

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА и
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
при ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

На правах рукописи

ПУЗИН Сергей Сергеевич

**Организационно-экономические основы деятельности по сбережению
здоровья и предоставлению социальных услуг инвалидам пожилого
возраста в современной России**

Специальность - 5.2.3. Региональная и отраслевая экономика

Диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук

Научный руководитель:
д.э.н., профессор,
Храпылина Любовь Петровна

Москва – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	23
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПО СБЕРЕЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ИНВАЛИДАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	23
1.1. СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО СБЕРЕЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ИНВАЛИДАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	23
1.2. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА В ОТНОШЕНИИ ИНВАЛИДОВ И ЕЕ СПЕЦИФИКА ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ИНВАЛИДАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	35
1.3. ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ В ЦЕЛОМ И В ЧАСТНОСТИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	53
2. ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ИНВАЛИДАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ.....	59
2.1. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	59
2.2. СЛОЖИВШИЙСЯ ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ ИНВАЛИДОВ.....	69
2.3. АНАЛИЗ СЛОЖИВШИХСЯ ПОДХОДОВ К ОРГАНИЗАЦИИ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	81

3. МЕХАНИЗМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНТЕГРИРОВАННЫХ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИНВАЛИДАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	103
3.1. КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ИНТЕГРИРОВАННЫХ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИНВАЛИДАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	103
3.2. ПРОЕКТ МОДЕЛИ МЕХАНИЗМА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНТЕГРИРОВАННЫХ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИНВАЛИДАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	112
ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ.....	123
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	128
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ВОЗРАСТНЫМ ГРУППАМ (НА НАЧАЛО ГОДА).....	146

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Современный этап демографического развития страны характеризуется старением населения, что необходимо учитывать в процессе преобразований социальной сферы в целом, и конкретно, в части преобразований деятельности в области здравоохранения и предоставления социальных услуг старшим возрастным группам населения, в том числе инвалидам пожилого возраста. Инвалиды пожилого возраста составляют $2/3$ от общего числа инвалидов, продолжительность их жизни, мотивации на социальную активность возрастают, что становится возможным благодаря современным достижениям медицинской науки, фармакологии, геронтологии и активной государственной социальной политике.

Государство акцентирует внимание на решении проблем инвалидов, увеличивает финансовые затраты для такого решения. Это обуславливает современные тренды трансформации деятельности по организации и управлению в системах здравоохранения и социальной защиты населения, ориентированных на сбережение здоровья, сохранение социальной активности, достойный уровень жизни инвалидов пожилого возраста.

Медицинская помощь, медико-социальное обслуживание и разноплановые социальные услуги имеют особое значение для сбережения здоровья инвалидов пожилого возраста. В реализуемых в настоящее время государственных программах, направленных на преобразование здравоохранения¹, Национальном проекте «Демография»² предусмотрены меры по повышению качества медицинской помощи, реабилитации инвалидов, росту доступности для них физкультурно-оздоровительных занятий, усилению мотивации к здоровому образу жизни. Также, что

¹ Государственная программа Российской Федерации "Развитие здравоохранения" на 2018–2024 годы (последняя редакция). – <https://minzdrav.gov.ru/ministry/programms/health/info>

² Национальный проект «Демография» на 2019–2024 год (последняя редакция, включающий федеральный проект «Старшее поколение». - <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/demography>

очень важно для инвалидов пожилого возраста, интенсифицируется обеспечение услугами по уходу, патронажной и паллиативной помощи.

Большую востребованность среди инвалидов пожилого возраста и производителей услуг (разных организационно-правовых форм) имеют такие меры охраны здоровья, как гериатрической направленности санаторно-курортное лечение, физкультурно-спортивные услуги, индивидуальная социально-психологическая поддержка и сопровождение, обучение самоидентификации состояния здоровья, рекреационно-оздоровительный туризм для пожилых и инвалидов. В этом деле, как отмечает большинство специалистов науки и практики, много издержек, связанных с организационными и методическими упущениями, недостаточной просвещенностью потребителей и производителей услуг, ориентированных на инвалидов, по своим правам и их реализации в практике.

В современных условиях в России сформировались и продолжают развиваться рыночные отношения, касающиеся разных сфер жизнедеятельности, в том числе деятельности по предоставлению разным категориям населения медицинских и социальных услуг. Практическим предоставлением таких услуг инвалидам пожилого возраста, преимущественно заняты медицинские учреждения системы здравоохранения и социальные службы системы социального обслуживания населения на местах, результативность деятельности которых во многом зависит от региональных и муниципальных органов власти.

Соответственно действующему законодательству³ организация оказания медицинской помощи, медико-социального обслуживания и отдельных, предусмотренных в нормативно-правовых документах,

³ Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" от 06.10.1999 N 184-ФЗ (последняя редакция). -https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_14058/,
Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ (ред. от 14.07.2022) "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 11.01.2023). -
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_44571/

социальных услуг лицам пожилого возраста и инвалидам, является прерогативой местных органов власти. Данные акты определили особенности организации соцуслуг и соцобслуживания для лиц пожилого возраста, имеющих статус ветеранов и инвалидов.

Предоставление специальных видов помощи и услуг инвалидам пожилого возраста позитивно воздействует на качества их жизни, так как способствует частичному устранению ограничений жизнедеятельности, обусловленных инвалидизирующими нарушениями здоровья в совокупности с возрастными изменениями. В той или иной степени выраженности нарушения здоровья проявляются у каждого инвалида пожилого возраста и из-за этого развиваются нарушения функций систем и органов и как следствие – разные проявления ограничений жизнедеятельности, что требует социальной поддержки этих людей. У инвалидов пожилого возраста в 25% случаев психические отклонения, разрушаются связи с внешним миром. У многих инвалидов пожилого возраста есть риск десоциализация, дезинтеграции, возникают физические барьеры для самостоятельной жизни, передвижения, социальной мобильности. Все это приводит к эмоциональному выгоранию, минимизирует физическую и социальную мобильность таких инвалидов.

Из-за указанных обстоятельств у инвалидов пожилого возраста возникают специфические социальные проблемы, решение которых, как правило, связано с предоставлением специальных видов медицинской помощи и социальных услуг. Решение данных проблем компенсирует ограничения жизнедеятельности и позволяет человеку достаточно долго жить в открытом обществе, быть полностью или частично автономной личностью, вести независимый образ жизни. Инструментами данного решения являются гарантированные и платные виды медпомощи и социальные услуги. Лица пожилого возраста в целом и в частности из числа инвалидов преимущественно становятся потребителями гарантированных государственных социальных услуг, предназначенных

для охраны здоровья и социального обслуживания. Платные услуги для большинства этих людей недоступны из-за низких доходов. В России современная социально-экономическая политика направлена на повышение благосостояния каждого гражданина страны. Одним из ключевых инструментов социальной поддержки инвалидов пожилого возраста являются пенсии по старости или инвалидности. Размер пенсий регулярно повышается и возможно в перспективе эти лица могут стать потенциальными покупателями необходимых им соцуслуг. Однако современные негативные обстоятельства (пандемия, санкции и др.) эту вероятность отодвигают в неопределенное будущее.

Новые подходы к организации охраны здоровья и социальному обслуживанию отдельных категорий населения, передача прерогативы полномочий региональным органам управления в этой области, возрастающая ответственность самих граждан за свое здоровье и благополучие на основе личных ресурсов, вызывают необходимость изучения изменений организационно-экономических основ деятельности по сбережению здоровья и предоставлению социальных услуг инвалидам пожилого возраста, научного обоснования механизма совершенствования организации этой деятельности в современной России. До настоящего времени указанная проблематика комплексно в плане интеграции деятельности в системах здравоохранения и социальной защиты применительно к инвалидам пожилого возраста не рассматривалась в научных исследованиях.

Все вышеизложенное обуславливает актуальность темы настоящего исследования, ее научное и практическое значение в плане решения социальных проблем инвалидов пожилого возраста.

Степень разработанности научной проблемы. Научные работы, касающиеся организации медицинской помощи и услуг, связанных с охраной здоровья и медико-социального обслуживания лиц пожилого возраста и инвалидов, освящают гарантированные виды медицинской

помощи и новые медицинские методы относительно разных нозологических форм нарушений здоровья, а также изучения перспектив использования тех или иных форм медицинского и социального обслуживания, как правило либо по категориям лиц пожилого возраста, либо по категориям инвалидов.

В ряде публикаций представлены результаты научных исследований развития сферы услуг, в которых рассматриваются экономические вопросы социального обслуживания лиц пожилого возраста и предоставления им социальных, в том числе и медико-социальных, услуг в свете социальной защиты населения и его отдельных категорий. Среди таких работ следует выделить труды Азоева Г. А., Волгина Н. А., С. В. Кадамцевой С. В., Косенко О.Ю. Весьма важным аспектом социально-экономических отношений применительно к лицам пожилого возраста является распространенность эйджизма, на что обращают внимание в своих научных публикациях Клепикова Е.А. Колосницына М.Г., Соколов И.В.

Многие ученые отмечают необходимость упорядочения государственного регулирования деятельности на региональном уровне, касающейся социальной поддержки и социального обслуживания лиц пожилого возраста и инвалидов. Бобков В.Н., Роик В.Д., Храпылина Л.П. указывают на то, что для повышения доступности социальных услуг пожилым людям, надо использовать технологии обязательного и добровольного медицинского и социального страхования. В рыночных условиях, как полагают эти ученые, такое страхование становится социально-экономической основой обеспечения гарантированных и дополнительных социальных услуг в целом и в частности медико-социальных услуг и качественной медицинской помощи старшим возрастным группам населения.

Сулейманова Г. Т., Курманова А. Р., Касиев Н.К., Касымова Р. О. представили репрезентативные доказательства того, что предотвращать зависимость пожилых людей от посторонней социальной помощи можно

путем создания для них благоприятных условий жизни посредством планирования развития системы социальной помощи на основе долгосрочных прогнозов медико-социальных потребностей этих людей. Новым направлением исследований стала цифровизация здравоохранения и социального обслуживания. Отметим научные публикации Кормачевой О. С., Лысенко Е. А.

В исследовательских работах зарубежных авторов, изучавших проблематику помощи пожилым инвалидам, освещены особенности механизмов организации этой помощи в отдельных странах (Rosales-Huamani J.A.; Castillo-Sequera J.L.; Paredes-Larroca F.; Landauro-Abanto A.; Zuloaga-Rotta L. A ⁴ Zhang R., Zhang Z., Peng Y.⁵, Belzunegui-Eraso A.; Pastor-Gosálbez I.; Puig-Andreu X.; Valls-Fonayet F.⁶, Cirella G.T., Båk M., Kozlak A., Pawłowska B., Borkowski P. ⁷). К. Renker и W. Presber утверждают, что удовлетворение посредством медицинской помощи и медико-социального обслуживания социальных потребностей пожилых людей, в том числе инвалидов, следует осуществлять путем развития гериатрии, реабилитационной индустрии и реабилитационных технологий. О. Hook, Н. Bringmann, J. Kostuik. MithrSg R. Gillespie, F.L. Ubers, Heftiet указывают на то, что нормативно-правовые основы охраны здоровья и медико-социального обслуживания пожилых людей имеют особенности, присущие разным странам, но в целом заложенные в них подходы схожие.

Карнаухова, В.К., Коноплев Н. С. внесли свой вклад в изучение этой темы в аспекте сервисологии. освятили организационно-экономические аспекты предоставления социальных услуг лицам пожилого возраста на

⁴ Rosales-Huamani, J.A.; Castillo-Sequera, J.L.; Paredes-Larroca, F.; Landauro-Abanto, A.; Zuloaga-Rotta, L. A Review of Ontological Models Applied for the Assistance of Persons with Disabilities. Preprints.org 2020, 2020030383. <https://doi.org/10.20944/preprints202003.0383.v1>

⁵ Zhang R., Zhang Z., Peng Y. The multi-subject cooperation mechanism of home care for the disabled elderly in Beijing: qualitative research. BMC Prim. Care 2022. №23. P. 186 <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01777-w>

⁶ Belzunegui-Eraso A.; Pastor-Gosálbez I.; Puig-Andreu X.; Valls-Fonayet F. Risk of Exclusion in People with Disabilities in Spain: Determinants of Health and Poverty. Preprints.org 2018, 2018090585. <https://doi.org/10.20944/preprints201809.0585.v1>

⁷ Cirella G.T., Båk M., Kozlak A., Pawłowska B., Borkowski P. Transport innovations for elderly people. Research in Transportation Business & Management. 2019. №30. 100381. <https://doi.org/10.1016/j.rtbm.2019.100381>

местном уровне. Кондратьева Е. А., Храпылина Л.П. на основе проведенных исследований выявили существенные упущения в координации деятельности служб систем здравоохранения и социальной защиты населения, уполномоченных за медико-социальное обслуживание пожилых людей, указали особенности проблем в этой области, касательно лиц пожилого возраста из числа инвалидов.

Результаты анализа разных источников литературы и многочисленных научных публикаций, затрагивающих проблематику активного долголетия, организации медицинской помощи, медико-социального обслуживания, позволили утверждать об отсутствии комплексных научных исследований, касающихся специфики деятельности по сбережению здоровья и предоставлению социальных услуг инвалидам пожилого возраста. В научных трудах нет научно-обоснованных разработок механизма организации такой деятельности и потребности в ней в современной России, с учетом новых приоритетов здравоохранения, изменения экономических основ и содержания социальных гарантий оказания медицинской помощи и предоставления социальных услуг, а также доступности соответствующих льготных и платных услуг таким инвалидам.

Цели и задачи исследования.

Целями диссертационного исследования являются: комплексный анализ деятельности по сбережению здоровья и предоставлению социальных услуг инвалидам пожилого возраста, выявление проблем в этой области и разработка новых подходов к управлению этой деятельностью посредством механизма предоставления интегрированных социально-медицинских услуг.

Задачи исследования:

- анализ теоретических воззрений на охрану здоровья и предоставление социальных услуг лицам пожилого возраста в целом и в частности из числа инвалидов;

- анализ особенностей организационного и экономического регулирования организации оказания медицинской помощи, медико-социального обслуживания, предоставления разноплановых социальных услуг инвалидам пожилого возраста;

- анализ зарубежного опыта организации медицинской помощи, медико-социального обслуживания, предоставления социальных услуг инвалидам пожилого возраста, а также разработка предложений по его адаптации в России;

- оценка современных социальных проблем, связанных с состоянием охраны здоровья и предоставления социальных услуг инвалидам пожилого возраста, и разработки предложений по их решению;

- исследование мнений лиц пожилого возраста о наиболее значимых для них проблемах, касающихся состояния их здоровья и качества жизни, а также потребностей в специальных медико-социальных услугах;

- разработка предложений по преобразованиям организационно-экономических основ деятельности по сбережению здоровья и предоставлению социальных услуг лицам пожилого возраста из числа инвалидов;

- разработка проекта модели механизма предоставления интегрированных социально-медицинских услуг инвалидам пожилого возраста.

Объект и предмет исследования.

Объект исследования – система организационно-экономического обеспечения охраны здоровья и предоставления социальных услуг инвалидам пожилого возраста в России.

Предмет исследования – социально-экономические отношения, возникающие в процессе преобразований деятельности по охране здоровья и предоставлению социальных услуг инвалидам пожилого возраста.

Теоретическая и методологическая основа исследования включает труды ученых по проблемам экономики здравоохранения и

социального обеспечения, демографии, организации оказания медицинской помощи и медико-социального обслуживания, развития гериатрии, реабилитационной индустрии применительно к лицам пожилого возраста и инвалидам.

В работе использованы разработки отечественных и зарубежных авторов, в которых содержатся идеи и концепции, посвященные проблемам функционирования и развития институтов охраны здоровья и социального обслуживания лиц пожилого возраста и инвалидов, преобразований специальных социальных услуг и форм их предоставления этим категориям населения.

В ходе исследования применялись методы: библиографический, социально-экономический, сравнительного и логического анализа, обобщения, статистики, экспертных оценок, моделирования, социологических исследований (анкетирование, экспертный опрос, наблюдения).

Информационная база исследования включает законодательные федеральные и региональные акты, публикации ВОЗ, данные Роскомстата, материалы Министерства здравоохранения РФ, Министерства труда и социальной защиты населения РФ, Министерства промышленности и торговли РФ, Фондов пенсионного, медицинского и социального страхования РФ, федеральные и региональные нормативные и другие документы, регулирующие отдельные направления деятельности в области здравоохранения и социальных услуг. Также использовались отчетные материалы региональных и муниципальных структур, результаты исследований, проведенных автором настоящей работы, прайс-листы различных организаций, оказывающих разноплановые социальные услуги, касающиеся тематики настоящего исследования.

Обоснованность и достоверность результатов исследования определена логически выстроенной методикой исследовательской работы, большим объемом тематического материала и результатами его

аналитического изучения, использованием актуальных разноуровневых актов Российской Федерации, регулирующих изучаемую область деятельности, положениями, взятыми из научных трудов зарубежных и отечественных авторов, подтвержденными соответствующими ссылками, а также собственными репрезентативными данными, полученными автором в ходе исследования.

Положения, выносимые на защиту и имеющие научную новизну, полученные лично автором в результате настоящего исследования:

1. Обоснована необходимость проактивной деятельности государства и общества по решению проблем, обусловленных процессами старения населения и, связанного с этим, роста числа инвалидов пожилого возраста. Указанные процессы имеют существенное влияние в России на социально-экономическое развитие, изменения социальной сферы, прежде всего касательно здравоохранения и социальной поддержки населения и его отдельных категорий. Изложенная позиция отличается от современных воззрений на приоритеты ситуационных жизненных обстоятельств, соответственно которым осуществляется деятельность по реализации государственных гарантий медицинской помощи и социальных услуг по категориальной принадлежности к «инвалидам» или «лицам пожилого возраста», без учета специфики инвалидов пожилого возраста и в этом контексте без выделения категории «инвалиды пожилого возраста». Доказана возрастающая потребность в преобразованиях организационно-экономических основ деятельности по сбережению здоровья и предоставлению социальных услуг инвалидам пожилого возраста с ориентацией на рациональное использование государственных ресурсов, предназначенных на эти цели в системах здравоохранения и социальной защиты. Установлено в ходе исследования, что в практике используется отраслевые подходы в рамках выполнения соответствующих отраслевых задач. Аргументировано, что усиление межведомственного взаимодействия приведет к достижению позитивного синергетического

эффекта деятельности, в том числе в плане использования ресурсов (паспорт научной специальности 5.2.3. – «Региональная и отраслевая экономика» (экономика сферы услуг): 4.1. Теоретико-методологические основы анализа проблем развития отраслей сферы услуг, 4.16. Политика регулирования и поддержки развития отраслей сферы услуг).

2. Разработана концепция преобразований управления деятельностью по сбережению здоровья и мотивированной социальной активности инвалидов пожилого возраста на основе охраны их здоровья и предоставления социальных услуг посредством технологии интегрированных социально-медицинских услуг. В отличии от современных отраслевых ситуационных подходов основные положения концепции состоят в следующем:

- предложено рассматривать систему управления деятельностью по охране здоровья и предоставлению интегрированных социально-медицинских услуг инвалидам пожилого возраста, как комплекс организационно-управленческих, нормативно-правовых, финансово-экономических взаимосвязанных регуляторов, на основе которых осуществляется организация оказания этим лицам персонифицированных видов медицинской помощи и социальных услуг, а также формируется ресурсная база, обеспечивающая функционирование медицинских и социальных служб, которые в рамках своих полномочий выполняют общественно значимую функцию продления активного долголетия и создания социально приемлемых условий жизнедеятельности инвалидам пожилого возраста. Эта система позволит достигнуть позитивного эффекта сбережения здоровья и длительной социальной активности инвалидов пожилого возраста;

- введено в научный оборот понятие «интегрированные социально-медицинские услуги, под которыми рассматривается комплекс взаимообусловленных социальных и медицинских услуг, касающихся медицинской и социальной помощи, в рамках межведомственного

взаимодействия уполномоченных служб здравоохранения и социальной защиты населения (паспорт научной специальности 5.2.3. – «Региональная и отраслевая экономика» (экономика сферы услуг): 4.1. Теоретико-методологические основы анализа проблем развития отраслей сферы услуг, 4.12. Экономика здравоохранения, 4.16. Политика регулирования и поддержки развития отраслей сферы услуг).

3. Обосновано, что для регионов и отдельных муниципальных образований с высокой плотностью расселения населения и единичными отделенными и труднодоступными поселениями следует использовать централизованный тип организации медицинской помощи и предоставления социальных услуг инвалидам пожилого возраста в плане оказания им специализированных квалифицированных услуг и обслуживания. С этой целью предпочтительно осуществлять плановое укрупнение соответствующих объектов и служб, с ориентацией на создание центров гериатрической медицинской помощи и комплексных медико-социальных услуг лицам пожилого возраста в целом и в частности инвалидам пожилого возраста. Для регионов и муниципальных образований с низкой плотностью расселения население, большой удаленностью друг от друга поселений, наличием отделенных и труднодоступных поселений целесообразен децентрализованный тип организации медицинской помощи и предоставления социальных услуг путем развития сети специализированных учреждений, организаций, кабинетов, мобильных комплексов (медицинских, социального обслуживания, рекреационно-оздоровительных, физкультурно-оздоровительных, санаторно-курортных, и др.). Такая позиция существенно отличается от применяемой в практике деятельности, основанной на нормативной методике унифицированного определения типа объектов на местах и вида их деятельности (паспорт научной специальности 5.2.3. – «Региональная и отраслевая экономика» (экономика сферы услуг): 4.1. Теоретико-методологические основы анализа проблем

развития отраслей сферы услуг, 4.12. Экономика здравоохранения, 4.16. Политика регулирования и поддержки развития отраслей сферы услуг).

4. Доказана необходимость внесения поправок в федеральное и региональное законодательство. Эти поправки должны касаться установления конкретных полномочий региональных и муниципальных органов власти в области организации и ресурсного обеспечения развития деятельности по охране здоровья и предоставления разноплановых гарантированных социальных услуг лицам пожилого возраста в целом и в частности касательной инвалидов этого возраста, а также упорядочения и контроля предоставления интегрированных социально-медицинских услуг в рамках гарантированной медицинской помощи и медико-социальных услуг, социальных услуг с обеспечением проживания в специализированных учреждениях и без такового, решения вопросов надлежащего содержания и обеспечения инфраструктурных объектов, повышения мотивации персонала специализированных учреждений на результативный труд (паспорт научной специальности 5.2.3. – «Региональная и отраслевая экономика» (экономика сферы услуг): 4.12. Экономика здравоохранения, 4.16. Политика регулирования и поддержки развития отраслей сферы услуг).

5. Сформулированы и аргументированы результаты изучения сложившейся организации оказания медицинской помощи и разных видов социальных услуг на основе предоставления платных услуг лицам пожилого возраста в целом и в частности инвалидам пожилого возраста. Доказано, что в современной России слабо развито предпринимательство, касающееся специальных услуг для этих категорий населения по указанным направлениям деятельности из-за того, что платные услуги, как правило, дорогостоящие и ориентированы на малочисленную группу лиц пожилого возраста с высоким уровнем собственного достатка или достатка их семей. Большинство инвалидов пожилого возраста относятся к бедным слоям населения и не могут себе позволить платные услуги. Для развития

данной сферы деятельности надо, чтобы услуги, предназначенные для охраны здоровья и предоставления социальных услуг, в том числе интегрированных социально-медицинских услуг, инвалидам пожилого возраста, оказывались как в социальных отраслях, так и путем мотивации предпринимателей с использованием экономических рычагов (применительно к рассматриваемой тематике - равноправное участие в конкурсах, тендерах, муниципальных и государственных заказах, целевых программах и т.д.). Государство и предпринимательское сообщество посредством благотворительности могли бы брать на себя полную или частичную денежную компенсацию инвалидам пожилого возраста за инициативное приобретение ими определенных товаров и услуг, которые не входят в гарантированные, но они необходимы. Особенно важно, чтобы частный сектор заинтересовало предоставление интегрированных социально-медицинских услуг (паспорт научной специальности 5.2.3. – «Региональная и отраслевая экономика» (экономика сферы услуг): 4.12. Экономика здравоохранения, 4.16. Политика регулирования и поддержки развития отраслей сферы услуг).

