Издательство Приволжского исследовательского медицинского университета, 2020 г. - 312 с. 2020. С. 159-166. – ISBN 978-5-7032-1348-3

92. Технология медико-социальной помощи различным категориям граждан / сост. Л.И. Алифанова. – Тольятти: Изд-во ПВГУС, 2016. – 52 с.
93. Технология социальной работы / под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой. – М.: Дашков и К°, 2020. – с. 192. – ISBN 5-16-000485-8
94. Тимонина Е.Н. Проблем выбора: обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование или услуги частных клиник // Страховые интересы современного общества и их обеспечение: материалы XIV Межд. научно-практ. конф. – Саратов, 2013. – С. 347.
95. Улумбекова Г. Э. Программа неотложных мер в здравоохранении РФ для выхода из системного кризиса //ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2020. – №. 1 (19). – С. 4-16
96. Учебно-методическое пособие по дисциплине «Технология медико-социальной помощи различным категориям граждан» / сост. Л.И. Алифанова. – Тольятти: Изд-во ПВГУС, 2016. – с. 22.
97. Файоль А. Общее и промышленное управление // Управление – это наука и искусство / А. Файоль, Г. Эмерсон, Ф. Тейлор, Г. Форд. Москва : Республика,1992. 352 с. – ISBN 5-250-01591-3
98. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>
<https://rosstat.gov.ru/folder/12781>.
99. Филатов В.Б., Чудинов И.Э., Погорелов Я.Д. Здравоохранение как социальный институт // Экономика здравоохранения: ежемесячный журнал. – 2001. – № 7/8. – С. 14.
100. Харитонов Ю.Н., Майоров Д.Б. Совершенствование системы социальной поддержки инвалидов в России на современном этапе // Новая наука: от идеи к результату. – 2016. – № 10-1. – С. 204.
101. ЦНИИОИЗ (2019) Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Статистические материалы. <https://mednet.ru/miac/meditsinskaya-statistika> (дата обращения: 29.04.2021).

102. Черешнев В. А., Чистова Е. В. Выявление региональных особенностей старения населения России //Экономический анализ: теория и практика. – 2017. – Т. 16. – №. 12 (471).
103. Черкасова Е.А., Кром И.Л., Новичкова И.Ю. Институционализация медико-социальной работы в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 10. – С. 1388.
104. Чиждва В.М., Вершинин Е.Г. Медико-социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями: деятельностный подход // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. –2009. №1. – С.6-9
105. Шестакова Е. Е. Старееущее общество: в поисках оптимальной модели долгосрочного обслуживания //Вестник Института экономики РАН. – 2017. – №. 4. – С. 45-59
106. Шурыгина Ю.Ю. Практика работы организаций и учреждений реабилитации, социализации и интеграции инвалидов в общество: учебное пособие, 2008. – 283 с. ISBN 978-5-89230-278-4
107. Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии / пер. с польск. М.М. Гуренко; под общ. ред. А.М. Румянцева. – М.: Прогресс, 1969. 247 с.
108. Эккерт Н.В., Михайловский В.В. Современные проблемы и пути повышения эффективности медико-социальной реабилитации инвалидов вследствие болезней системы кровообращения (на примере Тульской области) // Сибирское медицинское обозрение. – 2015. – №2. – С. 77-81
109. Эпельман Б.В. Комплексный Центр социального обслуживания населения как часть системы медико-социальной реабилитации // Образовательный вестник «Сознание». – 2012. – № 7. – С. 116-118
110. Эпельман Б.В. Оптимизация организации медико-социальной помощи в системе мер социальной защиты населения (на примере административного района крупного города), 2011.

