

УДК 614.2

**ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕДИЦИНСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ
В ОБЕСПЕЧЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 60+**

А.Б. Гармаева

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

**INTERACTION OF MEDICAL AND SOCIAL SERVICES IN MAKING THE QUALITY
OF LIFE OF THE POPULATION AT THE AGE OF 60+**

Garmaeva A.B.

Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow

Современная демографическая ситуация во всем мире характеризуется тенденцией к старению населения. Так, в 2018 году 25,4% населения Российской Федерации относилось к возрасту старше трудоспособного. Самым «старым» регионом России в 2018 году явилась Тамбовская область – доля населения старше трудоспособного возраста на начало 2019 года составила 31,3 %, а самыми «молодыми» – Чеченская Республика и Республика Тыва – 10,7 % и 11,8 %, соответственно. Важно, что здоровье, социальное благополучие, особенно для лиц пожилого возраста, связаны не только с получением медицинских услуг, но и с созданием условий, в которых пожилое население может оставаться социально активным.

Целью настоящего исследования явился контент-анализ нормативных документов Российской Федерации по организации взаимодействия органов социальной защиты и медицинских организаций при оказании медико-социальной помощи гражданам старше трудоспособного возраста (по электронному ресурсу «Консультант Плюс»).

Результаты проведенного контент-анализа показали, что министерством здравоохранения, министерством труда и социальной защиты Российской Федерации разработан целый ряд документов, которые являются основой для создания нормативно-правовой документации для субъектов России. В частности, министерством труда и социальной защиты Российской Федерации разработан приказ от 18.11.2014 года № 889н «Рекомендации по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальном сопровождении)». В электронной базе «Консультант Плюс» представлены приказы о регламенте межведомственного взаимодействия по всем субъектам России. Данный регламент определяет перечень участвующих органов, виды деятельности, порядок и формы взаимодействия, требования к содержанию, формам и условиям обмена информацией, а также порядок осуществления государственного контроля и оценки результатов. Однако только субъекты, участвующие в пилотном проекте «Территория ЗАБОТЫ» и город Москва представили документы, излагающие конкретный механизм межведомственного взаимодействия.

Пилотный проект «Территория ЗАБОТЫ» стартовал в России в 2016 году. Его ключевым звеном являлось создание гериатрической службы, а одним из принципов - осуществление межведомственного взаимодействия органов здравоохранения и социальной

защиты населения. Участники пилотного проекта: Самарская, Волгоградская, Воронежская, Калужская, Белгородская области и Республика Башкортостан. Был определен механизм выявления и оценки потребности в медико-социальной помощи лицам старше трудоспособного возраста. Выявление лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи, происходит либо при выполнении своих должностных обязанностей медицинскими или социальными работниками, либо при самостоятельном обращении граждан. В должностные обязанности сотрудников входит опрос граждан, обращающихся в органы исполнительной власти субъекта. Кроме того, рекомендуется организовать подворовые обходы и взаимодействие с медицинскими организациями и органами местного самоуправления. Однако четко не определено, какие именно сотрудники проводят подворовые обходы.

Медицинскими работниками, оказывающими населению первичную медико-санитарную помощь (ПМСП), проводится клинико-гериатрическая оценка (КГО) в 3 этапа. 1 этап проводит медицинская сестра; 2 этап – врач-терапевт участковый; 3 этап – врач-гериатр. Маломобильным гражданам КГО проводится на дому. По результатам КГО устанавливается потребность граждан в медицинской помощи, и врачом-терапевтом участковым с учетом рекомендаций врача-гериатра формируется индивидуальный план лечебных и реабилитационных мероприятий. При наличии потребности в социальной помощи копия индивидуального плана отправляется в органы социальной защиты. В данной модели врач-терапевт участковый становится исполнителем плана лечения и реабилитации пациента, при этом не во всех случаях понятно распределение функций и взаимодействие между врачом-терапевтом и медицинской сестрой участковыми, врачом-гериатром, социальным работником. Также необходимо добавить, что данный способ выявления не обеспечивает полного охвата всех граждан старше трудоспособного возраста. Данный механизм охватывает в результате: 1 – лиц с установленной инвалидностью, обращающихся в медицинскую организацию, оказывающую ПМСП (проходят КГО); 2 – лиц, имеющих только ограничение в самообслуживании (им оказывают срочную социальную услугу); 3 – лиц, не желающих получать социальную помощь (им необходимо оформить отказ в письменной форме). Не включенными в работу остаётся, по меньшей мере, ещё одна группа – лица, не имеющие инвалидности (или не получившие её), но имеющие ограничения возможностей здоровья. Зачастую это одинокие граждане с ограничением возможности коммуникации.

В свою очередь, сотрудники органов социальной защиты населения при получении КГО оценивают нуждаемость в срочных социальных услугах, условия жизнедеятельности, форму обслуживания и составляют индивидуальную программу предоставления социальных услуг; производят сверку данных о предоставлении полагающихся пособий, компенсаций и прочих мер социальной поддержки, установленных законом, и отправляют копии акта оценки условий жизнедеятельности в территориальную медицинскую организацию.

Таким образом,

- механизм организации медико-социальной помощи населению не позволяет охватить услугами часть граждан старше трудоспособного возраста, имеющих ограничения возможностей здоровья, но не имеющие инвалидность (или не получившие её);

- требует совершенствования взаимодействия врача-терапевта и медицинской сестры участковых, врача-гериатра и социального работника при оказании помощи гражданам в возрасте 60+.