6. Разработан проект модели механизма предоставления интегрированных социально-медицинских услуг инвалидам пожилого возраста (ИСМУ). Этот механизм в отличии от существующего механизма, основанного на моноотраслевом подходе, целеориентирован на нуждаемость таких людей в удовлетворении их потребностей в данных услугах путем координации усилий и их организационно-экономического обеспечения ресурсами системы здравоохранения и системы социальной защиты населения. Обосновано, что в ряде случаев потребуются интеграция этих услуг с иными услугами (юридическими, нотариальными, волонтерскими, другими). Для осуществления координации деятельности по предоставлению ИСМУ инвалидам пожилого возраста обоснована необходимость создания специальной межведомственной службы поддержки пожилых инвалидов (СППИ), которая могла бы

функционировать на базе уполномоченных региональными органами власти органов управления социальной защиты населения или МФЦ. В СППИ предложено использовать разработанные автором информационно-коммуникативный агрегатор и медико-социальный агрегатор, как эффективные инновационные инструменты предоставления интегрированных социально-медицинских услуг инвалидам пожилого возраста. Для финансового обеспечения ИСМУ предложены такие инструменты, как индивидуальные финансовые сертификаты, социальный контракт, пожизненная рента с иждивением (с включением ИСМУ в перечень услуг в рамках этой ренты) (паспорт научной специальности 5.2.3. – «Региональная и отраслевая экономика» (экономика сферы услуг): 4.16. Политика регулирования и поддержки развития отраслей сферы услуг).

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в разработке концептуальных положений о необходимости усиления интеграции деятельности по охране здоровья и социального обслуживания инвалидов пожилого возраста путем развития интегрированных социально-медицинских услуг для них на основе:

- эффективного взаимодействия систем здравоохранения и социальной защиты населения, а также иных задействованных в предоставлении социальных услуг этим лицам субъектов, являющихся уполномоченными в этой деятельности;

- проведения мониторинга потребностей инвалидов пожилого возраста в видах и формах медицинской помощи и обслуживания, разноплановых социальных услугах и на основе результатов такого мониторинга планирования мероприятий по их удовлетворению.

Практическое значение работы заключается в том, что разработанные положения и выводы могут быть использованы для совершенствования организационно-экономических основ деятельности по охране здоровья и предоставлению социальных услуг, инвалидам пожилого возраста. Введение в практику предлагаемого нового вида услуг

– интегрированные социально-медицинские услуги, позволит на их основе модернизировать медико-социальное обслуживание таких категорий инвалидов. Предложения, изложенные в диссертации, будут полезными для управления развитием гериатрического профиля услуг и медико-социальной защиты инвалидов пожилого возраста, а также в целом пожилых людей. Они могут быть применены в практической деятельности федеральных и региональных органов государственной власти, органов власти местного самоуправления, учреждений и организаций здравоохранения, социальной защиты населения, страховых организаций, иных структур, задействованных в решении вышеуказанных проблем. Материалы диссертации могут найти применение в учебной работе и уже стали стартовыми для научных исследований в этой области.

Апробация результатов исследования.

Результаты исследований были представлены в докладе «Экономические и правовые аспекты совершенствования медико-социальной и медицинской помощи пожилым и престарелым гражданам» на международной конференц-сессии «Государственное управление и развитие России: глобальные тренды и национальные перспективы» (Москва, 2022 год), а также в докладе «Комплексная медико-социальная помощь и обслуживание лиц пожилого возраста в стационарных условиях» на международной конференц-сессии «Государственное управление и развитие России: цивилизационные вызовы и национальные интересы» (Москва, 2023 г.).

Основные выводы и положения диссертационного исследования изложены в 12 научных публикациях автора, из них в научных журналах **Scopus:**

1. Пузин С. С. Обеспечение защиты прав инвалидов на доступ к лекарственным средствам / Пузин С. Н., Гречко А. В., Пряников И.В., Маличенко В.С., Пузин С. С. // Ж. Scopus Успехи геронтологии. 2018. Т. 31. № 4. С. 581–587.

2. Puzin S. S. Protection of the rights of disabled people to access medicines» / Puzin S.N., Grechko A.V., Priyanikov I.V., Malichenko V.S., Puzin S.S. // Ж. Scopus Advances in Gerontology. 2019. Т. 9. №1. С. 56–61.

- в научных журналах, рекомендованных **ВАК Российской Федерации**.

3. Пузин С. С. Комплексная оценка качества жизни инвалидов вследствие ИБС / Пузин С. Н., Чандирли С.А., Гулуа И.Г., Агаева Л. М., Куприн А. С., Говорушкина Н.С.// Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, 2017. -(3). – С. 26–36.

4. Пузин С. С. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России / Пузин С. Н., Шургая М.А., Меметов С.С., Ачкасов, Е. Е. Погосян, Г. Э. Лялина, И.В., Омаров С.А., Гигинеишвили Д.Н. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. - №21(1–2). – С. 10–17.

5. Пузин С. С. Пути совершенствования медико-социальной экспертизы на современном этапе (обзор нормативно-правовых документов) / Пузин С. Н., Меметов С.С., Середа А.Н., Петрова В. Н., Шарикадзе Д.Т., Ким В.В., Пузин С.С. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2021. - № 3. - С. 7–15.

6. Пузин С. С. Анализ статистических данных первичной инвалидности - основа планирования мероприятий по ее профилактике / Хорькова О. В., Пузин, С.Н. Богова, О.Т., Пузин С. С. // Медицинский алфавит. 2021. №23. – С. 100–103.

7. Пузин С. С. Медико-социальная помощь пожилым и престарелым гражданам (обзор литературы) / Индербиев Т.С., Шадури В.Р., Маммадова М.Н.К., Яроцкая И.А., Потапов В. Н., Богова О.Т., Пузин С.С. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной

экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2021. - №4. – С. 79–93.

8. Пузин С. С. Медико-социальная помощь и медико-социальная реабилитация пациентов старших возрастных групп, включая инвалидов, с синдромом гипомобильности / Алиев А.К., Пузин С.Н., Владимирова О.Н., Горайнова М.В., Пузин С.С. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2023. - №1. – С. 7–16.

9. Пузин С. С. Новые подходы к организации деятельности по предоставлению социально-медицинских услуг инвалидам пожилого возраста на региональном уровне / Храпылина Л.П. // Социально-трудовые исследования. 2024. - 3(56). С. 143-155.

- в других научных изданиях

10. Пузин С. С. Тенденции развития реабилитационной индустрии для инвалидов в современной России / Пузин С. Н., Агаева Л. М., Говорушкина Н.С., Пузин С. С. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2021. - №1. – С. 31–41.

11. Пузин С. С. Экономические и правовые аспекты совершенствования медико-социальной и медицинской помощи пожилым и престарелым гражданам / С.С. Пузин // Коллективная монография «Уроки пандемии COVID-19 для здравоохранения и общества». 2022. – С. 262–279.

12. Пузин С. С. Комплексная медико-социальная помощь и обслуживание лиц пожилого возраста в стационарных условиях / Храпылина Л.П., Пузин С.С., Шокова Н.В., Гадзиева И.В.// Коллективная монография «Инноватика и технологический суверенитет в здравоохранении России. 2023. – С. 259–281.

Результаты диссертационной работы были использованы при разработке аналитических записок и предложений для подготовки

поправок в федеральное и региональное законодательство, в ходе исполнения целевых научно-практических исследований. Они также используются в учебном процессе Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ по направлению «Государственное и муниципальное управление», в том числе включены в учебное пособие. Автор проводит учебные практические занятия для магистров по теме «Организация оказания медицинской помощи и социального обслуживания инвалидов», используя материалы диссертационного исследования и своего авторского проекта.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Цель, задачи, содержание и результаты исследования соответствуют следующим направлениям паспорта научной специальности 5.2.3. – «Региональная и отраслевая экономика» (экономика сферы услуг): 4.1. Теоретико-методологические основы анализа проблем развития отраслей сферы услуг, 4.12. Экономика здравоохранения, 4.16. Политика регулирования и поддержки развития отраслей сферы услуг.

Структура и объем диссертационной работы. Диссертация изложена в 3-х главах на 147 страницах, иллюстрирована таблицами и графиками, содержит ссылки на 134 отечественных и иностранных источника.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПО СБЕРЕЖЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ И
ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ИНВАЛИДАМ
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

1.1. Современные концепции преобразований деятельности по
сбережению здоровья и предоставлению социальных услуг инвалидам
пожилого возраста

В России доля граждан старше 65 лет в 2010 году составляла 12,7%, в 2021 году - 15,8%⁸, в 2023 году – 16, 5% в общей численности населения страны⁹. Такие изменения связаны с существенным повышением качества гериатрической направленности медпомощи и мерами по социальной поддержке старшего поколения. Как полагает Галушинская Ю.А. продолжительность жизни лиц пожилого возраста можно связать с достижениями медицинской науки и практики, повышением уровня жизни населения в целом и в частности этой возрастной группы [30].

По прогнозам Пенсионного фонда РФ доля населения пожилого возраста (60+) будет продолжать увеличиваться и к 2030 году составит около 26%т общего числа населения¹⁰. По данным Федеральной службы статистики, разработавшей три варианта прогноза, в России в настоящее время проживает 24,9% лиц старше трудоспособного возраста. Согласно низкому, среднему и высокому вариантам прогноза в 2036 году таких людей будет в стране соответственно: 24,4%, 24,1%, 24,7%¹¹.

⁸ В России с 2010 года увеличилась более чем на 3% доля пожилых граждан - <https://tass.ru/obschestvo/15356549?ysclid=lvr2hqndmb502087179>

⁹В России доля населения в возрасте 65 лет и старше увеличилась вдвое за последние 50 лет <https://tass.ru/obschestvo/18031025?ysclid=lvr2lbautp607758695>

¹⁰ Доля россиян старше 60 лет составит 26% к 2030 году – <https://www.kommersant.ru/doc/3828702?ysclid=lvr2pyd5p3993195791>

¹¹ Источник информации - rosstat.gov.ru/folder/313/document/220709

Акцентируем внимание на том, что среди лиц старше 60 лет примерно 46% являются инвалидами¹². Инвалиды пожилого возраста имеют отличительные от не инвалидов этой возрастной группы особенности. Им присущи характеристики, свойственные инвалидам соответствующей группы инвалидности, а также они являются носителями специфических черт лиц пожилого возраста в целом.

Согласно исследованиям Демидовой. Т. Е.¹³, Медведевой Г. П.¹⁴, Храпылиной Л.П.¹⁵ и других ученых для этих людей характерны определенные биологические, социальные, поведенческие особенностями. Подробно указанные характеристики освещены в научных публикациях Храпылиной Л.П. Обобщенно уточним наиболее значимые параметры особенностей, важные для оценки специфических потребностей инвалидов пожилого возраста. Биологические особенности пожилых обусловлены процессом старения, который для человека детерминируется социальными, экономическими, психологическими и рядом других факторов. Различают несколько видов старости: хронологическую, определяющуюся количеством прожитых лет (в соответствии с международной классификацией ранний период старости 65-74 года, старость – от 75 лет); физиологическую – состоянием здоровья, совокупностью соматических отклонений организма (зависит от индивидуальных особенностей угасания обмена и функций, а также от формирования приспособительных механизмов); психологическую – самоощущением человека, видением своего места в возрастной структуре; социальную – синтезом разных видов старости (социальный возраст человека соотносится со средней продолжительностью жизни в определенной стране и определенном

¹² Почему людей с инвалидностью становится все больше: Статьи общества +1, 02.12.2022 - Рамблер/новости - <https://news.rambler.ru/sociology/49803776-pochemu-lyudey-s-invalidnostyu-stanovitsya-vse-bolshe-stati-obschestva-1-02-12-2022/?ysclid=lvr2zkrqd5919670403>

¹³ Демидова. Т. Е. Социальная работа с пожилыми людьми: монография. - Москва: Русайнс, 2017–255 с.

¹⁴ Медведева Г. П. Социальная работа с пожилыми людьми: монография. - Москва: КноРус, 2021.

¹⁵ Храпылина Л.П. Диспансеризация лиц пожилого возраста как инструмент здоровьесбережения и продления активного долголетия /Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – Москва, 2019, №4, стр.134-144.

временном отрезке, он не одинаковый для разных эпох, культур, для представителей различных социальных слоев и групп).

Для создания всем указанным категориям пожилых людей равных возможностей по реализации своих прав и законных интересов в различных сферах общественной жизни (политической, экономической, социальной) нужны условия удовлетворения специфических, свойственных именно этим категориям граждан социальных потребностей¹⁶.

Социальные особенности касаются социального статуса, который отражается во взаимоотношениях пожилых людей с другими возрастными группами. В этом аспекте различают: 1. Статус пожилых людей, как старейшин, признаваемых окружающими их людьми неформальными лидерами; 2. Статус, при котором происходит взаимное отчуждение пожилого человека и других членов общества. Негативное влияние на этот процесс оказывает то, что 25% людей пожилого возраста имеют психические нарушения здоровья¹⁷.

Постепенно пожилые люди минимизируют свою социальную активность, их уделом становится одиночество, в том числе при жизни в семье. Постепенное угасание интересов и эмоциональности, снижение потребностей и желаний их удовлетворения. Общение становится суженным, ограничивается круг людей, с которыми сохраняются контакты и проявляется интерес к ним. Безусловно, описанные процессы зависят от личности, от окружающей человека пожилого возраста среды¹⁸.

Весьма интересно то, что до настоящего времени не существует научного определения термина «пожилой человек». В нормативных правовых актах Российской Федерации используются различные термины

¹⁶ Храпылина Л.П. Вовлечение лиц старшего возраста в трудовую деятельность. /Государственная служба. 2016. №3(101). С. 20–22

¹⁷ Храпылина Л.П. Диспансеризация лиц пожилого возраста как инструмент здоровьесбережения и продления активного долголетия /Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – Москва, 2019, №4, стр.134-144

¹⁸ Храпылина Л.П. Диспансеризация лиц пожилого возраста как инструмент здоровьесбережения и продления активного долголетия /Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – Москва, 2019, №4, стр.134-144

в отношении пожилого населения: в Конституции РФ – термин «пожилые граждане»¹⁹; в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года – термины «население старших возрастных групп» и «пожилое население»²⁰; в Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 года – термин «граждане (люди) старшего поколения»²¹.

Росстат использует термины «граждане пожилого возраста» и «население (люди) старше трудоспособного возраста». Под всеми перечисленными категориями подразумевают людей пенсионного возраста. В Российской Федерации пенсионный возраст для женщин – с 60 лет, мужчин – с 65 лет²².

В Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года²³ пожилые люди представлены тремя возрастными группами:

- граждане с 60 до 64 лет – это достаточно активные в экономическом и социальном плане люди, продолжающие осуществлять трудовую деятельность;
- граждане с 65 лет до 80 лет – это, как правило, люди менее активные, многим из которых требуется медицинская помощь и социальные услуги;

¹⁹ Конституции РФ (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020-
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/?ysclid=lv48ceque971509025

²⁰ Указ Президента РФ от 09.10.2007 N 1351 (ред. от 01.07.2014) "Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года". -
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_71673/7a46cb13de731db3333fcd77a4f7887e468287e3/?ysclid=lv4gpyhc7729580364

²¹ Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 N 164-р <Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года>. -
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_193464/ba70babae5b5a71024b6822fa9a3d01fb739c37d/?ysclid=lv4ebwony634748108

²² Отчет по проекту Государственное управление в сфере поддержки пожилых, лиц пенсионного и предпенсионного возраста. - <https://topuch.com/otchet-po-proektu-gosudarstvennoe-upravlenie-v-sfere-podderjki/index.html>

²³ Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 N164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации». – <https://mintrud.gov.ru/ministry/programs/37/2>

- граждане старше 80 лет – это, как правило, люди, имеющие множественные проблемы со здоровьем и зачастую нуждающиеся в уходе и помощи.

По данным исследований, проведенных Институтом геронтологии РАМН, 12 % всех пожилых людей и 25 % лиц старческого возраста относятся к «лежачим» больным. Старение и связанные с ним инвалидизирующие ухудшения здоровья, преморбидные состояния²⁴ определяют необходимость оказания инвалидам пожилого возраста постоянной медицинской помощи, обслуживания на дому; для значительной части актуальной становится паллиативная помощь в специализированных учреждениях и на дому²⁵.

Социальное обслуживание пожилых людей, включая инвалидов пожилого возраста, основывается на междисциплинарном знании, которое складывается из научных достижений социальной геронтологии, гериатрии, социальной работы, социальной демографии, социальной политики и др.

По данным научных исследований, проведенных в Саратовском государственном медицинском университете, риски, ограничивающие активный образ жизни в пожилом возрасте, выражаются в следующих основных проблемах:

- это усиление негативного эффекта медикализации пожилых людей, способствующее стигматизации социogerонтологической группы и препятствующее политике активного образа жизни в старости;
- возрастная дискриминация в профессионально-деловой сфере, которая, несмотря на декларируемое положительное отношение к представителям старшей возрастной группы, остается фактором риска продолжения их активного образа жизни²⁶.

²⁴ Преморбидное состояние – предшествующее и способствующее развитию болезни состояние

²⁵ Петренко Н. Г., Филенко Н. Г., Эпельман Б.В. Медико-социальная помощь пожилым людям. - <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-sotsialnaya-pomosch-pozhilym-lyudyam?ysclid=lv4u4uhm8963264010>

²⁶ Куличенко Л. Л., Ивахненко И. В. «Характеристика соматической патологии у людей пожилого и старческого возраста» // Волгоградский научно-медицинский журнал. №1. Волгоград, 2012. С. 88–89

Потребность в медицинской помощи в пожилом возрасте, по сравнению с более молодым возрастом, выше: в 2–4 раза – в амбулаторно-поликлинических условиях и в 1,5–3 раза в стационарных условиях²⁷. Для инвалидов пожилого возраста эти показатели возрастают.

Механизм реализации медицинской помощи и медицинской реабилитации, а также социального обслуживания делится на несколько этапов. Первый этап – этап обоснования и планирования предоставления медицинских услуг и социального обслуживания. Технологически он включает три шага²⁸:

1. Подача заявления о разработке ИПРА (индивидуальная программа реабилитации и адаптации инвалида) и предоставлении социального обслуживания.
2. Признание, уполномоченным органом, пожилого человека нуждающимся в обслуживании;
3. Составление индивидуальной программы и подписание договора о предоставлении социальных услуг.

Важную роль имеет профилактическое направление медико-социальной работы, совершенствование первичной и вторичной профилактики, ориентированных на предупреждение дальнейшего прогрессирования болезни и предусматривающей комплекс лечебных и профилактических мероприятий, а также решения отдельных социальных задач²⁹.

Авторы ряда научных публикаций обращают внимание на существующие проблемы междисциплинарного характера: зависимость от

²⁷ Захарова Н.О., Никитин О.Л. «Совершенствование качества оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста» // Актуальные проблемы дополнительного профессионального образования и здравоохранения: материалы межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 30-летию Института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета (Самара, 14 марта 2013 г.) / под ред. Г. П. Котельникова, С. Н. Измакова. Самара: Самар. Гос. мед. ун-т, 2013. С. 172–173

²⁸ Попова Е. П., Богова О.Т., Пузин С. Н., Мацокин И.С. и др. «Влияние антиаритмических препаратов на спектральные показатели вариабельности сердечного ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий» // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. Т. 21. № 1–2. С. 101–104

²⁹ Машковский Е.В., Богова О.Т., Ачкасов Е.Е., Володина К. А. «Способ оценки эффективности физической реабилитации пациентов-ветеранов спорта с ишемической болезнью сердца» // Патент на изобретение RU 2584131 C1, 20.05.2016. Заявка № 2015121339/14 от 05.06.2015

согласованности действий системы здравоохранения и социальной защиты населения, пробелы в правовом обеспечении деятельности по предоставлению медико-социальных услуг гражданам пожилого возраста, недостаточную эффективность действий по выявлению лиц этой возрастной группы, нуждающихся в медицинской, психологической помощи и реабилитации³⁰³¹.

По мнению специалистов Самарского государственного медицинского университета, в настоящее время оказание медико-социальной помощи лицам пожилого возраста представляет актуальную проблему в связи с увеличением удельного веса данной категории населения нашей страны. При этом «демографическое постарение» населения приводит к возникновению необходимости на государственном уровне решать проблемы медицинского, социального, психологического и экономического характера. Для достижения наилучших результатов в этом деле необходимо объединение усилий как государства, так и территориальных органов власти³²³³.

С позиций законодательства об организации охраны здоровья и социальной защиты инвалидов, основная роль в механизме предоставления медико-социальных услуг этим лицам принадлежит федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы, к полномочиям которых относится определение потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая

³⁰ Ильина Е. С., Богова О.Т., Синицина И.И., Пузин С. Н., Сычев Д. А. «Падения в стационаре у пациентов старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями и полипрагмазией» // Нервно-мышечные болезни. 2018. Т. 8. № 3. С. 19–27

³¹ Ильина Е. С., Богова О.Т., Сычев Д. А. «Лекарственные средства как фактор риска падений геронтологических пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с полиморбидностью» // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2015. № 4. С. 111–117

³² Захаров В. В., Савушкина И. Ю., Мхитарян Э. А. и др. «Возрастная динамика когнитивных функций у лиц 50–85 лет» // Успехи геронтологии. Т. 30. № 3. М., 2017. С. 450–456

³³ Ильина Е. С., Богова О.Т., Горбатенкова С. В., Сычев Д. А. «Падение пациента старческого возраста как неблагоприятное событие, связанное с применением лекарственных средств: клиническое наблюдение» // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2017. Т. 13. № 2. С. 203–206

реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма³⁴.

Медико-социальная экспертиза осуществляется исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых в порядке, определяемом федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения³⁵. При проведении такой экспертизы учитываются специфические потребности инвалидов пожилого возраста, большинство из которых нуждаются в периодическом или постоянном постороннем уходе и социальном патронаже.

Авторы ряда научных статей обращают внимание на незначительную роль федеральных учреждений МСЭ в системе социальной защиты населения и медико-социальной реабилитации граждан, хотя именно они формируют важнейший документ – индивидуальную программу реабилитации и абилитации инвалида (ИПРА). Исследователи в частности указывают на то, что формирование ИПРА инвалидов носит формальный характер, в них отсутствуют заключения о нуждаемости инвалидов, имеющих ограничения жизнедеятельности к самообслуживанию, в конкретных персонифицированных мерах медико-социальной помощи (медицинской, психологической, психолого-педагогической др.)^{36,37}.

³⁴ Куличенко Л. Л., Ивахненко И. В. «Характеристика соматической патологии у людей пожилого и старческого возраста» // Волгоградский научно-медицинский журнал. №1. Волгоград, 2012. С. 88–89

³⁵ Куличенко Л. Л., Ивахненко И. В. «Характеристика соматической патологии у людей пожилого и старческого возраста» // Волгоградский научно-медицинский журнал. №1. Волгоград, 2012. С. 88–89

³⁶ Архипов И. В., Гурьянова Г. С. «Стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста – проблемы, пути, решения» // Клиническая геронтология. 2016. № 5/6. – С. 70–74

³⁷ Балека Л.Ю., Меметов С.С., Архипов И. В., Потапов В. Н., Богова О.Т. и др. «Особенности оказания мер социальной поддержки гражданам проходящим лечение в ГБУ РО ГВВ» // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2013. № 3. С. 75–77

В настоящее время заключение о нуждаемости в медицинской реабилитации, о ее видах и формах в учреждениях МСЭ принимается на основании рекомендаций врачебных комиссий (ВК) медицинской организации, содержащихся в Направлении на МСЭ, и, как правило, эти рекомендации вносятся в ИПРА инвалида³⁸. Действующий порядок организации и деятельности учреждений медико-социальной экспертизы предусматривает проведение медико-социальной экспертизы без участия специалиста по социальной работе, психолога³⁹.

Социальная диагностика с целью определения у освидетельствуемого гражданина наличия и степени выраженности ограничений жизнедеятельности, оценки возможностей и условий социализации, адаптации и интеграции в общество осуществляется врачами специалистами по медико-социальной экспертизе, но она носит формальный характер и ограничивается записями в соответствующих разделах ИПРА «нуждается» либо «не нуждается»⁴⁰.

В действующих Классификациях и критериях, используемых в практике учреждений МСЭ, имеются существенные пробелы, не позволяющие полноценно объективизировать выраженность ограничений жизнедеятельности у освидетельствуемого:

- отсутствует механизм оценки степени ограничений основных категорий жизнедеятельности в зависимости от выраженности нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

³⁸ Попова Е. П., Богова О.Т., Пузин С. Н., Мацокин И.С. и др. «Влияние антиаритмических препаратов на спектральные показатели variability сердечного ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий» // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. Т. 21. № 1–2. С. 101–104

³⁹ Попова Е. П., Богова О.Т., Пузин С. Н., Мацокин И.С. и др. «Влияние антиаритмических препаратов на спектральные показатели variability сердечного ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий» // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. Т. 21. № 1–2. С. 101–104

⁴⁰ Попова Е. П., Богова О.Т., Пузин С. Н., Мацокин И.С. и др. «Влияние антиаритмических препаратов на спектральные показатели variability сердечного ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий» // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. Т. 21. № 1–2. С. 101–104

- количественные показатели норм и отклонений от норм, соответствующих определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

Признание инвалида нуждающегося в медицинской помощи и социальном обслуживании, а также социальном сопровождении (в содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам) и составление ИПСУ (индивидуальная программа предоставления социальных услуг) осуществляется на основании ИПРА инвалида, сформированной в учреждении МСЭ. Отсутствие в ИПРА инвалида заключений о конкретных мерах и видах медико-социальной реабилитации требует коллегиального, комиссионного заключения о потребностях инвалида и специфики его нуждаемости в медицинской помощи и социальных услугах. Надо принимать решения по ИПСУ с привлечения к формированию этого документа специалистов медицинских организации, специалиста по социальной работе, психолога по социальной работе⁴¹⁴².