111. Ярская-Смирнова Е. Р., Ярская-Смирнова В. Н. Маломобильные горожане как получатели и субъекты социальной помощи в период пандемии COVID-19: по данным социологического опроса // Вестник Томского государственного университета. Философия. Социология. Политология. 2021. № 63. С. 145-152.
112. Heenan D. Birrell D. Organisational integration in health and social care: some reflections on the Northern Ireland experience, 2009
113. Perman G. et al. Effectiveness of a health and social care integration programme for home-dwelling frail older persons in Argentina, 2021.
114. Pike B. Mongan D. The integration of health and social care services, 2014.
115. Robertson H. Integration of health and social care: a review of literature and models implications for Scotland, 2011.
116. Selezneva E. V., Sinyavskaya O. V., Gorvat E. S. Assessing the Needs of the Elderly in Integrated Health and Social Services in the Russian Federation. – 2020.
117. Sheiman I., Shevski V. Two models of primary health care development: Russia vs. central and Eastern European countries //Higher School of Economics Research Paper No. WP BRP. – 2017. – P.30
118. Study on Global Ageing and Adult Health-2007/10, Wave 1 URL: <https://apps.who.int/healthinfo/systems/surveydata/index.php/catalog/68> (дата обращения: 30.03.2021).
119. The integration of health and social care services URL: https://www.hrb.ie/fileadmin/publications_files/The_integration_of_health_and_social_care_services_2014.pdf (дата обращения: 29.04.2021).
120. Williams P. M. Integration of health and social care: a case of learning and knowledge management, 2012.

**Положения диссертации отражены в следующих публикациях:
В изданиях, рекомендуемых ВАК РФ**

1. Королев М.А. Теоретические предпосылки социологического анализа профессиональной деятельности социальных работников, участвующих в оказании медико-социальной помощи // Социология. 2018. № 3. С. 269-277 (0,9 п.л.).

2. Королев М.А. Медико-социальная помощь лицам пожилого возраста (обзор литературы) // Consilium Medicum. 2020. Т. 22. № 12. С. 77-81 (0,6 п.л.).

3. **Королев М.А.** Ростовская Т.К., Особенности организации медико-социальной службы в России // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2020. № 3 (59). С. 88-95 (0,9/0,6 п.л.).

4. **Королев М.А.** Мартыненко А.В., Мнение социальных работников о совершенствовании медико-социальной помощи в организациях социального обслуживания населения // Социальная политика и социология. № 3. 2021 С. 118-125 (0,6/0,4 п.л.).

Статьи в научных журналах и периодических изданиях

5. Королев М.А. Новый образовательный стандарт направления подготовки Социальная работа в медицинском ВУЗе // Динамика социальной среды как фактор развития потребности в новых профессионалах в сфере социальной работы и организации работы с молодежью / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2019. С. 31-38 (0,4 п.л.).

6. Королев М.А. Роль медико-социальной работы в национальном проекте «Демография» // Национальные демографические приоритеты: подходы и меры реализации. Серия «Демография. Социология. Экономика». Том 5. № 4 / Под редакцией чл.-корр. РАН Рязанцева С.В., Ростовской Т.К. – М.: Изд-во «Экон-Информ», 2019. С. 79-82 (0,2 п.л.).

7. Королев М.А. Актуальность социологического исследования деятельности социальных работников, участвующих в оказании медико-социальной помощи //Отечественный журнал социальной работы. 2020 № 2 (81) С. 91-96 (0,4 п.л.).

Материалы конференций и тезисы докладов

8. Королев М.А. Роль медико-социальной работы в формировании здорового образа жизни молодежи // Государственная молодежная политика: национальные проекты 2019-2024 гг. В социальном развитии молодежи – Москва, 20-21 апреля 2020 г. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Федеральный научно-исследовательский социологический центр, Институт социально-политических исследований, 2020. С. 363-369 (0,3 п.л.).

9. Королев М.А. Мнение экспертов о путях совершенствования медико-социальной помощи населению / Мартыненко А.В., Королев М.А. / Медико-социальная работа: теория технологии образование: материалы I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (25 марта 2021 г.) / отв. ред. А.В. Мартыненко – М.: Либри Плюс, 2021. С. 38-44 (0,7/0,5).

Приложение 1

Особенности деятельности специалистов по социальной работе при оказании медико-социальной помощи населению.

Анкета

Уважаемые коллеги!