Существующий порядок реализации ИПРА инвалида и составления ИПСУ избыточно заорганизованный, разработка ИПРА и ИПСУ носят заявительный характер. От составления соответствующих индивидуальных программ до реального получения необходимой медицинской помощи, медико-социального обслуживания и социальных услуг инвалидов пожилого возраста должен пройти сложный и длительный путь обращений в разные организации, что таким людям очень сложно делать⁴³⁴⁴.

⁴¹ Ильина Е. С., Богова О.Т., Синицина И.И., Пузин С. Н., Сычев Д. А. «Падения в стационаре у пациентов старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями и полипрагмазией» // Нервно-мышечные болезни. 2018. Т. 8. № 3. С. 19 -27

⁴² Ильина Е. С., Богова О.Т., Сычев Д. А. «Лекарственные средства как фактор риска падений геронтологических пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с полиморбидностью» // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2015. № 4. С. 111 -117

⁴³ Архипов И. В., Гурьянова Г. С. «Стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста – проблемы, пути, решения» // Клиническая геронтология. 2016. № 5/6. – С. 70–74

⁴⁴ Белоусова О.Н., Хмельницкий А.В., Жабоева С.Л., Прощаев К.И. Разработка программного комплекса «Подходы к созданию программ персонифицированной профилактики гериатрических синдромов» //

Статистика инвалидности населения старших возрастных групп свидетельствует, что численность инвалидов пожилого возраста увеличивается, проблемы охраны их здоровья, социальной адаптации и поддержки остаются актуальными и требуют новых подходов к решению⁴⁵⁴⁶.

Потребность в различных видах социального обслуживания испытывают 80 % пожилых людей, а более чем 30% из них нуждаются в постоянной посторонней помощи и социально-медицинских услугах⁴⁷.

На основании изучения и исследования существующих программ популяционной профилактики, выявлены недостатки существующей системы профилактической работы⁴⁸:

- выявлены медико-социальные состояния, не охваченные профилактическими программами;
- сравнительные медико-организационные исследования профилактической помощи в организациях различных форм собственности обозначили необходимость поиска новых подходов к организации профилактической деятельности;
- выявлены наиболее часто встречающиеся гериатрические синдромы у инвалидов пожилого возраста, которые редко учитываются при разработке ИПРА и ИПСУ.

По мнению исследователей, которые изучали медицинские и социальные компоненты геронтологической помощи, медико-социальная

Сборник научных статей III Межрегиональной научно – практической конференции, проводимой в рамках мероприятий по подготовке к 100-летию ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России Под общей редакцией Академика РАН Г. П. Котельникова, доцента С.В. Булгаковой. – Самара. 2017. С. 56–77

⁴⁵ Лебедев А. А., Архипов И. В., Пузин С. Н., Шургая М.А., Чандирли С.А., Огай Д.С., Богова О.Т., Потапов В. Н. «От межведомственного подхода в организации паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста к национальному плану «Здоровое старение»» // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. № 4. С. 4–7

⁴⁶ . Попова Е. П., Богова О.Т., Пузин С. Н., Мацокин И.С. и др. «Влияние антиаритмических препаратов на спектральные показатели вариабельности сердечного ритма у пациентов с фибрилляцией предсердий» // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. Т. 21. № 1–2. С. 101–104

⁴⁷ Машковский Е.В., Богова О.Т., Ачкасов Е.Е., Володина К. А. «Способ оценки эффективности физической реабилитации пациентов-ветеранов спорта с ишемической болезнью сердца» // Патент на изобретение RU 2584131 C1, 20.05.2016. Заявка № 2015121339/14 от 05.06.2015

⁴⁸ Машковский Е.В., Богова О.Т., Ачкасов Е.Е., Володина К. А. «Способ оценки эффективности физической реабилитации пациентов-ветеранов спорта с ишемической болезнью сердца» // Патент на изобретение RU 2584131 C1, 20.05.2016. Заявка № 2015121339/14 от 05.06.2015

работа не может трактоваться как «медицинская и социальная», поскольку здесь имеет место не комплементарность, а интеграция.⁴⁹ Более того, все виды социальной помощи должны проходить медицинскую экспертизу, состоящую в определении степени физиологической полезности или вреда тех или иных видов помощи для конкретного индивида пожилого возраста.

Выводы.

1. Необходимость преобразований деятельности по удовлетворению потребностей в здоровьесбережении и социальных услугах для инвалидов пожилого возраста обусловлена ростом численности этой категории населения и повышением внимания со стороны государства к их нуждам, обусловленным ограничением жизнедеятельности этих людей из-за естественных возрастных и приобретенных изменений здоровья, а также трансформации социального статуса. Система услуг для лиц пожилого возраста и инвалидов в экономических реалиях становится одним из главных объектов современной государственной социальной политики и целью модернизации в рамках здравоохранения и социальной защиты населения. Социальная сфера, ее социальные отрасли предназначены для создания общественно приемлемых социальных условий для реализации потребностей всех членов общества, включая лиц пожилого возраста, повышения уровня и качества их жизни, а также для мероприятий по практическому осуществлению социальных услуг, ориентированных на данные категории населения. Инвалиды пожилого возраста нуждаются в развитии системы специальных услуг медицинского, социального, психологического и иного характера.

2. Современные воззрения специалистов науки и практики на преобразования деятельности по сбережению здоровья и предоставлению социальных услуг инвалидам пожилого возраста акцентированы на

⁴⁹ Машковский Е.В., Богова О.Т., Ачкасов Е.Е., Володина К. А. «Способ оценки эффективности физической реабилитации пациентов-ветеранов спорта с ишемической болезнью сердца» // Патент на изобретение RU 2584131 C1, 20.05.2016. Заявка № 2015121339/14 от 05.06.2015

приоритеты изменения организации предоставления медицинской помощи этим лицам. Такая помощь рассматривается инвариантом любого вида социальной помощи лицам пожилого возраста. Потребность в медицинской помощи априори содержит в себе потребность в помощи социальной, она предопределяет специфику организации удовлетворения потребностей в медико-социальных услугах и социальном обслуживании.

Важным направлением преобразований предлагается минимизация госпитализаций инвалидов пожилого возраста, кроме случаев нуждаемости в скорой и неотложной помощи. Необоснованная госпитализация инвалидов пожилого возраста является проявлением расширения медиализации. Она вызвана низким качеством социального обслуживания и низким уровнем интеграции медико-социальной работы. Медицинская составляющая, как базовая для социальных услуг должна преобладать, но не становится избыточной.

Перспективным признано развитие гериатрического характера медицинской помощи и социальных услуг.

1.2. Государственная политика в отношении инвалидов и ее специфика применительно к инвалидам пожилого возраста

В современной России социальные проблемы инвалидов пожилого возраста и их решения методами государственного и муниципального управления обусловлены нарастающим старением населения и ростом инвалидизации лиц пожилого возраста. Эта ситуация породила необходимость расширения деятельности служб медицинской и социальной помощи этим людям, возросла потребность в специальном медицинском и социальном обслуживании, создании условий и выделении дополнительных средств для гериатрического направления соответствующей деятельности, касательно в целом лиц пожилого возраста и в частности инвалидов пожилого возраста, а интенсификации реабилитации инвалидов, с учетом гериатрической специфики. Несмотря на предпринимаемые государством меры по развитию охраны здоровья и

совершенствованию организации социальной поддержки лиц пожилого возраста и инвалидов из их числа, эти люди относятся к наиболее социально уязвимым категориям населения.

Основной акцент в государственной политике в отношении лиц пожилого возраста и инвалидов делается на росте уровня их материального обеспечения (повышения минимального размера пенсий, индексация пенсий и пособий, единовременные выплаты, бесплатное лекарственное обеспечения и др.). Однако, кроме материального обеспечения, для таких граждан большое значение имеют качество, полнота и форма оказания им медицинской помощи и разноплановых социальных услуг.

Проблемы медико-социальной помощи, социальной адаптации и поддержки лиц пожилого возраста в целом и в частности инвалидов пожилого возраста в настоящее время находятся в центре внимания государственных институтов управления, которые реализуют государственные программы, национальные и федеральные проекты, направленные на обеспечение приемлемого уровня жизни таких граждан и доступности им гарантированных социальных услуг. Государственные и муниципальные органы власти активно подключают для предоставления социальных услуг инвалидам пожилого возраста коммерческие организации.

Государственная социальной политика в отношении лиц пожилого возраста и инвалидов определена в Конституции Российской Федерации и ряде федеральных законов (их перечень представлен в библиографическом списке настоящей диссертации). Остановимся более подробно на нормативно-правовом регулировании социального обслуживания граждан в Российской Федерации, которое направлено на организационные и

экономические основы социального обслуживания в стране, строится на следующих принципах⁵⁰:

- равный, свободный доступ граждан к социальному обслуживанию вне зависимости от их пола, расы, возраста, национальности, языка, происхождения, места жительства, отношения к религии, убеждений и принадлежности к общественным объединениям;
- адресность предоставления социальных услуг;
- приближенность поставщиков социальных услуг к месту жительства получателя социальных услуг;
- сохранение пребывания гражданина в привычной для него среде;
- добровольность;
- конфиденциальность.

Законодательно сформулировано определение понятия «социальная услуга» – это действие или действия в сфере социального обслуживания по оказанию постоянной, периодической, разовой помощи, в том числе срочной помощи, гражданину в целях улучшения условий его жизнедеятельности и (или) расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности. При этом социальные услуги оказываются гражданам, признанным нуждающимися в помощи⁵¹. К видам услуг, предоставляемых в рамках законодательства о социальном обслуживании населения и специальных услуг для отдельных категорий отнесены те, что представлены в таблице 1.

Услуги инвалидам пожилого возраста предоставляются в стационарной, полустационарной форме и в форме социального обслуживания на дому в соответствующих учреждениях социального обслуживания, к которым относятся: дома-интернаты для престарелых и

⁵⁰ Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ (последняя редакция) – https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/

⁵¹ Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ (последняя редакция) – https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/

инвалидов, психоневрологические геронтологические центры, интернаты с постоянным или временным проживанием и других.

Таблица 1 - Виды социальных услуг и их предназначение

№№	Виды услуг	Предназначение услуги для ее получателя
1.	Социально-бытовые	Поддержание жизнедеятельности и здоровья
2.	Уход	поддержание безопасности жизнедеятельности и оказания помощи в алиментарном обслуживании
3.	Оказание содействия в проведении оздоровительных мероприятий	профилактика отклонений в состоянии здоровья
4.	Систематическое наблюдение за состоянием	выявление отклонений в состоянии здоровья
5.	Социально-психологические	оказание помощи в коррекции психологического состояния
6.	Оказание помощи по адаптации в социальной среде	адаптация в социальной среде
7.	Оказание психологической помощи, в том числе анонимно с использованием телефона доверия	Снизить психологическое напряжение
8.	Социально-педагогические	профилактика отклонений в поведении и развитии личности
9.	Формирование позитивных интересов, в том числе в сфере досуга	Устойчивые позитивные предпочтения интересов, включая виды досуга, в том числе с использованием интернет-ресурсов
10.	социально-трудовые	оказание содействия в трудоустройстве и трудовой адаптации
11.	социально-правовые	оказание помощи в получении юридических услуг, защите прав и законных интересов
12.	коммуникативные и информационные	повышение коммуникативного потенциала
13.	срочные социальные услуги	обеспечение питанием, одеждой, предметами первой необходимости, жильем, юридической помощи
14.	срочные социальные услуги в виде психологической помощи	повышение личностной самооценки, развитие навыков общения, восстановления жизненных сил
15.	социально-педагогические для обучения родственников	обучение родственников практическим навыкам общего ухода за тяжелобольными гражданами пожилого возраста и инвалидами
16.	Социально-психологический патронаж	наблюдение для своевременного выявления ситуаций психического дискомфорта или межличностного

		конфликта и других ситуаций, могущих усугубить трудную жизненную ситуацию
--	--	---

Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни лиц пожилого возраста, включая инвалидов этой возрастной группы, в период с 2019 по 2024 г. осуществляется в соответствии с федеральным проектом «Старшее поколение», федеральной программой «Долголетие» на 2019-2024 г., целью которых является создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, как составной части мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан старшего поколения. В этих документах предусмотрены сбалансированное социальное обслуживание и медицинская помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержка семейного ухода⁵².

Социальный пакет долговременного ухода содержит гарантированный перечень и объем социальных услуг, обеспечивающих гражданину, нуждающемуся в постороннем уходе, бесплатное предоставление ухода во всех формах социального обслуживания и технологиях социального обслуживания, включая их сочетание и чередование, а также содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение)⁵³. Также предусмотрены социально-медицинские услуги, которые предоставляются при всех формах социального обслуживания и включают в себя:

- выполнение процедур, связанных с организацией ухода, наблюдением за состоянием здоровья получателей социальных услуг

⁵² Пузин С. Н., Андреева О. С., Сазонов В. С. Равные права – Равные возможности / Монография. ООО «Издательский дом Тончу», Москва, 2009, 150 с

⁵³ Белоусова О.Н., Хмельницкий А.В., Жабоева С.Л., Прощаев К.И. Разработка программного комплекса «Подходы к созданию программ персонализированной профилактики гериатрических синдромов» // Сборник научных статей III Межрегиональной научно – практической конференции, проводимой в рамках мероприятий по подготовке к 100-летию ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России Под общей редакцией Академика РАН Г. П. Котельникова, доцента С.В. Булгаковой. – Самара. 2017. С. 56–77

(измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарственных препаратов и др.);

- оказание содействия в проведении оздоровительных мероприятий;
- систематическое наблюдение за получателями социальных услуг в целях выявления отклонений в состоянии их здоровья;
- проведение мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни;
- проведение занятий по адаптивной физической культуре;
- консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг, проведение оздоровительных мероприятий, выявление отклонений в состоянии их здоровья).

Типовая модель системы долговременного ухода⁵⁴ расширяет ассортимент социально-педагогических услуг во всех формах социального обслуживания и включает обучение практическим навыкам общего ухода за тяжелобольными получателями социальных услуг, получателями социальных услуг, имеющими ограничения жизнедеятельности.

В современной научной литературе выделены группы риска лиц пожилого возраста, нуждающиеся в особом внимании специалистов. Для инвалидов пожилого возраста обозначенные риски возрастают в силу имеющихся у них инвалидизирующих нарушений здоровья. К группам риска, отмеченным в нормативных правовых актах, относятся следующие лица: престарелые, живущие одиноко; престарелые женщины, одинокие и вдовы; изолированно живущие престарелые; бездетные престарелые; престарелые, страдающие тяжелыми заболеваниями или физическими недостатками; престарелые, вынужденные жить на минимальное

⁵⁴ Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 декабря 2021 г. № 929 “О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2022 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе”. - <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403251165/>

государственное или социальное пособие или даже на еще более незначительные средства; лица в возрасте 80–90 лет и старше⁵⁵.

Среди негативных факторов, под влиянием которых может развиваться дезадаптация рассматриваемых лиц, отмечаются: подверженность воздействию окружающей среды; большая чувствительность к психологическим воздействиям; часто плохие жилищные условия; медицинская и социальная помощь низкого качества⁵⁶.

Разработанная в НИУ ВШЭ (Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики») Концепция политики активного долголетия предусматривает создание современной системы заботы и ухода. Построение качественной системы заботы и ухода, охватывающей всех нуждающихся в уходе независимо от возраста и наличия ухаживающих родственников; переход от заявительного к выявительному принципу оказания социальных услуг, особенно в системе долговременного ухода, и включение за счет этого в систему заботы и ухода лиц, практически не имеющих контактов с социальными службами, медицинскими учреждениями и т.д. (одинокое граждане старшего поколения, проблемные семьи⁵⁷.

Развитие системы социального обслуживания, медико-социальной помощи пожилым гражданам с ограничениями жизнедеятельности сдерживается следующими факторами:

- слабой правовой базой системы социального обслуживания, в том числе по вопросам медико-социальной помощи;

⁵⁵ Белоусова О.Н., Хмельницкий А.В., Жабоева С.Л., Прощаев К.И. Разработка программного комплекса «Подходы к созданию программ персонализированной профилактики гериатрических синдромов» // Сборник научных статей III Межрегиональной научно – практической конференции, проводимой в рамках мероприятий по подготовке к 100-летию ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России Под общей редакцией Академика РАН Г. П. Котельникова, доцента С.В. Булгаковой. – Самара. 2017. С. 56–77

⁵⁶ Захарова Л. Б., Ковалева Т. В., Парийская Е. Н. «Гериатрия как осмысление новых реалий в российской медицине. Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения» // Том 15. №: 1. 2020. С. 505–513

⁵⁷ Обломкова Л.Н., Майсов С.Г. «Роль медико-социальной экспертизы в гериатрической практике в современных условиях» // Сборник научных статей III Межрегиональной научно – практической конференции, проводимой в рамках мероприятий по подготовке к 100-летию ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России Под общей редакцией Академика РАН Г. П. Котельникова, доцента С.В. Булгаковой. – Самара. 2017. С. 296-302. gerontolog.info/docpdf/may17/samara2017.pdf

- ограниченностью финансовых ресурсов, имеющихся в распоряжении органов управления федерального и регионального уровней, а также органов местного самоуправления;
- отсутствием координации в деятельности министерств и ведомств в сфере социального обслуживания;
- нехваткой кадров, имеющих профессиональную подготовку в области медико-социальной работы;
- недостаточное использование финансовых, экономических возможностей негосударственных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста, благотворительных и религиозных организаций.

Одним из приоритетов государственной социальной политики в Российской Федерации стало недопущение дискриминации по признаку инвалидности. Под дискриминацией по признаку инвалидности понимается любое различие, исключение или ограничение по причине инвалидности, целью либо результатом которых является умаление или отрицание признания, реализации или осуществления наравне с другими всех гарантированных в Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина в политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой иной области. Существующие национальные и международные механизмы должны сквозь призму прав человека решать наиболее насущные проблемы людей пожилого возраста.

Как полагает автор настоящей работы, обозначенные особенности пожилых людей должны учитываться при формировании системы предоставления услуг и конкретно услуг, предоставляемых в местах проживания инвалидов пожилого возраста. С 1999 г., когда ООН объявила Международный год пожилых людей с целью содействия осуществлению принципов ООН в отношении пожилых, в большинстве стран мира, включая Россию, внимание к проблемам лиц пожилого возраста существенно возросло со стороны государства и общества. Эти принципы

объединены в пять групп: независимость, участие, уход, реализация внутреннего потенциала, достоинство⁵⁸. Данные принципы стали базовыми для разработки социальной политики в отношении старшего поколения практически во всех странах мира, в том числе и в России. Очевидно, что, согласно данным принципам, услуги становятся главным направлением деятельности, ориентированной на гуманное отношение к пожилым людям, включая инвалидов пожилого возраста, создание условий для их длительной жизни, обеспечение возможностей реализации своих прав наравне с другими гражданами.

Важными для благополучия и жизненного оптимизма инвалидов пожилого возраста являются социальные услуги по социально-психологической адаптации в определенных социально-экономических условиях. Практически все пожилые люди в значительной степени зависят от государственной социальной политики, роли общества в ее формировании и реализации⁵⁹.

Возрастные изменения и приобретенные нарушения здоровья, что особенно выражено у инвалидов, как правило, обуславливают затруднения у пожилых людей к самостоятельному проживанию, к поддержанию социальных связей, к обеспечению экономической независимости и другим ограничениям, что существенно отражается на социальном положении индивидов и качестве их жизни. Формирующиеся на протяжении многих столетий в обществе стереотипы по поводу сниженной физической и социально-экономической активности лиц пожилого возраста и в этой связи их бесперспективности для привнесения в общество благ, во многом определяют сущность отношения к старшему поколению и методы выбора услуг для них. Инвалидность у пожилых людей усугубляет такие воззрения.

⁵⁸ Международный год пожилых людей. Документы ООН. www.un.org

⁵⁹ Дутченко О.Н., Мытиль А.В. Специфика группы пожилых как объекта социальной политики. - <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifika-gruppy-pozhilyh-kak-obekta-sotsialnoy-politiki/viewer>

Согласно концепции С. И. Григорьева⁶⁰, «жизненные силы человека представляются как единство индивидуальной и социальной субъектности»⁶¹. Индивидуальная субъектность понимается, как способность человека удовлетворять и развивать свои многообразные потребности индивидуально-личностными средствами. Социальная субъектность трактуется в качестве способности людей удовлетворять и развивать свои интересы и потребности с помощью социальных институтов, учреждений и организаций общества. Индивидуальная и социальная субъектности рассматриваются и в контексте различий служения человека достижению индивидуальных и общественно значимых, коллективных целей, определенных смысложизненных ориентаций, индивидуальной и социальной воли человека к достижению этих целей⁶².

Такой методологический подход в определенной мере разъясняет заниженную общественную оценку роли пожилых людей на протяжении длительной истории человечества. С возрастом существенно изменяется качество здоровья, снижаются социокультурные потребности, возникают устойчивые приоритеты в удовлетворении услуг, касающихся достаточного узкого круга потребностей. Так или иначе, но все это должно найти отражение в социальной политике по отношению к лицам пожилого возраста и инвалидам.

Социальная политика в отношении инвалидов пожилого возраста имеет достаточно много специфических черт в силу особенностей социальных потребностей самого контингента и конкретных категорий инвалидов. Вместе с тем, по мнению большинства исследователей, она не должна становится некой сегрегированной частью государственной и муниципальной политик, а рационально в них интегрироваться, отражая интересы пожилых лиц, общества и государства. В свете данного подхода,

⁶⁰ Григорьев С. И. Комплексная оценка жизненных сил человека. Изд-во ПРЕСС-ЭКСМО. М., 2006

⁶¹ Григорьев С. И. Комплексная оценка жизненных сил человека. Изд-во ПРЕСС-ЭКСМО. М., 2006

⁶² Григорьев С. И. Комплексная оценка жизненных сил человека. Изд-во ПРЕСС-ЭКСМО. М., 2006., с.97

рассмотрим наиболее значимые аспекты социальной политики в целом и конкретно применительно к инвалидам пожилого возраста.

В соответствии с действующим законодательством⁶³ социальная защита граждан в случае утраты здоровья обеспечивается путем установления и реализации правовых, экономических, организационных, медико-социальных мер, гарантирующих гражданам социальное обеспечение. Законодательством запрещена дискриминация по возрасту, оно стимулирует интеграцию и участие граждан старшего поколения в общественной жизни.

Одной из ключевых задач социальной политики государства является создание общества для всех возрастов, включая формирование условий для граждан старшего поколения, проявление заботы о таких гражданах и оказание им необходимой помощи^{64,65}.

По данным многочисленных научных исследований граждане старшего поколения в любом возрасте могут быть физически и социально активными. Однако значительная часть тех, кто нуждается в уходе и помощи, среди них есть материально обеспеченные люди, но большинство относится к малообеспеченным категориям и нуждаются в финансовой поддержке. Меры в отношении таких граждан должны быть дифференцированы в зависимости от потенциала и потребностей различных возрастных групп граждан старшего поколения⁶⁶.

К приоритетным направлениям современной государственной социальной политики в России отнесены: повышение благосостояния граждан и снижение бедности; повышение ожидаемой продолжительности

⁶³ статья 8 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ – https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/

⁶⁴ Архипов И. В., Гурьянова Г. С. «Стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста – проблемы, пути, решения» // Клиническая геронтология. 2016. № 5/6. – С. 70–74

⁶⁵ Лебедев А. А., Архипов И. В., Пузин С. Н., Шургая М.А., Чандирли С.А., Огай Д.С., Богова О.Т., Потапов В. Н. «От межведомственного подхода в организации паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста к национальному плану «Здоровое старение» // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. № 4. С. 4–7

⁶⁶ Распоряжение Правительства РФ «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» от 5 февраля 2016 г. № 164-р [Электронный ресурс] // Официальный сайт Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации – URL: <https://rosmintrud.ru/docs/government/173>

жизни до 78 лет (к 2030 году - до 80 лет); обеспечение доступности социальных услуг высокого качества для всех нуждающихся граждан пожилого возраста и инвалидов путем дальнейшего развития сети организаций различных организационно-правовых форм и форм собственности, предоставляющих социальные услуги.

Согласно российскому законодательству, получение статуса «инвалид» происходит по определенной законодательством процедуре. «Инвалид» – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты⁶⁷. Ограничение жизнедеятельности - полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Масштаб и характер инвалидности меняется на протяжении времени. Одним из главных факторов, который оказывает влияние на данный важнейший показатель здоровья населения, является демографический.

Контингент инвалидов пожилого возраста в России формируют лица с различной степенью ограничений жизнедеятельности, обусловленных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма различной степени выраженности, нуждающихся в мерах социальной защиты. Преобладают в контингенте впервые признанных инвалидами – инвалиды вследствие злокачественных новообразований, а в контингенте повторно признанных инвалидами – инвалиды вследствие болезней системы кровообращения.

⁶⁷ Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ

Уровень первичной инвалидности в пожилом возрасте значительно выше (более чем в 2,5 раза), чем в трудоспособном возрасте и составляет от 228,6 до 278,1 инвалидов на 10 тыс. лиц пожилого возраста.

Стратегическим подходом к совершенствованию медицинских услуг, предоставляемых инвалидам пожилого возраста, является обеспечение на различных уровнях системы здравоохранения и социальной защиты организации перманентного проведения медицинских мероприятий, развитие патронажной службы и осуществление профилактики инвалидности на основе стратификации нуждаемости в них с учетом особенностей эпидемиологии инвалидности населения пожилого возраста. Предусмотрено, что оказание квалифицированной медицинской и социальной помощи инвалидам осуществляется в соответствии с федеральным и региональным законодательством в рамках программы государственных гарантий оказания⁶⁸.

В новых социально-экономических отношениях организация деятельности по оказанию социальных услуг инвалидам пожилого возраста предусматривает с одной стороны усиление роли государства, а с другогражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи стороны – повышение ответственности самих граждан и их семей за выбор и способ получения этих услуг, включая платные услуги. Один из основоположников теории социального государства немецкий экономист Альфред Мюллер-Армак писал: «Социальная рыночная экономика выходит из реальной основы существования рынка и рыночных сил и пытается при этом использовать целенаправленно неориентированные силы этого рынка на достижение социальной обеспеченности и улучшение общественной окружающей среды одновременно»⁶⁹.

⁶⁸ Статья 13 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ (последняя редакция) - https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/

⁶⁹ Мюллер-Армак А. Предложения по осуществлению социальной рыночной экономики // Политэконом. - № 1. 2000. С. 61

Главным субъектом социальной политики является государство. Социальную политику прямо или косвенно соотносят с социальной сферой, которая, как убедительно аргументирует Н.А.Волгин, является многокомпонентной по своей структуре, а степень развитости этой структуры зависит от уровня и направленности социально-экономического развития и проводимой социальной политики⁷⁰. Социальная сфера трактуется очень широким набором ее предназначений, общей целью которых являются: охрана здоровья и жизни людей; улучшение их жилищных и бытовых условий; предоставление им равных прав и возможностей для получения образования, подходящей работы и справедливой оплаты труда; приобщение к современным средствам социокультурного развития; материально обеспеченная и достойная старость путем создания и доведения до потребителей соответствующих социальных гарантий, продуктов и услуг⁷¹.

Широкий диапазон и неясность в трактовке в нормативно-правовых актах содержания социальной сферы существуют до настоящего времени, что обусловлено отсутствием четких критерии, с помощью которых можно было бы сформулировать унифицированное понятие «социальная сфера» и определить ее границы. Фактически учеными она рассматривается как вся система жизнеобеспечения человека, начиная от родильных домов и заканчивая культурой погребения. В практическом плане выделены две группы задач, которые решают отрасли социальной сферы:

- по обеспечению деятельности человека на уровне его простейших биологических и социальных потребностей (речь идет о таких аспектах, как: жилищный фонд, его наличие и содержание; производство и потребление необходимых товаров и услуг; медицинское обеспечение и санитарное состояние; образование; социальное обеспечение; охрана общественного порядка; работа транспорта; организация торговли);

⁷⁰ Социальная политики: Избранные лекции / Под общ. Ред. Н.А.Волгина. – М.: Издательство «КноРус», 2022. –С.8-10

⁷¹ Слезингер Г.Э. Труд в условиях рыночной экономики: учеб. пособие / Г. Э. Слезингер. – М.: ИНФРА-М, 1996. – 336 с

- по обеспечению условий жизнедеятельности такого уровня, который соответствует социальному стандарту «нормальной» жизни и воспринимается большинством как состояние комфорта, как состояние блага.

Рассмотрение социальной сферы жизни инвалидов пожилого возраста в качестве объекта государственной социальной политики дает основания считать, что такая политика является деятельностью структур государственной и публичной власти по целенаправленному на интересы этих людей управлению социальной сферой. В этом смысле социальную политику в отношении лиц пожилого возраста, включая инвалидов пожилого возраста, можно рассматривать как политику государственного воздействия на процессы удовлетворения жизненных интересов этих людей, целенаправленную деятельность органов государственной власти по регулированию социально-экономических отношений в обществе, с учетом специфики их потребностей.

Кроме государства, в реализации удовлетворения потребностей в социальных услугах для инвалидов пожилого возраста активными субъектами становятся бизнес-структуры, социальные предприниматели, некоммерческие организации. Их деятельность в этом плане поддерживается государственными решениями. Корпоративная социальная ответственность является концепцией, которая отражает добровольное решение компаний участвовать в улучшении жизни общества и защите окружающей среды⁷². В тематической литературе есть достаточно много примеров того, что предпринимательство, касательно деятельности в интересах инвалидов, не ограничивается экономической целью — извлечением прибыли, оно учитывает свою социальную ответственность за поддержку этих людей.

Такая ответственность проявляется по-разному: от производства социального предназначения товаров и услуг, благотворительности и

⁷² Доклад Еврокомиссии о корпоративной социальной ответственности. Источник информации: сетевой сайт «Новое поколение: экономисты, политологи, философы» (<http://www.newgen.org/>)

инвестиций на социальные нужды до признания того, что каждая бизнес-структура и в целом бизнес-сообщество должны нести полную ответственность перед обществом за свою деятельность. Такой подход благоприятно сказывается и на результатах деятельности самих негосударственных организаций.

Исходя из вышеизложенного, уточним, что социальная сфера – это область приложения целенаправленных на интересы граждан мер, действий государства и других субъектов с целью создания общественно приемлемых условий для реализации потребностей каждого члена общества, повышения уровня качества жизни населения, а также мероприятий по практическому осуществлению этих решений. Все это полностью относится к гражданам из числа инвалидов пожилого возраста.

С точки зрения большинства специалистов, занимающимися в разных сферах науки и практики проблемами, касающимися здоровьясбережения и предоставления социальных услуг пожилым людям и инвалидам, существенное значение для этих лиц имеют натуральные услуги в области медицинского, лекарственного, социального и транспортного обслуживания. Даже совокупный доход с учетом пенсий, социальных выплат и компенсаций, не позволил вплоть до настоящего времени существенно изменить социально-экономическое положение этих граждан и их семей, предопределяя широкое распространение бедности среди данной категории населения. Пенсионная реформа, которая осуществляется в течение ряда лет в России, так и не стала значимым позитивом для жизни пожилых людей и инвалидов, за малым исключением, в плане улучшения их материального положения.

По широко распространенному общественному мнению пожилые люди и инвалиды относятся к наименее обеспеченным слоям и нуждаются в активной социальной защите, в том числе с целенаправленным

использованием специальных услуг⁷³. Инвалидность у людей пожилого возраста ухудшает их материальное положение из-за возрастающих личных трат на медицинские услуги и социальный уход. Предоставляемые инвалидам пожилого возраста услуги должны основываться на оценке социальных и психологических особенностей этих лиц, о чем было указано выше. Сущность этих особенностей, как убедительно доказывает в своем исследовании Северин А.В.⁷⁴, состоит и в том, что пожилые люди, особенно старческого возраста акцентированы на внутренние переживания, неадекватное эмоциональное реагирование на ситуации социальной среды.

Для многих пожилых людей, особенно старческого возраста, свойственно затруднение социальных контактов, что приводит к усугублению социальной изоляции. Взаимное влияние состояния здоровья и социальных факторов особенно сильно проявляется в старческом возрасте и существенно усугубляется у инвалидов пожилого возраста. Отмечается репрезентативная динамика снижения перспектив социально-психологической адаптации этих лиц в условиях проживания в стационарном учреждении социального обслуживания, что, к тому же, зависит от длительности проживания⁷⁵.

Потребность и состав услуги для инвалидов пожилого возраста существенно различаются в зависимости от возраста, пола, места, особенностей нарушений здоровья и условий проживания (в открытом обществе или спецучреждениях). Большинство отечественных специалистов науки и практики социальные услуги отдельным категориям граждан, в том числе и инвалидам пожилого возраста, рассматривают в контексте их предоставления в учреждениях и предприятиях социальных

⁷³ Доброхлеб В.Г. Демографические теории и региональный аспект старения населения / В.Г. Доброхлеб В.Н. Барсуков // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. — 2017. — т. 10. - № 6. - с. 89–103

⁷⁴ Северин А.В. Социально-психологическая адаптация пожилых людей к изменяющемуся миру: психологические проблемы пожилых людей и способы их решения: монография. /А.В.Северин. – Брест: Альтернатива, 2020. – 84 с

⁷⁵ Залеева А. И. Социальная адаптация пожилых людей в стационарных учреждениях социального обслуживания. /XII Международной студенческой научной конференции "СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ФОРУМ 2020", М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2020

отраслей (здравоохранения, образования, культуры, жилищно-коммунальной сферы и др.), считая, что это является неотъемлемой частью социальной защиты пожилых людей. Основными технологиями решения проблем инвалидов пожилого возраста, наряду с выплатой пенсий, социальных пособий и предоставления льгот, признаются оказание медицинской помощи, медицинского и социального обслуживания и предоставление разных гарантированных социальных услуг. Особое значение имеет долгосрочный уход, которому в настоящее время уделяется большое внимание во всех субъектах Российской Федерации.

Выводы.

1. Современная государственная социальная политика в России направлена на создание общества для всех возрастов, включая формирование условий для граждан старшего поколения, проявление заботы о таких гражданах и оказание им необходимой помощи.⁷⁶

2. Государственные решения в рамках государственной социальной политики, ориентированной на инвалидов пожилого возраста, характеризуются патерналистской направленностью в области их здоровьесбережения, как лиц пожилого возраста в целом, но имеют специфику с учетом инвалидности. Такой подход касается и организации предоставления им разноплановых социальных услуг. Социальные услуги рассматриваются как способ компенсации ограничений жизнедеятельности этих лиц и вид социальной поддержки. Существенная роль в компенсации свершившихся рисков бедности для инвалидов пожилого возраста отводится специальным социальным услугам, которые необходимы именно этим категориям населения.

3. Специальные услуги, предназначенных преимущественно для инвалидов пожилого возраста, облегчают их жизнедеятельность, компенсируют ограничения жизнедеятельности, способствуют

⁷⁶ Старшее поколение России // Материалы Международной научно-практической конференции 13–14 октября 13–14 октября 2021 года «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского»

повышению социальной активности таких инвалидов. Эти услуги оказывают позитивное воздействие на продолжительность и качество жизни, как самих инвалидов пожилого возраста, так и их семей. Они облегчают работу персонала социальных и медицинских учреждений. Данные услуги в целом несут миссию гуманизации общества.

1.3. Зарубежный опыт организации предоставления медицинской и социальной помощи инвалидам в целом и в частности пожилого возраста

В настоящем параграфе на основе изучения публикаций обобщен опыт отдельных стран, добившихся наибольших успехов по организации медико-социальной помощи (МСП) и геронтологической реабилитации (ГР) инвалидов пожилого возраста (Швеция, Финляндия, ФРГ, США, Финляндия). Этот опыт показывает, что для того, чтобы сбережение здоровья и предоставление социальных услуг инвалидам пожилого возраста стали эффективными и системными, следует отдавать предпочтение организации оказания соответствующих услуг на дому и развитию специализированных центров.

Указанные центры целесообразно предназначать для контингента инвалидов с наиболее сложными нарушениями здоровья, выраженными ограничениями жизнедеятельности, когда по их месту жительства в домашних условиях затруднительно решать вопросы медицинского обслуживания, МПС и ГР. На практике центры подразделяются на два уровня:

1. Центры первого уровня (Ц1) фактически представляют собой геронтологическую клинику, в которой преобладает медицинская реабилитация и медико-социальный уход. Также в Ц1 развиты виды услуг, направленные на социализацию пациентов. Для этого имеются специальные помещения для обучения самостоятельной жизни, уходу за собой, выполнению определенных работ на кухне, обучению работе на компьютерах.

Эти центры в основном являются специализированными по определенному профилю: ортопедические, неврологические, и другие. В структуру Ц1 входят следующие подразделения:

а) общеклинической, функциональной, лучевой диагностики, которые осуществляют диагностику нарушений здоровья, а также контроль за эффективностью проводимых лечебных мероприятий;

б) физической реабилитации, в составе: бассейнов, разнообразных кабинетов (бальнеологических, массажных, иглорефлексотерапии, эрготерапии), залов лечебной физкультуры, тренажерных;

в) процедурные кабинеты, где проводится медикоментозное лечение, кабинеты электромио - и нейростимуляции, клиническая лаборатория;

г) психологическая служба, в которой работают медицинские и социальные психологи;

д) социальная служба, которая отвечает за проведение мероприятий по социальной адаптации, организует досуг пациентам, оказывает содействие по решению вопросов, связанных с выпиской больного и его доставкой домой или в специализированное учреждение.

2. Центры второго уровня (Ц2) носят профильный характер и реализуют разные программы для инвалидов пожилого возраста из числа больных нуждающихся в специализированной медицинской и социальной помощи, с ориентацией на их сбережение здоровья, при необходимости оказание паллиативной помощи и, что очень существенно, на приобретение навыков независимой жизни. В Ц2 поступают больные с: ортопедотравматологической патологией, с тяжелыми неврологическими заболеваниями, черепно-мозговой травмой, последствиями инсультов, полиомиелита, ампутаций конечностей и другими сложными нарушениями здоровья.

В структуре Ц2 выделены специализированные структуры:

1. Госпитальный центр, состоящий из отделений:

- специализированного для больных с тяжелыми спинномозговыми и иными травмами,

- специализированного неврологического профиля,

- общего профиля, включающего скорую медпомощь, медицинскую клинику и изолятор.

2. Служба медицинских реабилитационных сестер.

3. Диагностическая и лабораторная служба (в том числе радиологическая, электродиагностическая и др.)

4. Служба физической терапии (представлена залами со специальным оборудованием для инвалидов, бассейном, массажными кабинетами, кабинетами для проведения различных видов физиотерапевтических воздействий).

5. Служба социально-бытовой терапии. В ее составе: симуляционные модели квартир, бытовых помещений, оборудованных соответствующими средствами социально-бытовой реабилитации, в том числе автоматизированными бытовыми приборами, например, для компьютерного управления голосом или взглядом, что позволяет управлять процессом по хозяйству, отдыху, самообслуживанию и т. п.

6. Коммуникативные службы, в штате которых специалисты по восстановлению функций общения: улучшению навыков разговора, коррекции когнитивных и слуховых нарушений и пр. Здесь осуществляется высокотехнологичная помощь на основе дорогостоящего высокотехнологичного оборудования.

7. Служба рекреационной терапии, направленная на обучение навыкам управления своим временем, отдыхом, привитию умений расслабляться, коммуницировать с людьми. В помещениях этой службы есть игровые и спортивные площадки, музыкальные и игровые залы.

8. Служба психокоррекции состоит из психологов, психоневрологов и психотерапевтов.

9. Амбулаторная служба осуществляет широкий спектр медицинской помощи и медико-социальных услуг.

В целом одним из неперенных условий эффективной работы центров обоего уровня является создание такой атмосферы, когда при полном соблюдении всех медицинских норм и правил, при интенсивном лечении и предоставлении социальных услуг окружающая среда и микроклимат обстановка отличаются от больничной обстановки.

Обязательным условием организации этих центров является соответствие архитектурно-дизайнерского проекта здания требованиям и нормам "безбарьерной архитектуры", необходимым для проживания инвалида. Главное требование - соответствие архитектуры возможностям инвалида пожилого возраста, с акцентом на интересы тех лиц, которые передвигаются в кресле-коляске. Это требование выполняется посредством: отсутствия многоэтажности, наличия пандусов, соответствия ширины проема дверей и лифтов размеру кресла-коляски, соответствия высоты поверхности столов и приспособлений сидящему в коляске инвалиду; просторности помещений, наличия специального оборудования ванн, душей, залов лечебной физкультуры и т. д.

Архитектурно-дизайнерское решение и оборудование помещений должны максимально учитывать специфику ограниченных возможностей инвалидов пожилого возраста и соответствовать концепции максимальной приспособляемости и комфорта, с учетом не только физических, но и когнитивных особенностей этих людей.

Описанные выше центры могут быть многопрофильными и однопрофильными. Профиль центра определяется, исходя из идентичности средств и методов, используемых для решаемых центром задач. Это положение является основным с точки зрения рационального использования материально-технической базы. Наиболее часто в центре объединяются больные с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, неврологическими заболеваниями, а также больные с

заболеваниями сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Структура и набор отдельных кабинетов и служб определяются составом больных, находящихся в соответствующем центре.

Наилучшие условия для осуществления ГР, особенно медицинской, возможны в узкопрофильных центрах или однопрофильных центрах, например в центрах для инвалидов пожилого возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата, артритом, полиомиелитом, с последствиями спинномозговой травмы, рассеянным склерозом и пр. Целесообразным признано создание однопрофильных центров для слепых и слабовидящих, с нарушением слуха, психическими расстройствами.

Анализ данных о деятельности отечественных учреждений, занимающимися сходными с описанными зарубежными центрами, видами медико-социальной помощи и предоставлением социальных услуг показал, что в России созданы центры медицинской ГР, которые имеют положительный опыт работы в отношении некоторых категорий инвалидов пожилого возраста: лиц страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, нарушением зрения, противотуберкулезного и психиатрического профилей, а также ветеранов войн.

По единодушному мнению отечественных исследователей развитие специализированных комплексного медико-социального характера деятельности центров для инвалидов пожилого возраста должно стать важнейшей задачей государства, требующих практического решения и научных разработок.

Выводы.

1. В зарубежной практике накоплен значительный опыт по организации центров предоставления медицинской и социальной помощи инвалидам пожилого возраста. В них активно развивается геронтологическая реабилитации инвалидов, демонстрирующая существенное позитивное влияние на продолжительность и качество жизни этих людей.

2. В Российской Федерации решение проблемы создания таких центров находится на начальном этапе решения и нуждается в научном обосновании, научно-технических разработках, государственных мерах.

3. Централизованные и децентрализованные формы предоставления медицинской и социальной помощи инвалидам пожилого возраста являются взаимодополняющими и взаимосвязанными.

2. ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ИНВАЛИДАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

2.1. Демографические и социально-экономические характеристики отдельных категорий инвалидов пожилого возраста

Во всех странах мира отмечается увеличение абсолютного и относительного количества пожилых людей. По оценкам ООН, население мира в возрасте 60 лет и старше насчитывало в 2000 году 600 миллионов человек, что почти втрое превышало численность этой возрастной группы в 1950 году (205 миллионов человек). В 2009 году она превысила 737 миллионов человек, а к 2050 году составит более 2 миллиардов человек, ещё раз утроившись за период времени в 50 лет⁷⁷. По данным Всемирного Банка доля населения Земли старше 65 лет по состоянию на 2020 год составляла рекордные 9,32 %, а процесс старения населения Земли с 2010 года резко ускорился. Старение общества обуславливает серьёзные экономические и социальные проблемы.

В России численность жителей в возрасте старше трудоспособного (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) с 29,8 млн человек в 2002 году достигла 36,1 млн человек на начало 2016 года, в 2019 г. – 38,3 млн⁷⁸. В 2023 году число граждан старше 60 лет составило 34, 5 млн⁷⁹, в возрасте 65 и старше - 24,1 млн. жителей, среди которых женщин почти вдвое больше, чем мужчин - 15,8 млн против 8,3 млн соответственно⁸⁰. Общей демографической тенденцией будущего является рост численности лиц старше 75 лет. Следствием общего увеличения числа пожилых людей,

⁷⁷ Population ages sixty-five and above (% of total population) [электронный ресурс]. – режим доступа: https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?name_desc=false&view=chart

⁷⁸ Пузин С. Н. Гречко А. В. Шургая М.А., Погосян Г. Э. Эркенова Ф. Л., Богова О.Т., Хорькова О. В. «Старшее поколение и инвалидность. Перспективы медико-социального благополучия» // Монография. - М: Благотворительный фонд "ЭСКО". 2020. 400 с

⁷⁹ Минздрав заявил об увеличении числа пожилых россиян: Общество: Россия: Lenta.ru <https://lenta.ru/news/2023/10/19/minzdrav-zayavil-ob-uvelichenii-chisla-pozhilyh-rossiyan/?ysclid=lv3nrhlku649373129>

⁸⁰ В России доля населения в возрасте 65 лет и старше увеличилась вдвое за последние 50 лет - <https://tass.ru/obschestvo/18031025?ysclid=lv3nnbpgl7838454814>

среди которых происходит увеличение численности инвалидов, становится не только возрастающая востребованность гериатрического профиля медицинской и социальной помощи, а трансформация этой потребности из-за быстрого роста в спросе на комплексные медико-социальные услуги⁸¹.

Увеличение абсолютного числа лиц старших возрастных групп объективно ведет к повышению численности граждан, испытывающих трудности с решением медицинских, социальных и психологических проблем. Показатели общей и первичной инвалидности лиц старше трудоспособного возраста характеризуют постарение населения Российской Федерации и могут рассматриваться как индикаторы изменений социальной структуры общества, а также существенных преобразований организации удовлетворения социальных потребностей населения в плане возрастающей необходимости развития комплексных услуг геронтологического профиля.

Концепция политики активного долголетия утверждает, что важнейшими детерминантами такого долголетия являются гендерная характеристика человека, особенности среды обитания, образ жизни, состояние здоровья, доступность и качество медицинской помощи, и социальная защищенность⁸².

Показатели здоровья ухудшаются с возрастом. Около 80 процентов лиц старшего поколения страдают несколькими хроническими нарушениями здоровья. В среднем у одного человека старше 60 лет обнаруживается четыре-пять различных хронических заболеваний. Затраты на медицинскую помощь пациенту 70 лет и старше в 7 раз превышают стоимость лечения 16–64-летних. Потребность в оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской

⁸¹ Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Матейовска-Кубешова Х. Коршун Е.И. Возрастная жизнеспособность в геронтологии и гериатрии (обзор) // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2019. – Т. 5, № 4. – С. 102–116

⁸² Концепция политики активного долголетия // Научное издание. Научно-методологический доклад НИУ ВШЭ 2020. -<https://www.hse.ru/data/2020/04/28/1544884777/>

помощи у граждан пожилого возраста выше, чем у лиц трудоспособного возраста.

Начиная с 2006 года в социальных отраслях России активно развивается программно-целевое и проектное управление в области оказания медицинской и социальной помощи инвалидам в целом и в частности пожилого возраста. Совершенствуется нормативная правовая база, в рамках которой происходят преобразования деятельности государственных и негосударственных организаций в интересах инвалидов и граждан старшего поколения.

С точки зрения ВОЗ старшее поколение классифицируется следующим образом: от 60 до 74 лет – пожилые, с 75 до 89 лет – старческий возраст и от 90 лет – долгожители. Для демографических исследований и аналитики ООН использует распределение старшего поколения на 5 групп: от 80 до 84 лет, от 85 до 89 лет, от 90 до 94 лет, от 95 до 99 лет, от 100 и старше⁸³.

В настоящее время в России с учетом особенностей продолжительности жизни, состояния здоровья и пенсионной системы к гражданам старшего поколения, согласно приказу Минтруда РФ⁸⁴, условно относятся:

граждане с 60 до 64 лет — это достаточно активные в экономическом и социальном плане люди, продолжающие осуществлять трудовую деятельность;

граждане с 65 лет до 75 лет — это, как правило, люди менее активные, многим из которых требуется медицинская помощь и социальные услуги;

⁸³ Возрастная классификация старшего поколения. /Социологическая энциклопедия. - <https://voluntary.ru/termin/vozrastnaja-klassifikacija-starshego-pokolenija.html?ysclid=lyzzvt2h8j353266901>

⁸⁴ Рекомендации по повышению эффективности мероприятий региональных программ, направленных на укрепление здоровья, увеличения периода активного долголетия и продолжительности здоровой жизни граждан старшего поколения. Утверждены приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12 апреля 2019 г. N 242 - <https://www.lencenter.ru/archive/13%20Приказ%20Минтруда.pdf?ysclid=lyzvt74dd336392077>

граждане старше 75 лет — это, как правило, люди, имеющие множественные проблемы со здоровьем и зачастую нуждающиеся в уходе и помощи.