Данное исследование посвящено изучению специфики деятельности социальных работников при оказании медико-социальной помощи населению. Мы будем благодарны Вам за участие и надеемся на Ваши искренние ответы. Высказанные Вами мнения и предложения будут обязательно учтены при разработке рекомендаций по совершенствованию подготовки специалистов в сфере социальной работы.

Исследование анонимное, все результаты будут представлены в обобщенном виде.

1. Предоставляет ли Ваша организация социально-медицинские услуги?

1. Да
2. Нет

2. Заполните, пожалуйста, таблицу о предоставлении или не предоставлении социально-медицинских услуг и периодичности их оказания:

Социально-медицинские услуги и периоды времени их оказания.								
	Услуга	Ежедневно	1-2 раза в неделю	1-2 раза в месяц	Не предоставляю потому что			
					Нет опыта /образования	Нет нужного оборудования /медикаментов	Не востребована	Не предусмотрена
Выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья получателя социальных услуг:								
1.	отслеживание изменений состояния по внешнему виду и самочувствию; объяснение результатов измерений и симптомов, указывающих на возможные заболевания;							
2.	контроль за соблюдением предписаний врача, связанных со временем, частотой, способом приема и сроком годности лекарственных средств.							
Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи								
3.	Определение, устранение или прекращение действия угрожающих факторов для жизни и здоровья пострадавшего;							
4.	определение наличия сознания у пострадавшего;							
5.	мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и определению признаков жизни у пострадавшего:							
6.	мероприятия по проведению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни:							
7.	мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения:							

8.	наложение повязок при травмах различных областей тела; проведение иммобилизации (с помощью подручных средств, с использованием изделий медицинского назначения);							
9.	прекращение воздействия опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приема воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание поврежденной поверхности проточной водой);							
10.	местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;							
11.	термоизоляция при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур;							
Выполнение медицинских процедур, перевязок, инъекций по назначению лечащего врача								
12.	перевязок по назначению лечащего врача; наложение компрессов;							
13.	измерение температуры тела, артериального давления;							
14.	закапывание капель; проведение ингаляции;							
15.	проведение внутримышечной или подкожной инъекции;							
16.	проведение внутривенной инъекции;							
17.	обработка пролежней;							
18.	выполнение очистительной клизмы;							
Содействие в оказании медицинской помощи								
19.	взаимодействие с медицинскими работниками по вопросам лечения, обеспечения лекарственными средствами; запись к врачам-специалистам для оказания медицинской помощи, в том числе в целях прохождения диспансеризации							
Содействие в проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных психологических), в том числе для инвалидов, на основании индивидуальных программ реабилитации								
20.	помощь в выборе технических средств реабилитации, проведение практических занятий по обучению пользованию техническими средствами реабилитации; консультирование по обустройству жилого помещения с учетом индивидуальных ограничений жизнедеятельности							
21.	определение необходимой для получателя социальных услуг организации социально-реабилитационного обслуживания или медицинских организаций, оказывающие реабилитационные мероприятия социально-медицинского характера;							
Оказание социально-медицинских услуг и стоматологической помощи:								
22.	динамическое наблюдение за получателем социальных услуг с хронической формой заболевания полости рта;							
23.	скрининг получателей социальных услуг, нуждающихся в зубопротезировании; обучение правильному пользованию и правильному уходу за съемными протезами;							
24.	проведение профилактических осмотров; обучение правилам чистки зубов;							
Направление на обследование и лечение в медицинские организации получателя социальных услуг, нуждающегося в оказании ему специализированной медицинской помощи:								
25.	постановка предварительного диагноза на основании жалоб, осмотров, данных обследования, изучения медицинской документации; определение необходимой медицинской организации (врача-							