Выше представленная градация является достаточно условной, так как лица пожилого возраста в любом возрасте могут быть физически и социально активными либо нуждающимися в уходе и помощи, материально обеспеченными либо нуждающимися в финансовой поддержке, осуществляющими трудовую деятельность либо нет, проживающими в семье, получающими помощь от родственников либо одинокими, имеющими либо не имеющими инвалидность. Политика в отношении граждан старшего поколения должна учитывать это разнообразие. Меры в отношении таких граждан должны быть дифференцированы в зависимости от потенциала и потребностей различных возрастных групп граждан старшего поколения⁸⁵.

Виды и формы государственной поддержки граждан пожилого возраста и инвалидов, предусмотренные нормами законодательства Российской Федерации, содержат систему правовых, организационных и экономических мер, направленных на обеспечение достойного уровня жизни, доступности социальных услуг, медицинской помощи, в том числе по профилю гериатрия, лекарственного обеспечения на льготных условиях.

Среди пожилых людей, как отмечалось выше, много инвалидов. Инвалиды пожилого возраста составляют 2/3 общего числа инвалидов (12 миллионов); в структуре контингента этих инвалидов большую часть составляют инвалиды 1 и 2 группы (1,4 миллиона и 5,2 миллиона), которые нуждаются в адаптированных применительно к конкретным инвалидам вспомогательных технических средствах, посторонней помощи и уходе; с повышением возраста инвалидизирующие нарушения функций организма усугубляются и из-за этого повышается роль социально-медицинских

⁸⁵ Старшее поколение России // Материалы Международной научно-практической конференции 13–14 октября 13–14 октября 2021 года «Национальный исследовательский Нижегородский государственный университет им. Н. И. Лобачевского»

услуг и обслуживания, возрастает потребность в паллиативной помощи. Указанные аргументы подтверждают научную и практическую значимость инновационных технологий в этих областях помощи инвалидам.

Показатели первичной и повторной инвалидности у лиц старшего возраста в России отражает таблица 2.

Таблица 2 - Показатели инвалидности у лиц старшего возраста в России⁸⁶

Показатели первичной инвалидности у лиц старшего возраста (55 лет и старше жен., 60 лет и старше муж.)			
Годы	Инвалиды старшего возраста		
	абс. число	% от всех впервые признанных инвалидами	Уровень на 10 тыс. соответствующего населения
2018	361201	56,3	96,7
2019	367107	57,7	96,6
2020	317493	56,8	82,3
2021	309117	57,7	79,5
2022	336120	59,4	86,6
Показатели повторной инвалидности у лиц старшего возраста (55 лет и старше жен., 60 лет и старше муж.)			
Годы	Инвалиды старшего возраста		
	абс. число	% от всех впервые признанных инвалидами	Уровень на 10 тыс. соответствующего населения
2018	556050	46,1	148,8
2019	512500	48,4	134,9
2020	675365	49,1	175,1
2021	990425	49,3	254,6
2022	1061693	51,0	273,5

Контингент инвалидов пожилого возраста в России формируют лица с различной степенью ограничений жизнедеятельности, обусловленных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма различной степени выраженности, нуждающиеся в мерах социальной защиты, среди которых преобладают в контингенте впервые признанных инвалидами – инвалиды вследствие злокачественных новообразований, а в контингенте повторно признанных инвалидами – инвалиды вследствие болезней системы кровообращения. В таблице 3 представлена информация

⁸⁶ Источник информации - <https://rosstat.gov.ru/folder/53175#>

о наиболее частных нарушениях здоровья среди инвалидов пожилого возраста, впервые прошедших медико-социальную экспертизу и признанных инвалидами в Российской Федерации. В таблице 4 даны сведения о таких нарушениях здоровья у повторно признанных инвалидами в целом в стране.

Таблица 3 - Численность и удельный вес лидирующих классов болезней в контингенте впервые признанных инвалидами граждан пожилого возраста в России⁸⁷

Годы	Злокачественные новообразования		Болезни системы кровообращения		Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани		Болезни глаза и его придаточного аппарата		Психические расстройства и расстройства поведения	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
2018	137383	38,0	126387	35,0	16315	4,5	13300	3,7	12826	3,6
2019	144171	39,3	123369	33,6	15653	4,3	12952	3,5	14056	3,8
2020	127406	40,1	109586	34,5	13987	4,4	9615	3,0	11589	3,7
2021	122077	39,5	103823	33,6	14305	4,6	10467	3,4	11874	3,8
2022	133660	39,8	108001	32,1	17017	5,1	11434	3,4	12511	3,7

В приложении 1 представлены численность и удельный вес лидирующих классов болезней в контингенте, впервые и повторно признанных инвалидами на региональном уровне с углубленными статистическими данными в г. Москве. Нарушения здоровья признанных инвалидами граждан пожилого возраста имеют схожую структуру во всех российских регионах.

Инвалиды пожилого возраста в большинстве случаев страдает тяжелыми хроническими заболеваниями, протекающими с прогрессированием снижения компенсаторных возможностей и развитием выраженных ограничений жизнедеятельности. Это обуславливает рост потребностей в комплексных медико-социальных услугах.

⁸⁷Источник информации - <https://rosstat.gov.ru/folder/53175#>

**Таблица 4 - Численность и удельный вес лидирующих классов
болезней в контингенте повторно признанных инвалидами граждан
пожилого возраста в России⁸⁸**

Годы	Злокачественные новообразования		Болезни системы кровообращения		Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани		Болезни глаза и его придаточного аппарата		Психические расстройства и расстройства поведения	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
2018	200554	36,1	200738	36,1	34620	6,2	21446	3,9	14700	2,6
2019	202371	39,5	178441	34,8	28782	5,6	18356	3,6	11880	2,3
2020	290126	43,0	228605	33,8	38350	5,7	18321	2,7	10271	1,5
2021	423601	42,8	336934	34,0	62360	6,3	23872	2,4	11426	1,2
2022	445488	42,0	364701	34,4	70962	6,7	26364	2,5	11833	1,1

Ведущими причинами инвалидности в пожилом возрасте являются:

1. Болезни системы кровообращения;
2. Злокачественные новообразования;
3. Болезни костно-мышечной системы;
4. Болезни нервной системы и психические расстройства;
5. Болезни органов дыхания.

У инвалидов пожилого возраста снижение качества их жизни обусловлено усугублением проблем, которые связаны с инвалидностью, возрастным изменением здоровья в целом и в частности снижением обмена и функций организма, что негативно влияет на формирование приспособительных механизмов.

В многочисленных научных работах по разным проблемам инвалидов большинство исследователей обращают внимание на низкое качество жизни инвалидов, отмечая, что в наихудшем положении находятся лица пожилого возраста. Проведенное на основе авторского анализа данных, представленных в тематических публикациях, позволило установить доказательства правоты указанного утверждения на основе следующих показателей: 50% домохозяйств, состоящих исключительно из

⁸⁸ Источник информации - <https://rosstat.gov.ru/folder/53175#>

инвалидов, затрудняются покупать одежду и оплачивать жилищно-коммунальные услуги; у 5% таких семей не хватает денег на еду. Среди домашних хозяйств смешанного типа, в составе которых есть инвалиды и не инвалиды, затрудняются покупать одежду и платить за ЖКУ 39%, тогда как в целом среди всех домашних хозяйств – 29,5%.

Преодолеть планку доходов, достаточных на необходимые товары длительного пользования могут лишь 7% домашних хозяйств, состоящих только из инвалидов, и 16% смешанных семей. Среди всех домашних хозяйств, столь хорошо обеспеченные семьи встречаются значительно чаще - 26%.

Среди всех опрошенных респондентов 65% живут в многоквартирных домах, из них примерно половина проживает на втором этаже и выше либо совсем без лифта, либо с лифтом в неудовлетворительном техническом состоянии, работающим с частыми перебоями. Около 52% людей с инвалидностью, живущих на втором этаже и выше, не имеют возможности пользоваться лифтом, так как его физически в доме нет. С учетом плохо работающих лифтов до 55% инвалидов из числа живущих в многоквартирных домах ограничены в доступе к улице. Наиболее остро физическая мобильность людей ограничена в мелких и средних городах с населением от 50 до 250 тыс. человек, жилищный фонд в них достаточно стар.

Несмотря на недостаточную адаптацию к потребностям инвалидов их жилья и окружающей это жилье среды, к такой проблеме нет должного внимания со стороны самих инвалидов, уполномоченных учреждений и должностных лиц и общественных организаций. Инвалиды со стороны государства больше всего ждут решения своих материальных проблем через увеличение размера пенсий и денежных выплат, льгот на лекарственные средства и вспомогательные технические средства.

Пенсии для инвалидов пожилого возраста, как правило, являются основным источником их доходов. Есть несколько видов пенсий по

инвалидности (страховая, социальная, государственная), на которые могут претендовать инвалиды.

Страховая пенсия по инвалидности с 2024 года составляет 8 134 рубля (фиксированная выплата). Расчет такой пенсии основан на бальной системе: один пенсионный балл стоит 133,1 рубля. Исходя из этого для инвалидов разных групп установлен порядок определения размера пенсии:

- инвалиды 1 группы получают 200% фиксированной выплаты, что составляет 16 268 рублей;
- инвалиды 2 группы — 100% фиксированной выплаты, или 8 134 рубля;
- инвалиды 3 группы — 50% фиксированной выплаты, или 4 067 рублей.

Социальная пенсия по инвалидности в 2024 году определена в следующих размерах: 1 группы - 15 379 рублей, 2 группы - 7 690 рублей, 3 группы – 6 536 рублей, инвалидам с детства 1 группы - 18 455 рублей, для инвалидов с детства 2 группы - 15 379 рублей.

Государственная пенсия по инвалидности (предназначена для военных, инвалидность которых связана с полученной во время службы травмы) размер пенсии составляет: инвалидам 1 группы — 300% размера социальной пенсии; инвалидам 2 группы — 250% размера социальной пенсии; инвалидам 3 группы - 175% размера социальной пенсии.

Согласно опросам инвалидов 63% респондентов недовольны своим социальным и экономическим положением, они полагают, что существующие меры государственной поддержки недостаточные. Респонденты опросов отмечали, что им не хватает конкретных весьма важных для них видов социальной помощи: улучшение жилищных условий; помощь с ремонтом жилья; помощь с оплатой ЖКУ и дров; натуральная помощь (предоставление бытовой техники, продуктов); предоставление машины; услуги перевозки для инвалидов; льготы на проезд; юридическая поддержка. Опрошенные лица указали на недостатки

надомного обслуживания, отметили свою потребность в постороннем уходе и помощи в бытовых вопросах; также много претензий было предъявлено к социальному и медицинскому патронажу, услугам медицинских и социальных работников, что, по мнению инвалидов пожилого возраста связано со слишком высокой нагрузкой у этих работников, из-за которой они не могут уделить им должного внимания⁸⁹.

По данным ряда научных исследований, положение инвалидов в целом и особенно инвалидов пожилого возраста в современной России характеризуется наличием многих проблем финансового, психологического, медицинского, коммуникационного и бытового характера. По отношению к инвалидам пожилого возраста в обществе доминирует практика социальной дезинтеграции, ограничивающая их доступ к разным областям жизнедеятельности. В окружающей инвалидов среде много барьеров, препятствующих их жизненному оптимизму и активному долголетию⁹⁰.

Изучение доступности помощи и услуг в здравоохранении и социальном обслуживании инвалидам в возрасте 60 лет и старше выявило причины их отказа от возможностей получить соответствующие помощь и услуги из-за личного негативного опыта обращения в социальные и медицинские учреждения, а также из-за удалённости этих учреждений от дома и плохой транспортной доступности⁹¹.

Реализуемые государственные меры в области демографической политики, здравоохранения, социального обеспечения, ориентированы на преодоление бедности и улучшение положения инвалидов.

Выводы.

⁸⁹ Хорькова О. В. Исследование факторов, определяющих реабилитационный потенциал инвалида в практике медико-социальной экспертизы. /Пузин С. Н., Меметов С.С., в Храпылина Л.П., Пузин С. С., Митина К. А./ Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, 2021, №1, с.81-87

⁹⁰ Пузин С. С. Медико-социальная экспертиза. /Пузин С. Н., Шургая М.А., Потапов В. Н. и др./Москва, 2022. Издательство БФ «ЭСКО», 400 с

⁹¹ Храпылина Л.П. Диспансеризация лиц пожилого возраста как инструмент здоровьесбережения и продления активного долголетия./ Пузин С. Н., Ивахненко Л. И., Куготов А.Г., Кобзев Ю. В./Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, 2019, №19, с.134-144

Ухудшение состояния здоровья и усугубление ограничений жизнедеятельности в процессе старения вызывают необходимость учитывать, связанные с ними, изменения нуждемости конкретного инвалида пожилого возраста в помощи на основе технологии обратной связи, что позволяет персонифицировать помощь. Выяснение оценки, которую определяет сам инвалид, касательно потребности в той или иной помощи, приоритетах ее видов, можно осуществлять путем анкетирования или интервьюирования, в контактной очной форме или дистанционно. Эту работу могут успешно выполнить волонтеры.

2.2. Сложившийся порядок определения потребностей инвалидов

Порядок определения потребностей инвалидов в разных сферах жизнедеятельности, в том числе касательно здоровьесбережения и предоставления социальных услуг, основан на положениях Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»⁹². В 2012 году в России была ратифицирована Конвенция ООН «О правах инвалидов»⁹³ и большинство ее положений вошло в российское законодательств. Согласно этой Конвенции к инвалидам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. Новые положения законодательства обусловили пересмотр оценки критериев установления статуса «инвалид», признание права инвалидов всех категорий, включая инвалидов пожилого возраста, активно участвовать в решении вопросов, касающихся их жизнедеятельности в разных сферах.

Результаты изучения положения российских инвалидов, проведенного специалистами науки и практики доказали, что многие

⁹² Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 N 181-ФЗ (последняя редакция) \ КонсультантПлюс
https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/?ysclid=lv5noqlddv771404134

⁹³ Конвенция о правах инвалидов — Конвенции и соглашения — Декларации, конвенции, соглашения и другие правовые материалы. - https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml

аспекты, отраженные в Конвенции ООН, важные для реализации прав и обеспечения равной со всеми остальными гражданами жизни, подтвержденные в законодательстве Российской Федерации, требуют механизма их практико-применения. Это вызвало необходимость уточнения социальных потребностей отдельных категорий инвалидов, пересмотра гарантированных видов помощи и услуг и пересмотра порядка их предоставления. Потребовались существенные изменения многих нормативных актов, программ и проектов с целью обеспечения интересов инвалидов. Значимую роль в удовлетворении социальных потребностей инвалидов сыграла государственная программа «Доступная среда».

Вследствие новых научных воззрений и новых нормативных регуляторов стало актуальным изучение особенностей факторов, влияющих на определение специфики социальных потребностей отдельных категорий и конкретных инвалидов, выявление путей повышения их экономической самостоятельности и ведения независимого образа жизни, включенности в активную социальную жизнедеятельность.

Основным критерием при оценке социальных потребностей инвалидов является установление нарушений здоровья, сопровождающихся физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые вызывают ограничения жизнедеятельности и потребность в социальной поддержке. Для того, чтобы зафиксировать и формализовать эти нарушения и их роль в ограничениях жизнедеятельности и в этом контексте определить социальные потребности конкретного освидетельствуемого лица в России существует система медико-социальной экспертизы (МСЭ), которая находится в ведении Министерства труда и социальной защиты России. Данная система включает в себя Федеральное бюро медико-социальной экспертизы (далее - Федеральное бюро), главные бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации,

главные бюро медико-социальной экспертизы, находящиеся в ведении иных федеральных органов исполнительной власти.

Специалисты системы МСЭ проводят медико-социальную экспертизу обратившихся заинтересованных лиц, используя показатели ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. И на этой основе устанавливается факт наличия инвалидности, группа, причины, срок и время наступления инвалидности, определяется степень утраты профессиональной трудоспособности. Итоговым документом работы МСЭ является индивидуальная программа реабилитации и абилитации инвалида, в которой определяются социальные потребности, виды, формы, сроки и объемы мероприятий по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

Анализ деятельности учреждений МСЭ позволил выявить ряд проблем, которые препятствуют эффективной реализации прав инвалидов на разработку и реализацию ИПРА.

1. В условиях оптимизации (зачастую – сокращения) сети учреждений здравоохранения существует проблема доступности услуг МСЭ. Прежде всего, это длительность процесса оформления направления на медико-социальную экспертизу, обусловленная необходимостью проведения амбулаторных обследований и инструментальных исследований, консультаций смежных специалистов, которые не могут обеспечить в полном объеме филиалы поликлиник, где обратившемуся выдается бланк направления на МСЭ.

Большинство инструментальных обследований проводится в диагностических центрах (головных поликлиниках). Пройти обследование и получить заключение врача конкретной специальности возможно, как правило, только в этих же центрах в рамках ОМС или в негосударственных медицинских организациях. Получение необходимых услуг растягивается по времени из-за наличия очередности на прием.

2. Существующая в настоящее время кадровая структура учреждений МСЭ не соответствует целям и задачам медико-социальной экспертизы. Состав специалистов учреждений МСЭ формируется из врачей по медико-социальной экспертизе, психологов, специалистов по реабилитации. Обязательным условием формирования состава бюро (экспертного состава главного бюро, экспертного состава Федерального бюро) является наличие не менее 1 врача по медико-социальной экспертизе⁹⁴.

Фактически в настоящее время в состав типового бюро МСЭ входят три врача, в числе которых только один врач - специалист по «медико-социальной экспертизе». Это снижает качество определения потребностей и заключений о мерах по их удовлетворению.

3. Проблемы в использовании в отечественной практике Международной классификации функционирования (МКФ)⁹⁵ при наличии сходства основных позиций. К сходству позиций относится функционально-структурный подход как показатель оценки состояния организма человека и его функций, подход к оценке активности и участия. Эти подходы реализуются и в отечественной практике при осуществлении МСЭ. Однако приоритет МКФ заключается в том, что она предлагает для учета более широкий круг умственных функций и видов жизнедеятельности. Выделение в МКФ особого вида активности и участия в «общие задачи и требования» как способности человека выполнять различные виды деятельности являются чрезвычайно прогрессивным, так как данный вид играет ведущую роль при оценке способности человека выполнять любую деятельность вообще.

Отметим, что попытка увязать процесс установления инвалидности с МКФ с принятием приказа Минтруда РФ, определяющего классификацию

⁹⁴ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 октября 2012 г. №310н «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» -

<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70191128/?ysclid=lv5ormv8e4486353931>

⁹⁵ <https://www.mezhdunarodnaja-klassifikacija-funkcionirovanija.pdf> <https://sch358spb.ru/wp-content/uploads/2021/02/mezhdunarodnaja-klassifikacija-funkcionirovanija.pdf?ysclid=lv5pru3z64523828768>

и критерии, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы⁹⁶ оказалась не удачной, так как в приказе отсутствует классификация факторов среды и не учтена классификация нарушений функций, представленная списке МКФ. Кроме того, сама классификация нарушений функций приводится в соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-10), а не по списку МКФ, то есть на первый план выступают заболевания, последствия травм и дефекты.

Отдельные позиции Классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, в силу их неконкретности вызывают недостаточно обоснованные оценки ограничений жизнедеятельности и соответствующих социальных потребностей инвалидов. Например, по оценке важнейших потребностей в оказании социальных услуг для инвалидов пожилого возраста, касательно самообслуживания и самостоятельного передвижения.

Согласно п.7 Классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека. При этом ссылка на нормативный (справочный) документ о возрастных биологических нормах для использования учреждениями МСЭ отсутствует.

Вопрос о том, насколько в принципе возможен полный переход к применению МКФ экспертными службами, остается открытым. МКФ – сложная для реализации в полном объеме классификация. С момента ее появления прошло более десяти лет, но даже не во всех странах с развитой

⁹⁶ Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. № 1024н “О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы” | ГАРАНТ.РУ - <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71209914/?ysclid=lv5pdxblwl778498934>

системой статистики инвалидности службы, занимающиеся экспертизой, ее применяют.

4. Весьма сложной является процедура обжалования в вышестоящие инстанции экспертных решений бюро МСЭ. Повторная медико-социальная экспертиза в Главном бюро, в Федеральном бюро может длиться до трёх и более месяцев. Группа инвалидности устанавливается с даты поступления заявления гражданина в бюро МСЭ. Пенсия по инвалидности выплачивается с даты установления инвалидности. Однако первичное назначение и выплаты пенсий (пособий), как правило, производятся через 1–2 месяца после подачи гражданином заявления в отделение Пенсионного фонда России. В результате человек с ограниченными возможностями, фактически являвшийся инвалидом уже по заключению врачебной комиссии, длительное время остается без средств к существованию. В таком положении оказываются лица, обжалующие решения о группе инвалидности, а также признававшиеся до первичного направления на медико-социальную экспертизу временно нетрудоспособными (больничный лист в период проведения медико-социальной экспертизы не оплачивается).

Поездки в Главное бюро, тем более в Федеральное бюро приводят к материальным затратам. Порядок обжалования экспертных решений предусматривает передачу рассмотрений обращений граждан в следующем алгоритме: бюро МСЭ отправляет документы в Главное бюро по субъекту, Главное бюро МСЭ - в Федеральное бюро, которое позволяет продлевать процедуру установления факта наличия инвалидности до 3-х и более месяцев, в течение которых лица с ограниченными возможностями зачастую не имеют средств к существованию.

5. В последние годы значительно увеличилась коррупционная составляющая в деятельности учреждений МСЭ. «Инвалидность стала

доходным товаром, ее можно не дать тому, кому положено и продать тому, кто заплатит»⁹⁷.

Получение статуса инвалида связано с предоставлением этому лицу комплекса услуг по реабилитации и абилитации, согласно установленным социальным потребностям. В их числе:

- медицинская реабилитация, реконструктивная хирургия, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение;
- профессиональная ориентация, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственная адаптация;
- социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная реабилитация, социально-бытовая адаптация;
- физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Реализация основных направлений деятельности по реабилитации и абилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной, транспортной инфраструктур и пользования средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации, абилитации инвалидов.

Государство гарантирует инвалидам проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду за счет средств федерального бюджета. Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утверждается Правительством Российской

⁹⁷ Система медико-социальной экспертизы в России погрязла в коррупции <https://versia.ru/sistema-mediko-socialnoj-yekspertizy-v-rossii-pogryazla-v-korrupcii?ysclid=lv5qjrd0ag35982416>

Федерации. Конкретным инструментом реализации этих прав является «индивидуальная программа реабилитации» (ИПР) или «индивидуальная программа реабилитации и абилитации» (ИПРА). ИПР (ИПРА) является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности. В то же время ИПР (ИПРА) имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом.

Отказ инвалида от выполнения ИПРА не влечет ограничений на получение гарантированных государством пенсий по инвалидности, социальных выплат, предусмотренных федеральным законодательством, размер которых зависит от группы инвалидности, льгот и преимуществ, установленных федеральным законодательством, а также законодательством субъектов Российской Федерации.

Однако, в большинстве учреждений МСЭ экспертно-реабилитационная диагностика для определения нуждаемости освидетельствуемого лица в мерах медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, осуществляется врачами учреждений МСЭ, не имеющими необходимой профессиональной подготовки, не являющимися специалистами по реабилитации (медицинской, социальной и профессиональной). Разработка и формирование ИПРА носят формальный характер. Например, в раздел «Медицинская реабилитация» вносятся рекомендации медицинской организации, направившей пациента на медико-социальную экспертизу.

Серьезной проблемой является отсутствие в структуре органов исполнительной власти организации, ответственной за координацию деятельности всех участников реабилитационного процесса.

В соответствии с действующим Порядком инвалид для реализации определенного раздела или графы ИПРА должен обратиться с заявлением о проведении реабилитационных или абилитационных мероприятий, предусмотренных ИПРА, к исполнителю, указанному в них. В трехдневный срок с даты поступления заявления гражданина исполнитель ИПРА совместно с органами местного самоуправления, организациями, осуществляющими мероприятия по реабилитации или абилитации, организуют работу по реализации мероприятий ИПРА. На этом регулирование взаимодействия инвалида и исполнителя заканчивается.