	специалиста) в соответствии с медицинскими показаниями;							
Содействие в прохождении освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы:								
26.	сбор документов, необходимых для комплексной оценки состояния здоровья получателя социальных услуг; помощь в получении документов, подтверждающих инвалидность; помощь в составлении жалобы на решение комиссии медико-социальной экспертизы (в случае несогласия с принятым решением)							
Организация прохождения диспансеризации:								
27.	помощь в составлении плана лечения по заболеваниям, выявленным в ходе диспансеризации.							
28. Услуги сиделки								
	получение от получателя социальных услуг лекарственных препаратов, медицинского оборудования и инструментов, иного инвентаря для оказания услуги; наблюдение за состоянием здоровья получателя социальных услуг;							
Лечебно-физкультурный комплекс (в том числе в бассейне):								
29.	уточнение состояния здоровья получателя социальных услуг и согласование программы упражнений с учетом медицинских противопоказаний; общеукрепляющая гимнастика; специальные физические упражнения для определенной группы мышц.							
Массаж (в т.ч. проведение оздоровительного сеанса на массажной кровати, кресле, матрасе):								
30.	уточнение состояния здоровья получателя социальных услуг и согласование программы массажа (процедур на массажной кровати, кресле или матрасе) с учетом медицинских противопоказаний; проведение дозированного воздействия на участки поверхности тела, проводимого с помощью специальных аппаратов или руками (с помощью массажной кровати или кресла) для лечебных, оздоровительных или профилактических целей;							
Проведение оздоровительного курса комплексов "Соляная пещера", "Горный воздух" (при наличии медицинского заключения с указанием продолжительности курса):								
31.	уточнение состояния здоровья получателя социальных услуг и согласование процедуры галотерапии с учетом медицинских противопоказаний; осуществление процедуры галотерапии в специализированном помещении, стены, потолок и пол которого покрыты морской солью.							
"Скандинавская ходьба"								
32.	уточнение состояния здоровья получателя социальных услуг и согласование процедур "скандинавской ходьбы" с учетом медицинских противопоказаний; проведение сеанса "скандинавской ходьбы" по специальной методике с использованием специальных приспособлений (палки для "скандинавской ходьбы").							
Проведение оздоровительного сеанса на компрессионной лимфодренажной системе:								
33.	уточнение состояния здоровья получателя социальных услуг и согласование процедуры лимфодренажа с учетом медицинских противопоказаний; проведение процедуры посредством применения лимфодренажной системы.							
Проведение лазеротерапии								

34.	уточнение состояния здоровья получателя социальных услуг и согласование лазеротерапии с учетом медицинских противопоказаний; проведение сеанса лазеротерапии посредством оптического излучения на определенные точки поверхности тела аппаратом лазеротерапии;							
Проведение магнитотерапии								
35.	уточнение состояния здоровья получателя социальных услуг и согласование магнитотерапии с учетом медицинских противопоказаний; проведение процедуры путем воздействия низкочастотными постоянными или импульсными магнитными полями на определенные точки поверхности тела							

3. Какие, по-Вашему мнению, знания, умения, навыки необходимы социальному работнику при оказании медико-социальной помощи населению?

В области диагностической деятельности:		
1	Уметь интерпретировать результаты обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики;	
2	Уметь планировать обследование пациента;	
3	Знать топографию органов и систем организма в различные возрастные периоды; строение клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии	
4	Знать общие принципы классификации заболеваний; клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп	
5	Знать организацию правильного ухода за пациентами, а также работу с простейшей лечебно-диагностической аппаратурой;	
6	Иметь практический опыт определения групп риска развития различных заболеваний;	
7	Иметь практический опыт проведения санитарно-гигиенического просвещения населения; организации работы Школ здоровья, проведения занятий для пациентов с различными заболеваниями	
8	Уметь обучать пациента и его окружение сохранять и поддерживать максимально возможный уровень здоровья;	
9	Уметь определять группы риска развития различных заболеваний;	
10	Уметь организовывать и проводить патронажную деятельность на закрепленном участке;	
11	Знать принципы диспансеризации при различных заболеваниях; группы диспансерного наблюдения при различной патологии;	
12	Знать методику санитарно-гигиенического просвещения;	
13	Знать показания и противопоказания к применению лекарственных препаратов; особенности применения лекарственных средств у беременных, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста	
14	Иметь практический опыт реабилитации пациентов при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах;	
15	Иметь практический опыт проведения комплексов лечебной физкультуры пациентам различных категорий;	
16	Иметь практический опыт осуществления основных физиотерапевтических процедур по назначению врача;	
17	Иметь практический опыт проведения экспертизы временной нетрудоспособности;	
18	Уметь проводить комплекс упражнений по лечебной физкультуре при различных заболеваниях; основные приемы массажа и лечебной физкультуры;	
19	Уметь проводить физиотерапевтические процедуры;	
20	Уметь организовывать реабилитацию пациентов и составлять программу индивидуальной реабилитации;	
21	Уметь осуществлять паллиативную помощь пациентам;	
22	Уметь проводить медико-социальную реабилитацию инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий, лиц с профессиональными заболеваниями и лиц из группы социального риска;	
23	Уметь проводить экспертизу временной нетрудоспособности;	