Если ранее сам инвалид представлял ИПРА в медицинскую организацию, в которой наблюдался и получал лечебно-профилактическую помощь, и которая уже разработала ему программу медицинской реабилитации, внесла соответствующие рекомендации в Направление на МСЭ, то теперь остается непонятной цель направления ИПРА в органы исполнительной власти в области здравоохранения для организации исполнения. Тем более, что форма бланка ИПРА не содержит данных о диагнозе заболевания, а реальный исполнитель мероприятий в лице медицинской организации, направившей гражданина на медико-социальную экспертизу, уже имеется.

Новый Порядок предлагает заключение соглашения между бюро МСЭ и исполнителями ИПРА (это уполномоченные органы власти и организации) об особенностях межведомственного взаимодействия при направлении бюро МСЭ выписки из ИПРА инвалида. Разработчики документа позаботились об организационных проблемах бюро МСЭ, но не подумали о проблемах инвалида при реализации ИПРА.

Остается нерешенным вопрос о целесообразности обращения инвалида ко всем исполнителям ИПРА по отдельности; вызывает вопрос отсутствие норм об органе, который должен координировать деятельность исполнителей по реализации ИПРА, содействовать инвалиду в ее реализации.

Принимая во внимание высокую степень формальности ИПРА (в основном в ней указывается определенная социальная потребность и нуждаемость в ее удовлетворении посредством отдельных видов мероприятий – без указания конкретных мероприятий и их особенностей. Остается неясным, как должны рассматриваться спорные вопросы о перечне конкретных реабилитационных мероприятий, их объеме, особенностях, исполнителях – реабилитационных организациях.

В ИПРА появились потребности, связанные с решением жилищных вопросов инвалидов. Они могут касаться удаленности жилья от медицинских организаций, переселения с верхних этажей на нижние или поближе к месту проживания родных и близких. Рекомендации об оборудовании жилых помещений ограничиваются только указанием на нуждаемость в оборудовании, конкретизировать оборудование не предполагается.

Недостаточно уделено внимание потребностям всех категорий инвалидов в физкультурно-оздоровительных мероприятиях и занятиях спортом. Указывается нуждаемость только в информировании и консультировании по вопросам адаптивной физкультуры и спорта. Тем самым исполнителю достаточно сообщить инвалиду, что в населенном пункте отсутствует адаптивная физкультура и спорт, подходящие для него, – ИПРА считается исполненной. Все эти вопросы особо плохо решаются в отношении инвалидов пожилого возраста.

Динамика эффективности реабилитации инвалидов (за исключением пострадавших в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) характеризуется ежегодным снижением удельного веса инвалидов с положительными результатами реабилитации, в том числе по позициям компенсации и восстановления нарушенных функций.

Ежегодно снижаются показатели результативности медицинской реабилитации, составляющей основу комплексной реабилитации

инвалидов: показатель полного восстановления функций за последние три года снизился с 7,2% до 2,8%, полной компенсация утраченных функций и частичная компенсация утраченных функций - соответственно с 9,8% до 3,9% и с 50,8 % до 24,3%. Эти показатели рассчитываются только для лиц трудоспособного возраста, для инвалидов пожилого возраста официальной оценки таких показателей не проводится, но, судя по усугублению степени тяжести инвалидности при повторных освидетельствованиях (таблица 4) указанные тенденции свойственны и этим инвалидам.

Отмечаются и позитивные изменения у инвалидов пожилого возраста: благодаря организации оказания соответствующих медицинских услуг и мерам по медико-социальному уходу частично повышаются способности к самообслуживанию, восстановлению навыков бытовой деятельности.

Наиболее успешно осуществляется удовлетворение потребностей инвалидов пожилого возраста в обеспечении техническими средствами реабилитации, в меньшей степени, но все же с определенным позитивом, – в социальной адаптации.

По данным Росстата, случаи не обращения в медицинские организации при наличии потребности в медицинской помощи - составляют 40,9 %. Инвалиды пожилого возраста, нуждающиеся в медицинской помощи, не обращались за ней из-за невозможности добраться до медорганизации без посторонней помощи, плохого транспортного обслуживания, отсутствия личных средств для платных услуг. Более 40% из числа опрошенных инвалидов предпочитают лечиться самостоятельно. Одна из причин «самостоятельного лечения» – предоставленное инвалидам права на получение соответствующих денежных выплат при отказе от получения лекарственных средств, санаторно-курортного лечения на бесплатной основе.

Специфика современного российского рынка товаров и услуг состоит в том, что рынок практически не ориентирован на инвалидов

пожилого возраста, инфраструктура рынка не учитывает интересы этих потребителей, ассортимент продукции ограничен, государственная поддержка производства соответствующих товаров и услуг недостаточная для мотивации производителей.

Вопрос профессиональной реабилитации крайне актуален в контингенте инвалидов всех возрастов, в том числе и инвалидов пожилого возраста, среди которых потенциально активные («трудонаправленные») лица могут продолжать трудовую деятельность, что улучшит их инклюзию и социальную адаптацию.

Выводы.

1. Контингент граждан из числа инвалидов пожилого возраста, обладающих различной степенью способности к самообслуживанию, возможностями к адаптации и компенсации нарушенных функций, к овладению новыми или к восстановлению прежних навыков, достаточно большой. Это должно быть основанием для стратификации подходов к проведению медико-социальной реабилитации и прогнозированию достижения оптимального уровня участия инвалидов пожилого возраста в социуме, включая сферу труда.

2. Одной из нерешенных проблем, препятствующих удовлетворению социальных потребностей инвалидов пожилого возраста, следует признать нарушение процесса их интеграции в социуме. Зачастую эти люди являются дезадаптированными, страдают от недостаточности социализации. Причины этой проблемы кроются в недостаточности приспособленности окружающей среды для комфортного проживания и функционирования инвалидов пожилого возраста с разными степенями инвалидности. Решению таких проблем могут способствовать изменения в порядке установления инвалидности и связанными с этим оценках потребностей конкретных инвалидов в мерах социальной поддержки и защиты. Для этого необходимо изменить критерии инвалидности и оценки потребностей инвалидов на основе персонификации, что должно

отражаться в заключениях МСЭ и в ИПРА, в которых следует уточнять особенности нуждаемости конкретного инвалида в персонифицированных мерах социальной поддержки и защиты, устранению барьеров в окружающей среде.

2.3. Анализ сложившихся подходов к организации удовлетворения потребностей инвалидов пожилого возраста

Современная практика организации деятельности по удовлетворению социальных потребностей инвалидов пожилого возраста основана на Федеральном проекте «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения, реализация которого предусмотрена в период с 2019 по 2024 гг.

В рамках национального проекта «Старшее поколение» за государственные средства лица пожилого возраста, включая инвалидов, могут пройти профилактические медицинские осмотры, специально предназначенные для пенсионеров. Этим проектом предусмотрено развитие гериатрических служб, включая создание региональных специализированных учреждений (гериатрических центров, геронтологических отделений, служб долгосрочного ухода и патронажа). Также этим проектом предусмотрены образовательные виды услуг старшему поколению («Серебряные университеты»).

Федеральной программы «Долголетие» на 2019-2024 г., целью которой является создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, как составной части мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан старшего поколения, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода⁹⁸. В рамках реализации федерального

⁹⁸ Федеральный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» - <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooohranenie/stranitsa-5729>

проекта «Старшее поколение» в 2022 году достигнуты следующие результаты⁹⁹:

- в 7 субъектах Российской Федерации созданы региональные гериатрические центры (план – 5 субъектов);
- 148,5 тыс. граждан старше трудоспособного возраста получили помощь на геронтологических койках (план – 96,9 тыс. человек);
- 97,5 % лиц старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания, прошли вакцинацию против пневмококковой инфекции (план – 95,0 %);
- в 10 пилотных регионах внедрен комплекс мер, направленный на профилактику падений и переломов у лиц пожилого и старческого возраста (план – 10 субъектов).

В соответствии с Типовой моделью системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе в 2021 году осуществляется в 24 субъектах Российской Федерации осуществляются мероприятия, направленные на развитие и поддержание функциональных способностей граждан, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода.

Социальный пакет долговременного ухода содержит гарантированный перечень и объем социальных услуг, обеспечивающих гражданину, нуждающемуся в постороннем уходе, бесплатное предоставление ухода во всех формах социального обслуживания и технологиях социального обслуживания, включая их сочетание и чередование, а также содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам социальное сопровождение.

⁹⁹ Источник Федеральный центр координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» - <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooohranenie/stranitsa-5729>

Социально-медицинские услуги, которые предоставляются при всех формах социального обслуживания:

- выполнение процедур, связанных с организацией ухода, наблюдением за состоянием здоровья получателей социальных услуг (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарственных препаратов и др.);
- оказание содействия в проведении оздоровительных мероприятий;
- систематическое наблюдение за получателями социальных услуг в целях выявления отклонений в состоянии их здоровья;
- проведение мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни;
- проведение занятий по адаптивной физической культуре;
- консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг, проведение оздоровительных мероприятий, выявление отклонений в состоянии их здоровья).

Социально-психологические услуги во всех формах социального обслуживания:

- социально-психологическое консультирование (в том числе по вопросам внутрисемейных отношений);
- социально-психологический патронаж; в) оказание консультационной психологической помощи анонимно (в том числе с использованием телефона доверия).

Социально-педагогические услуги во всех формах социального обслуживания:

- обучение практическим навыкам общего ухода за тяжелобольными получателями социальных услуг, получателями социальных услуг, имеющими ограничения жизнедеятельности.

Большинство специалистов науки и практики сходятся во мнении, что лицам пожилого возраста в целом и в частности инвалидам этого

возраста надо предоставлять комплексные медико-социальные услуги (КМСУ), в котором приоритетность имеет оказание медицинской помощи и в дополнение к ней для сопровождения гарантированные социальные услугами. С нашей точки зрения нужен пакет, состоящий из блока КМСУ и блока интегрированных социально-медицинские услуги. Такой подход позволит скоординировать цели и предназначение услуг, избегая дублирования и сохраняя профессионально-профильный контекст конкретной услуги. В настоящее время такая возможность подтверждена федеральными нормативно-правовыми актами^{100,101}.

При организации предоставления услуг по охране здоровья и социальному обслуживанию принимается во внимание специфика групп риска лиц пожилого возраст (среди которых большинство являются инвалидами), нуждающихся в особых формах ухода и организации гериатрической медицинской помощи:

- престарелые, живущие одиноко;
- престарелые женщины, одинокие и вдовы;
- изолированно живущие престарелые;
- бездетные престарелые;
- престарелые, страдающие тяжелыми заболеваниями или физическими недостатками.
- престарелые, вынужденные жить на минимальное государственное или социальное пособие, или даже на еще более незначительные средства;
- лица в возрасте 80–90 лет и старше.

¹⁰⁰ Приказ Минздрава России от 29.01.2016 г. № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия»// [Электронный ресурс – <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71251832/>

¹⁰¹ Приказ Минтруда России от 29.09.2020 N 667 "О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2021 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе». – <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71251832/>

Приказ от 9 сентября 2021 года N 646 «Об утверждении Правил определения индивидуальной потребности граждан пожилого возраста (инвалидов) в постороннем уходе» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 12 октября 2021 г. N 7979).– <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71251832/>

Обязательно учитывается состояние здоровья и в этом плане определяется нуждаемость в медицинской помощи и связанных с ней услугах.

Болезнь и инвалидность у лиц пожилого возраста находятся между собой не только во временных, но и причинно-следственных связях: болезнь является первоосновой инвалидности, инвалидность проистекает из факта наличия болезни. Инвалидность, наряду с показателями заболеваемости, демографическими и другими данными, является одной из основных характеристик, интегральным показателем здоровья населения, жизни быта, среды существования. Согласно российскому законодательству, «инвалид» – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость в мерах социальной защиты. Правовой статус инвалида дифференцируется в зависимости от группы и причины инвалидности. Группа характеризует тяжесть инвалидности и влияет на объем социальной защиты¹⁰².

У лиц пожилого возраста выделены особенности, связанные со здоровьем: уровень заболеваемости у пожилых (60–74 года) почти в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) - в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста. Высокая заболеваемость и полиморбидность пожилых формируют высокую потребность в медико-социальной помощи, включая медико-социальную экспертизу и решение вопросов установления инвалидности. Указанные группы населения используют значительные ресурсы здравоохранения, однако потребность в получении ими квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном и стационарном этапах удовлетворяется не в полной мере¹⁰³. Инвалиды

¹⁰² Ильина Е. С., Богова О.Т., Синицина И.И., Пузин С. Н., Сычев Д. А. «Падения в стационаре у пациентов старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями и полипрагмазией» // Нервно-мышечные болезни. 2018. Т. 8. № 3. С. 19–27

¹⁰³ Иксанов Х.В., Плеханова Г. М., Богова О.Т., Потапов В. Н., Белеченко В.В. «Определение ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности у инвалидов, пользующихся

получают медицинскую помощь в организациях первичного звена в организационном плане одинаковую по сравнению с другими гражданами. Анализ литературы по данному вопросу позволяет констатировать, что уровень общей заболеваемости у лиц пожилого возраста в 1,3 раза превышает аналогичный показатель по населению страны в целом. По данным научных исследований, потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых в 2–4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста, в то время как реальные показатели обращаемости за медицинской помощью на догоспитальном этапе граждан старших возрастных групп лишь в 1,5 раза превышают аналогичные данные для трудоспособного населения¹⁰⁴.

Уровень госпитализации в старших возрастных группах составляет около 165 случаев на 1000 человек, что также несколько ниже расчетной потребности. Потребность в госпитализации по отдельным видам специализированной медицинской помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия и другим) для лиц старших возрастов в 1,5 - 3 раза превышает аналогичные показатели для трудоспособного населения¹⁰⁵. Каждый третий пожилой человек нуждается в ежегодной госпитализации, но нередко лицам пожилого возраста, включая инвалидов, в этом отказывают.

Наличие у инвалидов пожилого возраста проблем, связанных с возможностями прохождения назначенного курса лечения и обследования обусловлено недостатками организации деятельности медицинских учреждений, особенно в больничных. Среди проблем отметим: длительность ожидания помощи из-за очередей на ее получение,

техническими средствами передвижения» // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2015. № 1. С. 43–45

¹⁰⁴ Ильина Е. С., Богова О.Т., Синицина И.И., Пузин С. Н., Сычев Д. А. «Падения в стационаре у пациентов старческого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями и полипрагмазией» // Нервно-мышечные болезни. 2018. Т. 8. № 3. С. 19–27

¹⁰⁵ Балека Л.Ю., Меметов С.С., Архипов И. В., Потапов В. Н., Богова О.Т. и др. «Особенности оказания мер социальной поддержки гражданам проходящим лечение в ГБУ РО ГВВ» // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2013. № 3. С. 75–77

отсутствие альтернатив бесплатной медицинской помощи из-за дорогостоящего платного лечения, отсутствие средств на покупку необходимых лекарств, медицинских изделий¹⁰⁶. Указанные проблемы возникают более чем 40 % пожилых людей, в том числе инвалидов, что снижает их мотивацию к обращению за медицинской помощью в медицинские учреждения и как следствие – самолечение и усугубление нарушений здоровья. Демотирует людей их неудовлетворенность качеством работы медучреждений и отношений к ним сотрудников этих учреждений, на что указали 30% опрошенных респондентов. Не верит в успех лечения четверть респондентов, особенно проживающих в сельских поселениях. Ухудшение здоровья пожилых людей становится основой инвалидизации.

Медицинская помощь по профилю "гериатрия" оказывается на основе стандартов медицинской помощи и с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, при взаимодействии врача-гериатра с:

- врачами-терапевтами участковыми;
- врачами общей практики (семейными врачами);
- врачами по медицинской реабилитации;
- врачами по лечебной физкультуре;
- врачами-физиотерапевтами;
- иными врачами-специалистами в целях оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, включая своевременную диагностику и оценку риска развития осложнений, связанных с основным и сопутствующими заболеваниями, а также проводимыми реабилитационными мероприятиями;
- работниками, имеющими высшее немедицинское образование (логопедами, медицинскими психологами, инструкторами-методистами по лечебной физкультуре), в целях оценки и коррекции психоэмоционального

¹⁰⁶ Захаров В. В., Савушкина И. Ю., Мхитарян Э. А. и др. «Возрастная динамика когнитивных функций у лиц 50–85 лет» // Успехи геронтологии. Т. 30. № 3. М., 2017. С. 450–456

состояния, нарушений коммуникативной сферы, ограничения физической активности, коррекции нарушений бытовых и профессиональных навыков.

Существующая организационная структура медицинской помощи инвалидам пожилого возраста не позволяет организовать работу гериатрической службы как единой системы долговременной медицинской и социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты. В настоящее время доступность гериатрической помощи низкая в связи с недостатком кабинетов гериатров и гериатрических отделений в поликлиниках, а также гериатрических отделений в многопрофильных стационарах, а также нечеткостью в нормативных актах определения функционала социальных патронажных служб и учреждений социального обслуживания в плане предоставления ими медицинских услуг. В этом контексте возникает вывод о том, что нужна реорганизация патронажных служб в здравоохранении и социальной защите населения.

Необходимо развитие медико-социальной патронажной службы при территориальных поликлиниках (комплексных медико-социальных центров/отделений) и охват всех инвалидов, нуждающихся в уходе вследствие ограничений способности к самообслуживанию, а также маломобильных, с целью достижения оптимального уровня здоровья, обеспечения качества жизни и профилактики усугубления имеющихся нарушений функций и ограничений жизнедеятельности.

Недостаточная координация действий между учреждениями здравоохранения и социальной защиты, оказывающими помощь гражданам старшего поколения в целом и в частности инвалидам пожилого возраста, уменьшает эффективность медицинской и социальной помощи.

Для новой деятельности по обеспечению соответствующими услугами в интересах сохранения здоровья и социально активной жизни

инвалидов пожилого возраста надо готовить новые кадры. В медицинских и социального профиля вузах и ссузах следует изменить образовательные программы в соответствии с современным состоянием проблем и путей их решения. Необходимо внедрить активную подготовку по вопросам гериатрии и реабилитации инвалидов пожилого возраста врачей первичного звена здравоохранения, медицинских сестер, других специалистов, работающих с гражданами пожилого возраста.

О проблемах инвалидов пожилого возраста должно знать общество, к этим проблемам надо перманентно привлекать внимание органов государственной и муниципальной власти.

Ключевым приоритетом преобразований помощи лицам пожилого возраста в целом и в частности инвалидам этого возраста является развитие гериатрической службы как комплексной межведомственной системы предоставления индивидуальных медико-социальных услуг лицам старшего поколения на основе оценки потребностей и нуждаемости¹⁰⁷.

Проблемой социальной геронтологии остается оказание стационарной и стационар-замещающей помощи гражданам пожилого и старческого возраста имеющих ограничения жизнедеятельности. В этом вопросе сегодня нет единой стройной системы. Во многом каждый регион решает ее по своему усмотрению и возможностям.

Важную роль в решении проблем инвалидов пожилого возраста играет Национальный проект «Демография»¹⁰⁸, в котором предусмотрены мероприятия по позитивному влиянию на продолжительность жизни, снижению ограничений жизнедеятельности лиц пожилого возраста, увеличению их возможностей вести социально активную жизнедеятельность. Входящие в этот проект программы «Активное

¹⁰⁷ Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Матейовска-Кубешова Х. Коршун Е.И. Возрастная жизнеспособность в геронтологии и гериатрии (обзор) // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2019. – Т. 5, № 4. – С. 102–116

¹⁰⁸ Демография | Национальный проект России, инициативы нацпроекта и возможности для граждан. - <https://национальныепроекты.рф/projects/demografiya?ysclid=lv3q3didfh721077751>

долголетие» предусматривают большое число разноплановых услуг, включая спортивные и танцевальные занятия, обучение финансовой и компьютерной грамотности¹⁰⁹. Минтруд РФ ежегодно организует конкурсы инициативных проектов по этому направлению во всех российских регионах.

В связи с необходимостью расширения медицинской и социальной помощи инвалидам пожилого возраста нарастает необходимость использования механизмов государственно-частного партнерства в сфере оказания медицинских помощи и услуг, медицинского и социального обслуживания, привлечения институтов гражданского общества (волонтеров, некоммерческих организаций).

Увеличивающаяся продолжительность жизни требует особого внимания к проблеме ранней диагностики гериатрических синдромов и возраст-ассоциированных расстройств. Эти расстройства вызывают когнитивные изменения (нарушения внимания, памяти, поведения), а также развития деменции, болезни Альцгеймера, возрастных психических расстройств. Такие изменения требуют специализированной медицинской профильной и гериатрической помощи.

Медицинская помощь по профилю "гериатрия" представляет собой систему мер по оказанию медицинской помощи пациентам пожилого (60 - 74 года) и старческого (75 лет и старше) возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, автономности (независимости от посторонней помощи в повседневной жизни).

Организация гериатрической медицинской помощи регламентирована приказом Министерства здравоохранения Российской

¹⁰⁹ Министерство труда и социальной защиты РФ: Официальный сайт | Открыт прием заявок на Всероссийский отбор лучших практик активного долголетия 2023. - <https://mintrud.gov.ru/events/1370?ysclid=lv3qcfs1fz166075572>

Федерации "О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации".

По данным информационных источников в 2019 г. в Российской Федерации в сети гериатрической медицинской помощи функционировало 2345 геронтологических коек.

В структуре учреждений, оказывающих медицинскую помощь по специальности "Гериатрия", действуют 3 гериатрические больницы (г. Нижний Новгород, г. Санкт-Петербург, г. Петропавловск-Камчатский). В некоторых субъектах Российской Федерации созданы клинические и организационно-методические гериатрические центры (Самарская, Кировская, Ульяновская, Оренбургская области и другие), а также 64 госпиталя ветеранов войн общей мощностью более 17000 коек.

В настоящее время профессиональное обучение специалистов здравоохранения осуществляется в соответствии с номенклатурой специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, которая содержит специальность "Гериатрия".

Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации утвержден федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.31 "Гериатрия" (уровень подготовки кадров высшей квалификации).

Порядок оказания медицинской помощи по профилю "гериатрия" (Порядок) (В редакции приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2019 № 1067н, от 21.02.2020 № 114н) устанавливает правила организации и оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».

Медицинская помощь по профилю «гериатрия» оказывается в виде первичной специализированной медико-санитарной помощи,

специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь по профилю «гериатрия» оказывается в следующих условиях:

амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 г. № 38 н утверждены Правила организации деятельности гериатрического отделения (кабинета) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Основными функциями гериатрического отделения (кабинета) являются:

- прием пациентов по направлению врача-терапевта участкового и врача общей практики (семейного врача), врача-специалиста, а также при самостоятельном обращении пациентов;
- первичная комплексная гериатрическая оценка пациента, а именно оценка физического состояния, функционального статуса, психического здоровья и социально-экономических условий жизни пациента;
- выявление хронических заболеваний и факторов риска их развития;
- выявление гериатрических синдромов;
- оценка и коррекция психоэмоционального состояния и коммуникаций пациента;
- формирование долгосрочного индивидуального плана проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, плана социальной и психологической адаптации и осуществление контроля за их выполнением;
- комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии, разработка плана по использованию средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям

пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования, осуществление контроля за их выполнением;

- определение и реализация мероприятий по диагностике, лечению, медицинской реабилитации, включая оценку реабилитационного потенциала, а также участие в реализации мероприятий по оказанию социально-медицинских услуг в соответствии с заболеванием (состоянием) пациента, его социальным статусом и степенью снижения способности к самообслуживанию;

- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости у пациентов;

- организация и ведение школ для пациентов, а также для лиц, фактически осуществляющих уход за ними;

- взаимодействие в пределах компетенции с другими медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями, территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

- информирование органов социальной защиты населения о необходимости оказания социальной помощи пациентам;

- участие в мониторинговании и анализе основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности;

- представление отчетности в установленном порядке, сбор и предоставление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения;

- в условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения).

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-гериатром во взаимодействии со специалистами в гериатрических отделениях (кабинетах), в том числе на дому, и включает консультацию врача-гериатра, а также при наличии медицинских показаний - комплексную гериатрическую оценку пациента с формированием долгосрочного индивидуального плана проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, а также плана социальной и психологической адаптации.

Специализированная, за исключением высокотехнологичной, медицинская помощь по профилю "гериатрия" оказывается в следующих условиях:

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 января 2016 г. № 38н утверждены Правила организации деятельности гериатрического отделения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях

Основными функциями отделения являются:

- оказание специализированной медицинской помощи пациентам со старческой астенией и соматическими заболеваниями;
- проведение мероприятий по медицинской реабилитации после ортопедических, хирургических вмешательств, а также после госпитализаций в отделения терапевтического профиля при необходимости продления срока лечения в стационарных условиях пациентов со старческой астенией, нуждающихся в восстановлении способности к самообслуживанию.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачом-гериатром во взаимодействии со специалистами в гериатрических отделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и в гериатрических центрах и включает диагностику и лечение заболеваний и гериатрических синдромов у пациентов со старческой астенией, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии, а также разработку плана по использованию средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента и (или) функциональные возможности пациента к окружающей среде, в том числе посредством использования средств передвижения, протезирования и ортезирования, коррекции сенсорных дефицитов, а также медицинскую реабилитацию.