24	Знать группы инвалидности и основы освидетельствования стойкой утраты нетрудоспособности в медико-социальной экспертизе;	
25	Знать общее и специальное физиологическое воздействие физических упражнений и массажа на организм человека;	
26	Знать основные виды физиотерапевтических процедур и возможности их применения в реабилитации.	

4. Какие виды деятельности, по-Вашему мнению, мог бы осуществлять социальный работник при оказании социально-медицинских услуг (отметьте все подходящие варианты)?

1. Диагностическую
2. Профилактическую
3. Медико-социальную
4. Другое __Социальная__

5. Как вы считаете, насколько Ваша квалификация соответствует выполняемой Вами работе:

1. Полностью соответствует
2. Выше, чем требуется
3. Ниже, чем требуется
4. Затрудняюсь ответить

6. Считаете ли вы необходимым (полезным) пройти переподготовку, повышение квалификации:

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

7. Какие формы переподготовки, повышения квалификации вы считаете необходимым организовать (отметьте все подходящие варианты):

1. Консультации специалистов
2. Однодневные семинары, тренинги на рабочем месте
3. Повышение квалификации (2-3 недели)
4. Обучение, переподготовка
5. Стажировка
6. Другое (напишите)_____

8. Какие, на ваш взгляд, вопросы необходимо рассмотреть в ходе переподготовки, повышения квалификации (отметьте все подходящие варианты):

1. Охраны здоровья и здравоохранения
2. Возрастные особенности психологии пожилых людей
3. Оказание первой медицинской помощи
4. Делопроизводства
5. Медицинской и фармацевтической деятельности
6. Мер социальной поддержки и социальной защиты населения
7. Законодательства о социальной защите и социальном обслуживании населения
8. Предоставления социально-медицинских услуг
9. Новых технологий социального обслуживания
10. Другое (напишите)_____

9. Ваше образование

1. общее среднее
2. среднее профессиональное (техникум, колледж) профильное
3. среднее профессиональное (техникум, колледж) непрофильное
4. высшее профильное
5. высшее непрофильное

11. Ваш пол

1. мужской
2. женский 109

12. Ваш возраст: _____ лет

1. 18 – 30
2. 31 – 50
3. 51 – 65
4. Старше 65 лет

Благодарим за помощь!

Вопросы совершенствования медико-социальной помощи в организациях социальной защиты населения.

КАРТА ЭКСПЕРТНОГО ОПРОСА

Уважаемый эксперт!

Приглашаем Вас принять участие в социологическом исследовании, целью которого является анализ вопросов совершенствования медико-социальной помощи в организациях социальной защиты населения.

Пожалуйста, выскажите свою точку зрения по этой проблеме, ответив на вопросы анкеты. Прочитайте вопросы и выберите те варианты ответов, которые соответствуют, по Вашему мнению, реальному положению дел. Обведите кружком цифру Вашего варианта ответа, где требуется, допишите свой вариант ответа.

Результаты исследования будут представлены в обобщенном виде, конфиденциальность гарантируется.