Паллиативная медицинская помощь по профилю "гериатрия" оказывается в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Направление пациентов в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с положением 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.

Медицинская помощь по профилю «гериатрия» оказывается в следующих формах:

- плановая (оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся

угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью);

- неотложная (оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, не требующих экстренной медицинской помощи).

Медицинская помощь по профилю «гериатрия» оказывается на основе стандартов медицинской помощи и с учетом клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, при взаимодействии врача-гериатра с:

- врачами-терапевтами участковыми;
- врачами общей практики (семейными врачами);
- врачами по медицинской реабилитации;
- врачами по лечебной физкультуре;
- врачами-физиотерапевтами;
- иными врачами-специалистами в целях оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, включая своевременную диагностику и оценку риска развития осложнений, связанных с основным и сопутствующими заболеваниями, а также проводимыми реабилитационными мероприятиями;

- работниками, имеющими высшее немедицинское образование (логопедами, медицинскими психологами, инструкторами-методистами по лечебной физкультуре), в целях оценки и коррекции психоэмоционального состояния, нарушений коммуникативной сферы, ограничения физической активности, коррекции нарушений бытовых и профессиональных навыков.

При санаторно-курортном лечении медицинская помощь по профилю «гериатрия» оказывается в санаторно-курортных организациях врачами-гериатрами с целью разработки комплекса реабилитационных мероприятий для пациентов со старческой астенией.

При оказании медицинской помощи по профилю "гериатрия" в целях преемственности и взаимосвязи с организациями социального обслуживания, оказания социальной помощи и социальной адаптации пациентов со старческой астенией осуществляется взаимодействие врачей-гериатров, врачей-терапевтов участковых со специалистами по социальной работе и социальными работниками.

Однако, несмотря на очевидные достижения в области оказания медицинской помощи гражданам старшего поколения, существует ряд проблем, требующих решения.

В системе медико-социальной помощи населению пожилого возраста врачу-гериатру принадлежит все более возрастающая роль. Граждане пожилого возраста не только за рубежом, но и в России, составляют подавляющее большинство пациентов учреждений здравоохранения и социального обслуживания. По многим прогнозам, в том числе нашим исследованиям, в медицине основными пациентами станут люди пожилого и старческого возраста¹¹⁰.

Гериатрия, как междисциплинарное направление, включает в себя многие науки, такие как биология, социология, психология. Не менее важная роль принадлежит гериатрии как дисциплине, объединяющей медицину и медико-социальное обслуживание пожилых пациентов. Основной целью профессиональной деятельности врача-гериатра является оказание медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при наличии гериатрических синдромов и заболеваний и (или) состояний с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни (Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 июня 2019 года N 413н «Профессиональный стандарт «Врач-гериатр»).

¹¹⁰ Пузин С. Н. Гречко А. В. Шургая М.А., Погосян Г. Э. Эркенова Ф. Л., Богова О.Т., Хорькова О. В. «Старшее поколение и инвалидность. Перспективы медико-социального благополучия» // Монография. - М: Благотворительный фонд «ЭСКО». 2020. 400 с

Функциональная карта вида профессиональной деятельности врача-гериатра включает в себя проведение обследования пациентов пожилого и старческого возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса. Он определяется на основании проведения комплексной гериатрической оценки пациента, включающей оценку физического состояния, функционального статуса, психического здоровья и социально-экономических условий пациента. Врач-гериатр проводит также оценку когнитивных функций с определением когнитивного статуса у пациентов пожилого и старческого возраста (праксиса, гнозиса, речи, письма, чтения, счета, ориентировки в пространстве и времени, памяти, мышления).

Выявление гериатрических синдромов и заболеваний и (или) состояний с учетом возрастных изменений органов и систем организма человека имеет значение для общей оценки ограничений жизнедеятельности пожилого пациента.

Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов пожилого и старческого возраста предполагает участие в оформлении формы направления на медико-социальную экспертизу для определения группы инвалидности.

В компетенции врача-гериатра проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста, в том числе разработка плана по использованию средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента пожилого и старческого возраста.

Врач-гериатр проводит контроль эффективности мероприятий по первичной и вторичной профилактике старческой астении, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

В современных условиях врачи-гериатры осуществляют первичную медико-санитарную помощь и долгосрочное медицинское обслуживание

пожилых людей, работая не только в учреждениях гериатрической службы, но и в обычных лечебных учреждениях. Кроме этого, врачи общей практики, врачи-терапевты, получая дополнительное профессиональное образование по профилю «Гериатрия», используют в своей работе гериатра-ориентированные методики и технологии.

Врач-гериатр определяет стратегию, тактику лечения и необходимость проведения медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации пожилого пациента, учитывая основные особенности больных пожилого и старческого возраста. Среди этих особенностей ведущее значение имеют инволюционные функциональные и морфологические изменения различных органов и систем. Они определяют развитие старческой астении различной степени выраженности.

Синдром старческой астении признан краеугольным камнем гериатрической медицины. Его наличие повышает риск развития гериатрических синдромов и в целом неблагоприятных последствий для здоровья пожилых и уязвимых групп населения.

Синдром старческой астении (frailty) характеризуется функциональными дефицитами и определяет подход в геронтологии и гериатрии на выявление и компенсацию дефицитов, снижающих функциональность, через призму гериатрических синдромов. Прогрессирование старческой астении и гериатрических синдромов неуклонно приводит к нарушению практически всех категорий жизнедеятельности пожилого человека, ухудшению качества его жизни и зачастую требует проведения медико-социальной экспертизы для определения необходимости и объема мер медико-социальной помощи.

У пожилых пациентов, особенно со старческой астенией отмечается полиморбидность (наличие нескольких заболеваний, взаимноотягощающих друг друга, каждое из которых имеет свои характерные проявления, особенности течения, осложнения), что также приводит к

ограничению важных категорий жизнедеятельности пожилого пациента, таких как самообслуживание, передвижение, ориентация в пространстве и времени. Различные заболевания могут модулировать друг друга, вызывая декомпенсацию сопутствующей патологии, что требует от врача-гериатра широкой общеклинической подготовки в различных смежных клинических областях и интегрального клинического подхода к ведению пожилого больного в целом, с его особенными гериатрическими проблемами.

В этих условиях именно врач-гериатр может наиболее объективно определить возможности лечебно-диагностического процесса, клинический и, что не менее важно, медико-социальный прогноз и реабилитационные мероприятия. Учет заключения врача-гериатра и его рекомендаций при проведении медико-социальной экспертизы и разработке индивидуальной программы реабилитации и абилитации пожилого инвалида повышает качество проведения реабилитационных мероприятий и способствует замедлению прогрессирования старческой астении и осложнений гериатрических синдромов. Среди них наиболее значимыми в инвалидизации пожилых полиморбидных пациентов являются синдромы падений, деменции, нарушения пищеварения, саркопении. У пожилых пациентов имеется также выраженная социально-психологическая дезадаптация, которая проявляется эмоциональными, когнитивными и поведенческими нарушениями. Для пожилых людей характерно снижение самооценки, неуверенность в себе, недовольство собой, опасение одиночества, беспомощность, снижение интереса к новому, замыкание интересов на себе, эгоистичность, эгоцентричность, неуверенность в завтрашнем дне.

У пожилых людей, особенно из числа инвалидов пожилого возраста, часто развивается чувство страха, тревоги, депрессия и деменция. В связи с этим, при разработке ИПРА должны учитываться рекомендации врача-гериатра, основанные на знании основ геронтопсихологии и психиатрии.

Важно отметить, что нарушение когнитивных функций является не только медицинской, но и важной социальной проблемой, так как уход за такими больными людьми требует глубокого вовлечения семьи пациента или его пребывания в специализированных государственных учреждениях¹¹¹. Государство предусматривает затраты и инфраструктуру, ориентированные на оказание ухода за людьми пожилого возраста.

Сохранить и укрепить здоровье инвалидов пожилого возраста, позитивно повлиять на увеличение продолжительности их жизни можно посредством развития диспансеризации.

Выводы:

1. В Российской Федерации на федеральном и региональном уровне существенно активизирована деятельность по предоставлению разноплановых услуг лицам пожилого возраста в целом и в частности инвалидам этого возраста. Это в практической деятельности проявляется разработкой и реализацией программ и проектов, мероприятий которых нацелены на социальные интересы таких граждан.

2. Здоровьесбережению рассматриваемой категории инвалидов может содействовать внедрение в практику новых организационно-управленческих форм организации оказания медицинской помощи и социальной поддержки с учетом специфики потребностей таких людей. Это подразумевает предоставление комплексных услуг, которые позволят обеспечить:

- сбережение здоровья путем доступности качественной диагностической и лечебной медицинской помощи, оздоровления и профилактики заболеваний и обострений хронических заболеваний, своевременного проведения медицинских осмотров, мер вакцинопрофилактики;

¹¹¹ Яхно Н.Н., Коберская Н.Н., Захаров В. В., Савушкина И. Ю., Мхитарян Э. А. и др. Влияние возрастного фактора на «доумеренное» когнитивное снижение/ Российский неврологический журнал, Том 24, № 5 ,2019. - <https://www.r-n-j.com/jour/article/view/33>

- участие в социальной, культурной, спортивной, развлекательно-оздоровительной и добровольной деятельности;

- получение ухода, в том числе долгосрочного, в домашних условиях, а при необходимости - в условиях спецучреждений, при снижении нагрузки на работающих родственников, которые смогут продолжать трудовую деятельность и за счет ее иметь экономическую независимость и поддерживать своего пожилого члена семьи;

- общение со сверстниками и лицами других возрастных групп,

- безопасность жизнедеятельности.

3. Стратегическим подходом к повышению удовлетворения потребностей инвалидов пожилого возраста в услугах, направленных на их сбережение здоровья, увеличение продолжительности жизни и социальную активность является совершенствование организационно-управленческих и экономических основ предоставления медицинской помощи, медико-социальных услуг и социального обслуживания на различных уровнях систем здравоохранения и социальной защиты. Необходимы проведение диспансеризации, организация своевременного осуществления медицинских мероприятий, развитие патронажной службы, паллиативной помощи, осуществление профилактики утяжеления инвалидности у этой категории населения на основе социальной стратификации нуждаемости в помощи. Для инвалидов из числа лиц пожилого возраста надо создавать условия для реабилитации, обеспечения вспомогательными техническими средствами, ухода, при необходимости своевременно осуществлять их перемещения в специализированные медицинские или социальные учреждения.

4. Следует активно развивать гериатрическую службу и в ее рамках решать клинические, медико-социальные, деонтологические, социальные, психологические проблемы инвалидов пожилого возраста.

3. МЕХАНИЗМ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНТЕГРИРОВАННЫХ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИНВАЛИДАМ ПОЖИЛЫМ ВОЗРАСТА

3.1. Концепция развития деятельности по предоставлению интегрированных социально-медицинских услуг инвалидам пожилого возраста

Актуальность совершенствования деятельности по предоставлению интегрированных социально-медицинских услуг инвалидам пожилого возраста определяется современными трендами государственной социальной политики, ориентированной на существенное повышение поддержки граждан с особой социальной уязвимостью, к которым относятся и инвалиды пожилого возраста. Такие приоритеты предполагают достижение повышения качества жизни этих инвалидов, как за счет улучшения их материального положения, так и посредством усиления мер по здоровьесбережению и предоставлению социальных услуг. В этом контексте сформированы ниже представленные концептуальные разработки, направленные на поиск новых подходов к оценке и способов удовлетворения специфических потребностей инвалидов пожилого возраста.

Ключевой идеей является усиление мер по удовлетворению потребностей инвалидов пожилого возраста, с целью здоровьесбережения и предоставления социальных услуг, позволяющих продлить им продолжительность жизни и социальную активность путем предоставления интегрированных социально-медицинских услуг на основе инновационного механизма. Под интегрированными социально-медицинскими услугами рассматривается комплекс взаимообусловленных социальных и медицинских услуг, касающихся медицинской и социальной помощи, в рамках межведомственного взаимодействия уполномоченных служб здравоохранения и социальной защиты населения.

Разработка модели такого механизма базируется на учете выявленных в процессе исследования, проведенного в первой и второй главе настоящей работы, демографических и социально-экономических характеристик инвалидов пожилого возраста, включая: низкое качество жизни этой категории населения; тяжесть изменений состояния здоровья (более 70% составляют инвалиды 1 и 2 группы инвалидности) с прогрессированием этих изменений; большая нуждаемость в медицинской помощи и услугах, потребность в социальной поддержке путем гарантированных социальных услуг и социального обслуживания, предоставления вспомогательных технических средств, посторонней помощи и ухода, в том числе долгосрочного. Было принято во внимание, что с повышением возраста нарушения функций организма становятся все более выраженными и из-за этого у инвалидов пожилого возраста увеличивается потребность в специфических видах помощи, таких как гериатрическая и паллиативная помощь. Также учтено, что прерогатива управления развитием медицинской и социальной помощи лицам пожилого возраста и инвалидам отведена субъектам Российской Федерации, а конкретные услуги по этим направлениям должны оказываться на муниципальном уровне.

Для углубленного изучения наиболее значимых потребностей инвалидов пожилого возраста, удовлетворение которых позволяет обеспечить сбережение здоровья, позитивно отразиться на продолжительности жизни и социальной активности, автором было проведено специальное исследование.

Результаты исследования ситуации на региональном уровне позволили сделать вывод о том, что проблема инвалидности актуальна для всех российских регионов, она является не только важнейшим показателем здоровья населения, но показателем уровня, доступности и качества здравоохранения и социальной защиты для инвалидов пожилого возраста, которые в разных субъектах Российской Федерации существенно

отличаются. Эти отличия определяются как социально-экономическими, так и демографическими особенностями. На рисунке 1 представлена структура первичной инвалидности по возрасту взрослого населения, характерная для федеральных округов.

Структура первичной инвалидности по возрасту взрослого населения в Российской Федерации

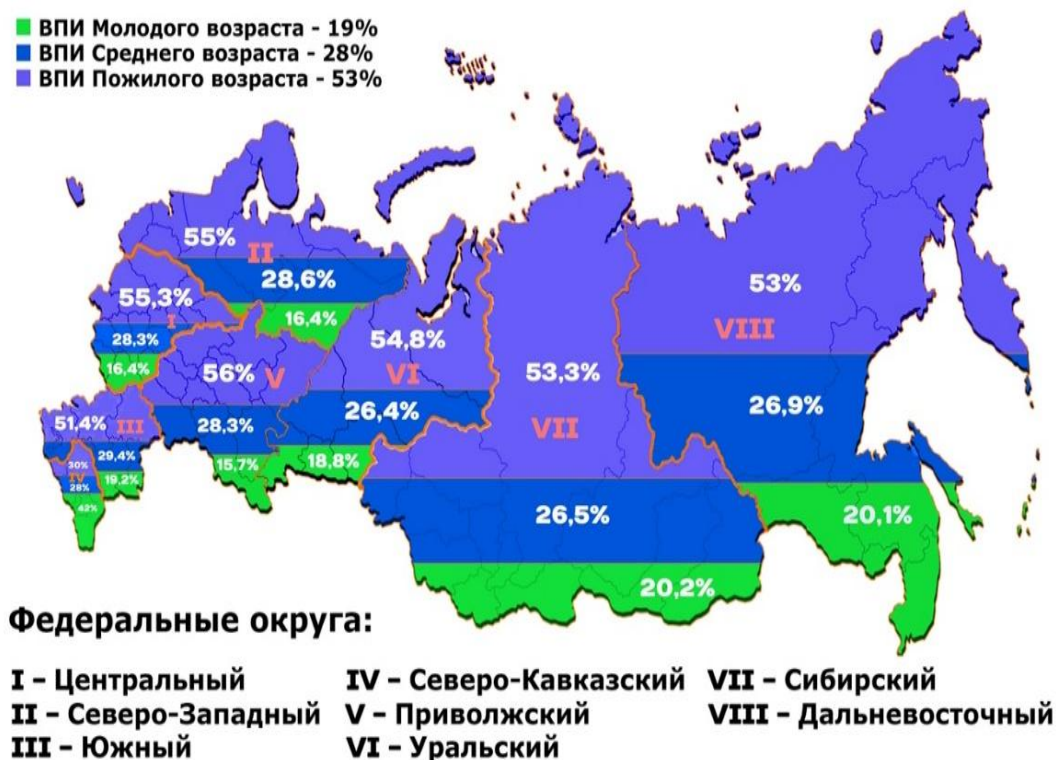


Рисунок 1 - Структура первичной инвалидности по возрасту взрослого населения в федеральных округах Российской Федерации

Как демонстрирует рисунок 1, во всех федеральных округах, за исключением Северо-Кавказского, в структуре инвалидности преобладают лица пожилого возраста. Это обстоятельство подчеркивает остроту проблемы развития мер социальной поддержки и эффективной специальной медицинской и социальной помощи этим лицам.

Изучение особенностей организации медицинской и социальной помощи инвалидам пожилого возраста в отдельных регионах и муниципальных образованиях с разной плотностью расселения жителей и

разным числом отдаленных и труднодоступных поселений, сделаны следующие выводы:

В случаях компактного проживания населения и единичными труднодоступными и отдаленными поселениями следует использовать централизованный тип организации медицинской помощи и предоставления социальных услуг инвалидам пожилого возраста в плане оказания им специализированных квалифицированных услуг и обслуживания. С этой целью предпочтительно осуществлять плановое укрупнение соответствующих объектов и служб, с ориентацией на создание центров и отделений гериатрической медицинской помощи и комплексных социально-медицинских услуг этим лицам. Для регионов и муниципальных образований с низкой плотностью расселения, значительными расстояниями поселений друг от друга, а также наличием значительного числа труднодоступных и отдаленных поселений целесообразен децентрализованный тип организации медицинской помощи и предоставления социальных услуг путем развития сети специализированных учреждений, организаций, кабинетов (медицинских, социального обслуживания, рекреационно-оздоровительных, физкультурно-оздоровительных, санаторно-курортных, и др.). Также следует учитывать, что платными услугами подавляющее большинство инвалидов пожилого возраста воспользоваться не смогут из-за низких доходов. Это не обозначает, что нагрузка должна ложиться только на государственные медицинские и социальные учреждения. Полагаем, что можно активно привлекать негосударственные организации для удовлетворения рассматриваемых в данной работе потребностей инвалидов пожилого возраста на основе государственных и муниципальных заказов.

Для развития деятельности по удовлетворению потребностей инвалидов пожилого возраста необходима оценка потребностей инвалидов пожилого возраста, в которой важную роль играет установление

специфики нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, как нозологической причины первичной инвалидности. Согласно представленным во второй главе работы данным в России структуру инвалидности как первичной, так и повторной по возрасту определяют лица пожилого возраста. Они преобладают и в нозологической структуре ведущих причин инвалидности вследствие болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, эндокринной системы, болезней глаза, уха. Для уточнения этих утверждений применительно к отдельным российским регионам, проведено соответствующее исследование, результаты которого выявили следующее. В большинстве случаев во всех регионах такой причиной являются болезни системы кровообращения, несмотря на то, что за последние 10 лет в динамике отмечается уменьшение абсолютного числа случаев этих заболеваний, как иллюстрирует рисунок 2.

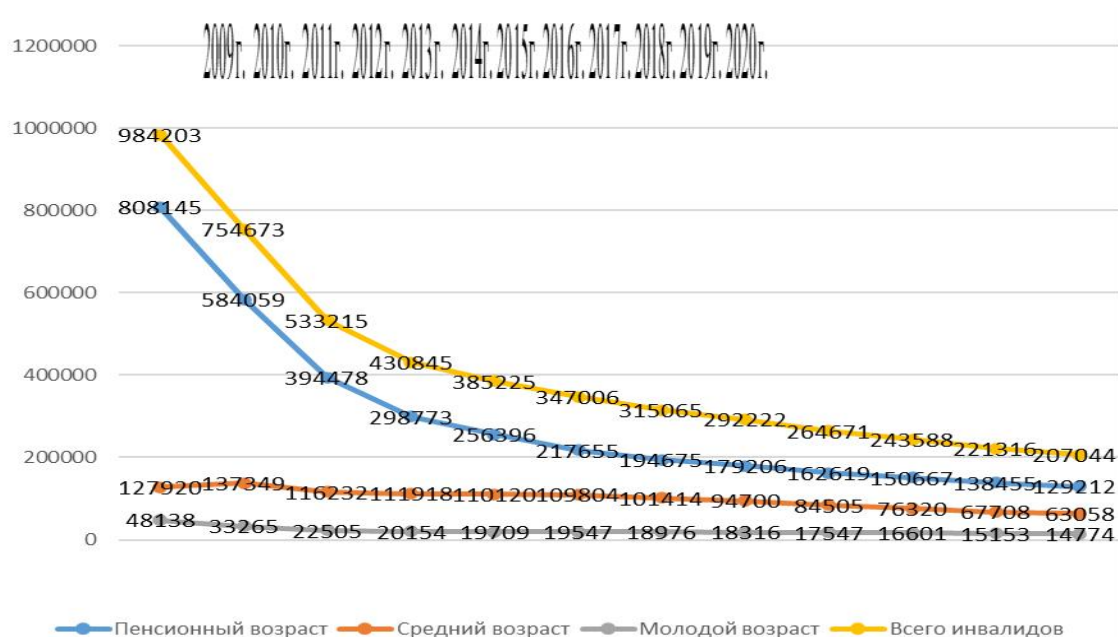


Рисунок 2 - Возрастная характеристика динамики первичной инвалидности при заболеваниях системы кровообращения (абс. число)

На втором месте среди нозологических причин первичной инвалидности находятся онкологические заболевания, число которых

ежегодно увеличивается, а степень тяжести заболевания и его инвалидизирующих проявлений растет (рисунок 3).

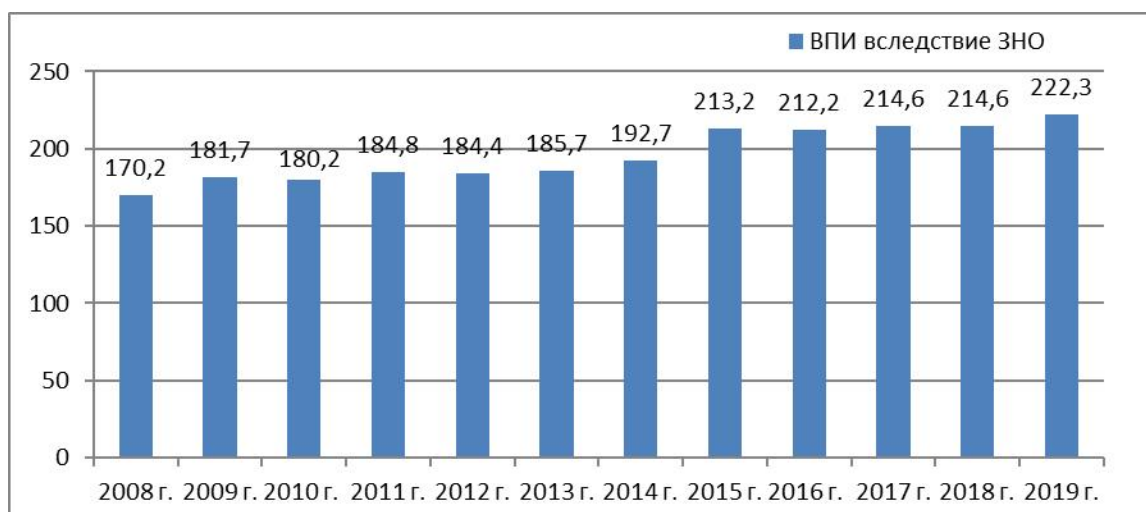


Рисунок 3 - Сведения о первичной инвалидности вследствие злокачественных заболеваний

Третью позицию занимают причины первичной инвалидности вследствие болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани с учетом возраста (абс. число), иллюстрацией этому является рисунок 4.