1. Какие из нижеперечисленных социально-медицинских услуг предоставляет (может предоставлять) Ваша организация (отметьте все подходящие варианты)?
 - 1.1. Наблюдение за состоянием здоровья получателя социальных услуг
 - 1.2. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи
 - 1.3. Выполнение медицинских процедур, перевязок, инъекций и др. по назначению лечащего врача
 - 1.4. Запись к врачам-специалистам для оказания медицинской помощи, в том числе в целях прохождения диспансеризации
 - 1.5. Проведение и содействие в проведении реабилитационных мероприятий (медицинских, социальных, психологических), в том числе для инвалидов, на основании индивидуальных программ реабилитации
 - 1.6. Обеспечение необходимого ухода с учетом состояния здоровья получателя социальных услуг
 - 1.7. Направление на обследование и лечение в медицинские организации получателя социальных услуг, нуждающегося в оказании специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной
 - 1.8. Обучение инвалидов (в том числе детей-инвалидов) пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации
 - 1.9. Содействие в прохождении освидетельствования в учреждениях медико-социальной экспертизы, сбор документов, необходимых для комплексной оценки состояния здоровья получателя социальных услуг; помощь в получении документов, подтверждающих инвалидность
 - 1.10. Организация прохождения диспансеризации
 - 1.11. Помощь в составлении плана лечения по заболеваниям, выявленным в ходе диспансеризации
 - 1.12. Предоставление услуг сиделки
 - 1.13. Организация лечебно-физкультурного комплекса
 - 1.14. Проведение массажа (в т. ч. проведение оздоровительного сеанса на массажной кровати, кресле, матрасе)

- 1.15. Проведение оздоровительного курса комплексов "Соляная пещера", "Горный воздух"
- 1.16. Проведение оздоровительного курса "Скандинавская ходьба"
- 1.17. Проведение оздоровительного сеанса на компрессионной лимфодренажной системе
- 1.18. Проведение лазеротерапии
- 1.19. Проведение магнитотерапии
- 1.20. Другое (впишите) _____

2. Специалисты какого профиля оказывают в Вашем учреждении социально-медицинские услуги (отметьте все подходящие варианты)?

- 2.1. Врачи
- 2.2. Психологи
- 2.3. Клинические психологи
- 2.4. Юристы
- 2.5. Социальные работники
- 2.6. Средний медицинский персонал
- 2.7. Иные специалисты _____

3. Какие функции выполняет социальный работник в Вашей организации?

- 3.1. Профилактическая работа
- 3.2. Диагностика заболеваний получателей социальных услуг
- 3.3. Реабилитационная работа
- 3.4. Просветительская работа, включая формирование здорового образа жизни пациентов и членов их семей
- 3.5. Содействие в направлении на медико-социальную экспертизу
- 3.6. Организация ухода в рамках социального обслуживания
- 3.7. Содействие в получении медицинской помощи
- 3.8. Психологическая поддержка и помощь
- 3.9. Предоставление социально-медицинских услуг
- 3.10. Другое (впишите)

4. Считаете ли возможным выполнение отдельных видов медико-социальной помощи социальным работником медико-социального профиля при наличии соответствующей квалификации?

- 4.1. Да
- 4.2. Нет

5. Какими, на Ваш взгляд, компетенциями (знаниями, умениями и навыками) должен обладать социальный работник, участвующий в оказании медико-социальной помощи?

5.1. В диагностической деятельности:

- 5.1.1. Уметь планировать обследование пациента
- 5.1.2. Уметь интерпретировать результаты обследования лабораторных и инструментальных методов диагностики
- 5.1.3. Знать общие принципы классификации заболеваний; клиническую картину заболеваний, особенности течения, осложнения у различных возрастных групп
- 5.1.4. Знать организацию правильного ухода за пациентами, а также работу с несложной лечебно-диагностической аппаратурой

5.2. В профилактической деятельности:

- 5.2.1. Иметь практический опыт проведения санитарно-гигиенического просвещения населения; организации работы школ здоровья, проведения занятий в школах для пациентов с различными заболеваниями

- 5.2.2. Уметь обучать пациента и его окружение сохранять и поддерживать максимально возможный уровень здоровья
- 5.2.3. Уметь определять группы риска развития различных заболеваний
- 5.2.4. Уметь организовывать и проводить патронажную деятельность на закрепленном участке
- 5.2.5. Знать принципы диспансеризации при различных заболеваниях; группы диспансерного наблюдения при различной патологии
- 5.2.6. Знать методику санитарно-гигиенического просвещения
- 5.2.7. Знать показания и противопоказания к применению лекарственных препаратов; особенности применения лекарственных средств у беременных, детей, подростков, лиц пожилого и старческого возраста
- 5.3. В медико-социальной деятельности:
 - 5.3.1. Иметь практический опыт реабилитации пациентов при различных заболеваниях и травмах в разных возрастных группах
 - 5.3.2. Иметь практический опыт проведения комплексов лечебной физкультуры пациентам различных категорий
 - 5.3.3. Иметь практический опыт осуществления основных физиотерапевтических процедур по назначению врача
 - 5.3.4. Иметь практический опыт проведения экспертизы временной нетрудоспособности
 - 5.3.5. Уметь проводить комплекс упражнений по лечебной физкультуре при различных заболеваниях; основные приемы массажа и лечебной физкультуры
 - 5.3.6. Уметь проводить физиотерапевтические процедуры
 - 5.3.7. Уметь организовывать реабилитацию пациентов и составлять программу индивидуальной реабилитации
 - 5.3.8. Уметь осуществлять паллиативную помощь пациентам
 - 5.3.9. Уметь проводить медико-социальную реабилитацию инвалидов, одиноких лиц, участников военных действий, лиц с профессиональными заболеваниями и лиц из группы социального риска
 - 5.3.10. Уметь проводить экспертизу временной нетрудоспособности
 - 5.3.11. Знать группы инвалидности и основы освидетельствования стойкой утраты нетрудоспособности
 - 5.3.12. Знать общее и специальное физиологическое воздействие физических упражнений и массажа на организм человека
 - 5.3.13. Знать основные виды физиотерапевтических процедур и возможности их применения в реабилитации

6. Занимаемая Вами должность:

7. Ваш возраст:

- 7.1. до 30 лет
- 7.2. от 30 до 40 лет
- 7.3. от 40 до 50 лет
- 7.4. 50 лет и старше

8. Ваша квалификация:

9. Ваш стаж работы по специальности:

- 9.1. до 5 лет
- 9.2. от 5 до 10 лет
- 9.3. от 10 до 15 лет
- 9.4. 15 лет и более

10. Ваш стаж работы в данной должности:

10.1. до 3 лет

10.2. от 3 до 5 лет

10.3. от 5 до 10 лет

10.4. 10 лет и более

Приложение 3

Гайд опроса руководителей учреждений социальной защиты населения «Об оценке практической значимости модели службы медико-социальной помощи в управлении организацией медико-социальной помощи населению».

Здравствуйте, мы просим Вас выступить экспертом по теме «Управление организацией медико-социальной помощи в учреждениях социальной защиты населения города Москвы».

С Вашей помощью мы предполагаем оценить практическую значимость модели службы медико-социальной помощи в управлении организацией медико-социальной помощи населению».

Спасибо за Вашу помощь!

ВИЗИТНАЯ КАРТОЧКА ЭКСПЕРТА	
ФИО	_____
Место работы, должность	_____
Телефон	_____
E-mail	_____

Изложите в свободной форме Ваше мнение по следующим вопросам:

1. В современных условиях возрастает потребность получателей социальных услуг в оказании им медико-социальной помощи. В этой связи как должна измениться роль учреждений социальной защиты населения, в части предоставления медико-социальных услуг?
2. Какие, по Вашему мнению, необходимы изменения в управлении системой медико-социальной помощи населению?
3. Как повлияет на результативность оказания медико-социальной помощи создание в Вашей организации отдельного подразделения медико-социальной помощи (медико-социальной службы), предоставляющего социально-медицинские услуги социальными работниками?
4. Как повлияет на результативность оказания медико-социальной помощи практическая деятельность социальных работников медико-социального профиля в сфере социальной защиты населения?
5. Каким образом внедрение предложенной автором исследования модели службы медико-социальной помощи будет способствовать повышению доступности отдельных видов медико-социальной помощи и качества предоставляемых социально-медицинских услуг?

Благодарим за участие!