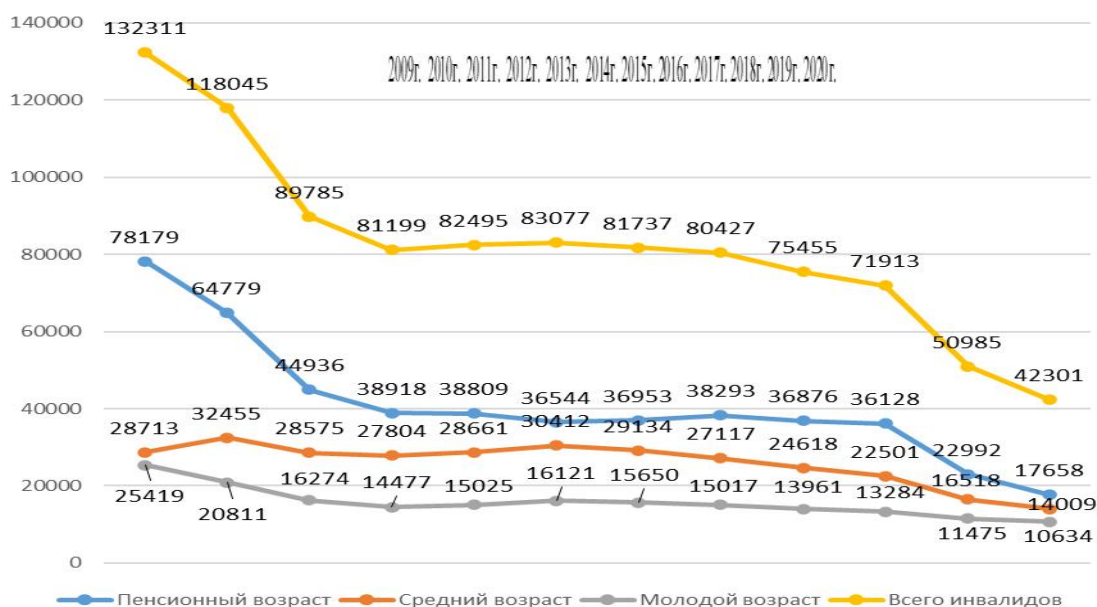


Рисунок 4 - Динамики первичной инвалидности при болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани (абс. число)

Сопоставляя выше представленные данные по причинам первичной инвалидности с показателями причин вторичной инвалидности, констатируем, что болезни системы кровообращения, злокачественные

новообразования и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани одинаковые в рейтинговом порядке. Обратим внимание на то, что за последнее десятилетие удельная доля повторно признанных инвалидами трудоспособного возраста снизилась с 87,9% до 60,1%, а удельная доля лиц нетрудоспособного возраста, повторно признанных инвалидами, возросла с 12,1% до 39,9%.

Таким образом число инвалидов пожилого возраста, как потребителей соответствующих услуг с учетом нозологических характеристик увеличивается, вследствие чего возрастает потребность в специализированных медицинских учреждениях сердечно-сосудистого, онкологического, опорно-двигательного профилей, а также многопрофильных учреждений, в которых развивается геронтологическое направление деятельности.

Анализ гендерных различий выявил в структуре инвалидности преобладание женщин. В динамике эта закономерность сохраняется, что представлено на рисунке 5.

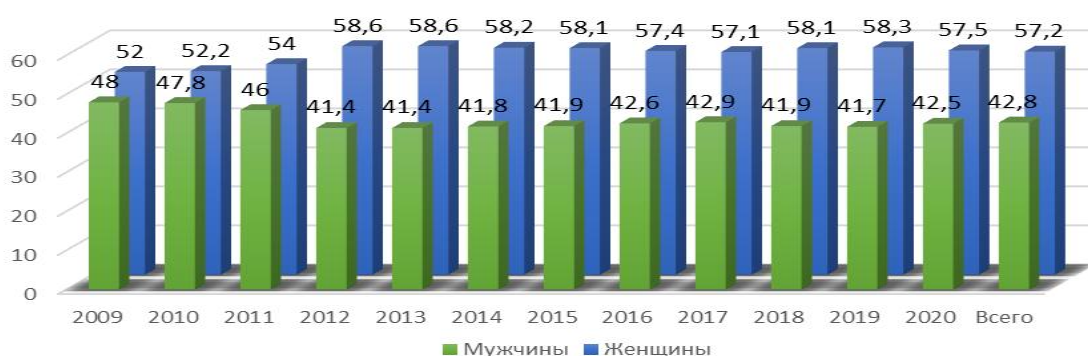


Рисунок 5 - Динамика гендерной структуры контингента повторно признанных инвалидами лиц пожилого возраста в РФ (%)

Инвалидность приводит к ограничениям жизнедеятельности, которые обозначены на рисунке 6. Эти ограничения сами инвалиды по данным специального опроса 500 инвалидов пожилого возраста, проведенного автором в ходе настоящего исследования, оценили

следующим образом: на первое место по значимости и негативному влиянию на свою жизнедеятельность поставили ограничение к самообслуживанию, на второе – к передвижению, на третье – к общению.

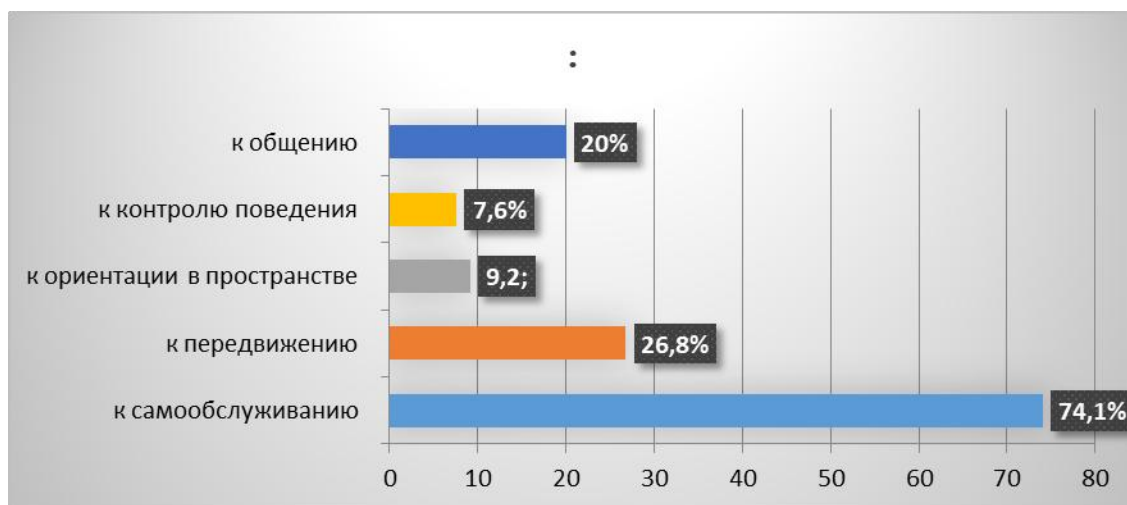


Рисунок 6 - Ограничение жизнедеятельности у инвалидов пожилого возраста

Ограничения жизнедеятельности вызывают необходимость особых форм помощи инвалидам пожилого возраста. Учитывая этот факт, необходимо принимать во внимание, что самыми волнующими инвалидов пожилого возраста вопросами или скорее медико-социальными угрозами, пожилые инвалиды называют проблемы со здоровьем, доступность медицинской помощи, лекарственное обеспечение, правовые вопросы, материальное положение, одиночество, психологические проблемы (тревогу, страх), другие проблемы (такие как трудоустройство, состояние здоровья членов семьи). Это подтверждает информация, отраженная на рисунке 7. Полученные данные в разрезе регионов отличаются от предпочтений инвалидов пожилого возраста, описанных в предыдущих главах. Это также можно объяснить ориентацией проведенного автором опроса на выявление потребностей респондентов в услугах, касающихся здоровья и социальной активности изучаемой категории инвалидов.

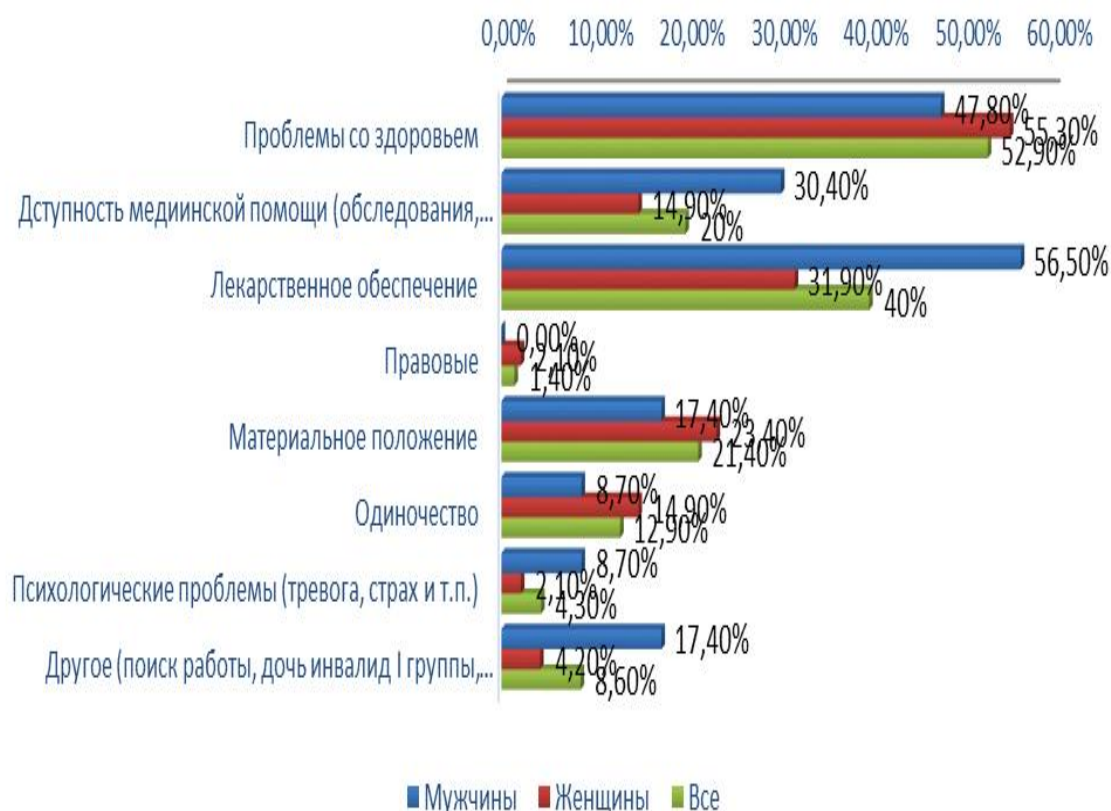


Рисунок 7 - Наиболее значимые медико-социальные угрозы для личности инвалида пожилого возраста, (%)

Данные рисунка 7 позволяют сделать вывод: на первое место среди наиболее значимых для них проблем (медико-социальных угроз) инвалиды пожилого возраста поставили проблемы с лекарственным обеспечением, на второе - проблемы со здоровьем, на третье – с доступностью медицинской помощи, на четвертое - с материальным положением. Такая структура спроса на услуги и неудовлетворенность потребителей в лице инвалидов пожилого возраста организацией предоставления услуг указывает на упущения нормативно-правового регулирования и планирования этой деятельности в субъектах Российской Федерации, выявляет неразвитость обратной связи уполномоченных учреждений с инвалидами пожилого возраста, которых они обслуживают. Вследствие указанных организационно-управленческих упущений развивается неудовлетворенность инвалидов пожилого возраста организацией оказания медицинской помощи и предоставления социальных услуг. Все это

неблагоприятно отражается на здоровьесбережении и социальной активности данной категории инвалидов. Обозначенные вопросы должны учитываться органами власти и управления на региональном, муниципальном, корпоративном уровне.

Для устранения выявленных упущений необходима формализация и упорядочение деятельности по рассматриваемым направлениям путем внесения поправок в федеральное и региональное законодательство. Эти поправки должны касаться установления конкретных полномочий региональных и муниципальных органов власти в области организации и ресурсного обеспечения развития деятельности по охране здоровья и предоставления разноплановых гарантированных социальных услуг лицам пожилого возраста в целом и в частности касательно инвалидов этого возраста, а также упорядочения и контроля предоставления гарантированной медицинской помощи и медико-социальных услуг, социальных услуг с обеспечением проживания в специализированных учреждениях и без такового, решения вопросов надлежащего содержания и обеспечения инфраструктурных объектов, повышения мотивации персонала уполномоченных медицинских и социальных учреждений на результативный труд. И что весьма важно – повышение информированности о правах (на медицинскую и социальную помощь, услуги, обслуживание) и возможностях их реализации инвалидов пожилого возраста и лиц, законно представляющих их интересы.

3.2. Проект модели механизма предоставления интегрированных социально-медицинских услуг инвалидам пожилого возраста

Современные тренды преобразований в области здравоохранения и социальной защиты населения позволяют предполагать возможность трансформации системы управления деятельностью по охране здоровья и предоставлению интегрированных социально-медицинских услуг инвалидам пожилого возраста, которую предлагается рассматривать как комплекс организационно-управленческих, нормативно-правовых,

финансово-экономических взаимосвязанных регуляторов, позволяющих осуществление организации оказания этим лицам персонифицированных видов медицинской помощи и социальных услуг, а также формирования ресурсной базы, обеспечивающей функционирование медицинских и социальных служб, которые в рамках своих полномочий выполняют общественно значимую функцию продления активного долголетия и создания социально приемлемых условий жизнедеятельности инвалидам пожилого возраста. Эта система является основой для здоровьесбережения, сохранения и реализации человеческого потенциала, длительной социальной активности инвалидов пожилого возраста.

Возможно осуществить изменения сложившейся на протяжении многих лет ситуации с низким качеством жизни инвалидов пожилого возраста из-за факторов негативного воздействия, в том числе вследствие ограничений в разных сферах жизнедеятельности. Такие ограничения могут быть минимизированы путем внедрения в практику нового механизма предоставления интегрированных социально-медицинских услуг (ИСМУ) пожилым инвалидам. Этот механизм должен обеспечить снижение ограничений жизнедеятельности инвалидов пожилого возраста и способствовать повышению качества их жизни. В этом контексте он целеориентирован на нуждаемость таких людей в удовлетворении их потребностей в ИСМУ путем координации усилий здравоохранения и социальной защиты населения. Кроме того, в ряде случаев потребуются интеграция ИСМУ с иными услугами (например, юридическими, нотариальными, волонтерскими, другими).

Особенности рассматриваемой категории заключаются в том, что у пожилых инвалидов снижение качества их жизни обусловлено усугублением проблем, которые связаны с инвалидностью, возрастным изменением здоровья в целом и в частности снижением обмена и функций организма, что негативно влияет на формирование приспособительных механизмов. Такой динамический контекст обуславливает необходимость

учитывать перманентные изменения нуждаемости и, связанного с изменениями регулярного пересмотра предоставляемых ИСМУ.

Предлагаемая модель механизма предоставления ИСМУ основывается на следующих принципах:

- комплексность медицинских и социальных составляющих компонент ИСМУ;
- адресность и доступность ИСМУ для всех инвалидов пожилого возраста с учетом специфики соответствующего возраста и характера инвалидности;
- поэтапная преемственность и системность предоставления ИСМУ;
- гуманность и толерантность;
- участие пожилых инвалидов и лиц, законно представляющих их интересы, в разработке пакета ИСМУ, с обязательным его включением в ИПРА, и при выборе способов практической реализации и оценке эффективности ИСМУ.

Для осуществления координации деятельности по предоставлению ИСМУ пожилым инвалидам должна быть создана специальная межведомственная служба поддержки пожилых инвалидов (СППИ), которая могла бы функционировать на базе уполномоченных региональными органами власти органов управления социальной защиты населения или МФЦ.

СППИ предполагает исполнение следующих функций:

- создание банка данных о пожилых инвалидах и поддержание его актуальности;
- регулярное проведение внутриведомственной и независимой персонифицированной оценки качества жизни пожилых инвалидов на основе установленных критериев и показателей в рамках нормативно-правового акта, совместного разработанного и утвержденного

Министерством здравоохранения РФ и Министерством труда и социальной защиты населения РФ;

- социальное сопровождение организации проведения медико-социального освидетельствования и разработки ИПРА пожилым инвалидам, с включенностью в нее пакета ИСМУ;
- раннего вмешательства при выявлении трудной и социально опасной жизненной ситуации у конкретных инвалидов пожилого возраста, в том числе посредством специально созданной службы экстренного реагирования;
- поддержки семьи конкретных инвалидов пожилого возраста путем предоставления гарантированных услуг на бесплатной или льготной основе;
- организация волонтерского движения по правовой поддержке инвалидов пожилого возраста и включение волонтеров в реализацию ИСМУ этим инвалидам;
- содействие перемещению инвалидов пожилого возраста в случае необходимости в специализированные медицинские и социальные учреждения;
- содействие социализации и социальной интеграции инвалидов пожилого возраста с возможностью длительного проживания в домашних условиях.

Инструментом управления деятельностью по взаимодействию систем здравоохранения и социальной защиты населения предлагается разработанный автором информационно-коммуникативный агрегатор (ИКА), который будет использоваться в цифровых распределенных центрах (ЦРЦ), входящих в СППИ. В распределительном центре сосредоточены и связаны между собой локальные сети (LAN) и сети хранения данных (SAN) разных площадок. На рисунке 8 представлена структура информационно-коммуникативного агрегатора (ИКА)

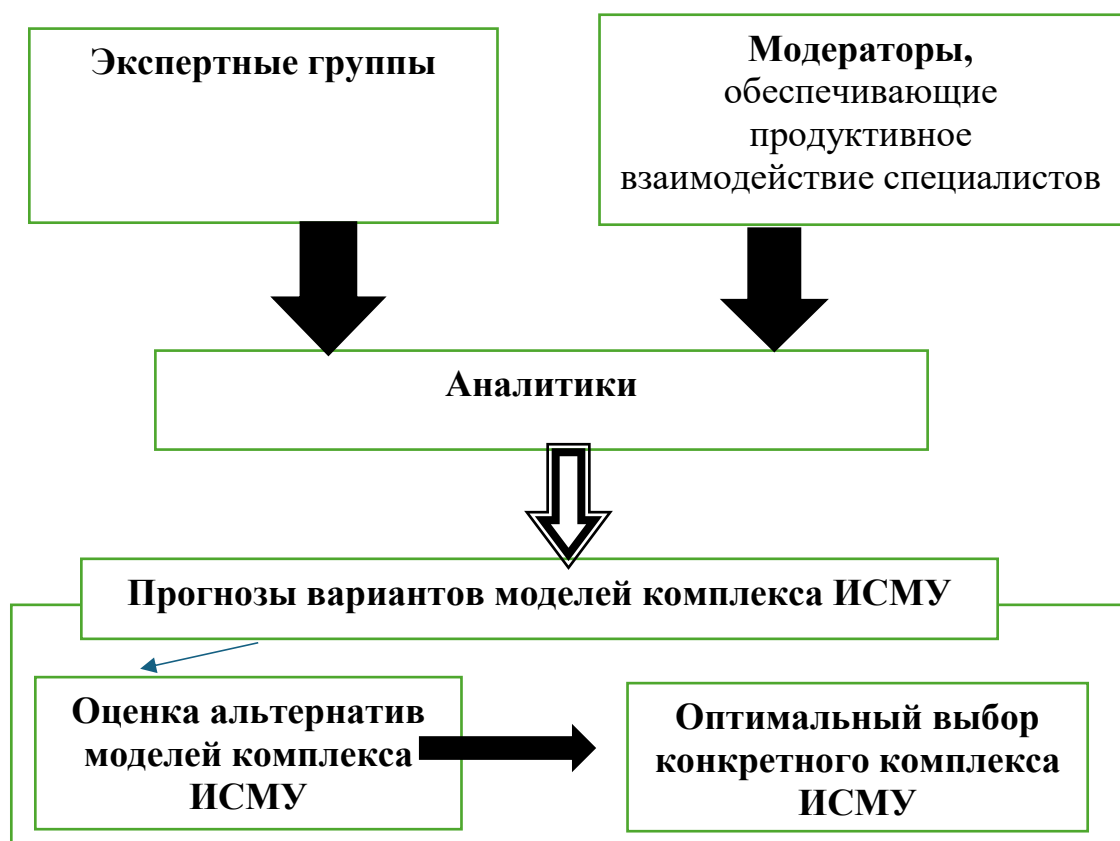


Рисунок 8 - Структура информационно-коммуникативного агрегатора (ИКА)

Для функционирования ИКА необходимо ресурсное обеспечение, включая:

- техническое обеспечение (средства сбора целевых данных, вычислительные ресурсы, программное обеспечение агрегации данных, видеоконференцсвязь, мониторы, селекторы и др.);
- обеспечение средствами связи и коммуникации (цифровые сети, закрытая связь для передачи конфиденциальных сведений, информационно-коммуникационные средства для общения всех участников процесса от сбора и обработки информации до принятия решения);
- кадровое обеспечение (специалисты предметной области ПО, специалисты-эксперты, аналитики, модераторы, обеспечивающих продуктивное взаимодействие двух последних).

На рисунке 9 представлены виды иерархического уровневого обеспечения ИКА, ориентированного на **связь с исполнителями определенных мероприятий**.

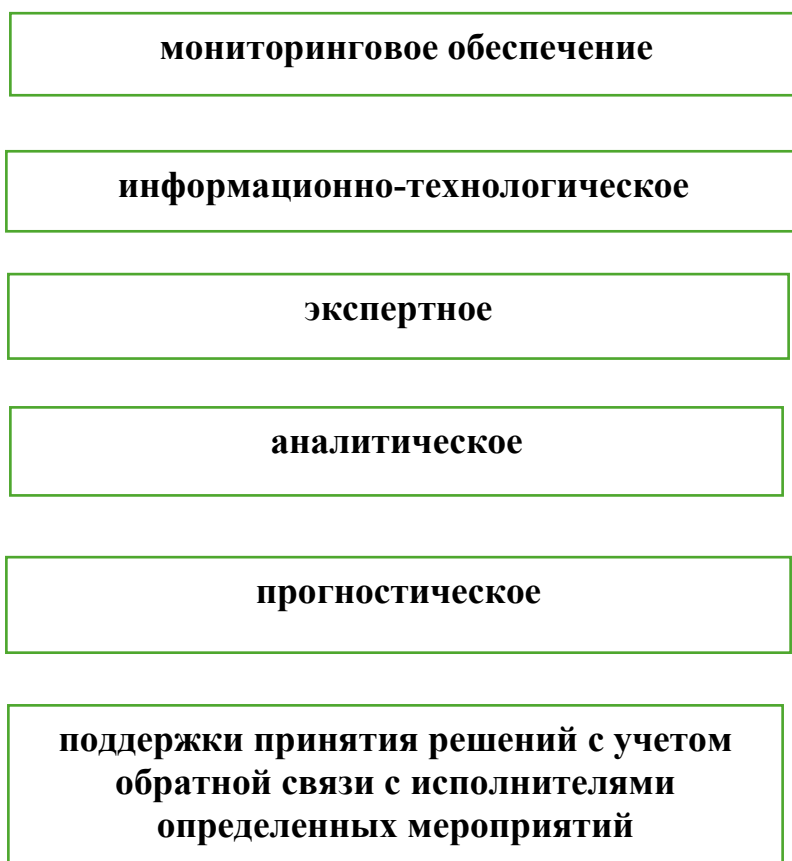


Рисунок 9 - Структура иерархического уровневого обеспечения ИКА с учетом обратной связи с исполнителями определенных мероприятий

Задачи, решаемые, решаемые с помощью такого ИКА, позволят осуществить:

оптимальный выбор комплекса ИСМУ;

дистанционный мониторинг здоровья инвалидов пожилого возраста, сбор и аккумуляцию результатов мониторинга, аналитическую обработку информации;

дифференциацию потребностей в ИСМУ и способов их удовлетворения для отдельных категорий инвалидов пожилого возраста;

персонификацию выбора и удовлетворения потребностей конкретных инвалидов пожилого возраста на основе обратной связи между уполномоченным учреждением и инвалидом;

управление комплексными проектами, интегрирующими усилия ведомств и учреждений системы здравоохранения и социальной защиты населения.

Среди ИСМУ инвалидам пожилого возраста особо выделим их отдельные виды:

- медицинский, социальный и медико-социальный уход;
- услуги в рамках паллиативной и патронажной помощи;
- гериатрическую реабилитацию;
- социокультурную рекреацию.

Источники финансового обеспечения ИСМУ инвалидам пожилого возраста:

региональные и муниципальные бюджеты на основе государственного и муниципального заказа; средства внебюджетных фондов; средства граждан и средства в рамках пожизненной ренты с иждивением; благотворительные фонды; пожертвования бизнеса и частных лиц; другие законные источники.

Инструментом взаимодействия систем здравоохранения и социальной защиты населения в плане формирования и практического управления комплексом ИМСУ, с учетом предлагается рассматривать информационно-коммуникативный агрегатор (ИКА), который будет использоваться в цифровых распределенных центрах (ЦРЦ), входящих в СППИ. Рисунок 10 иллюстрирует структуру ИКА.

Для функционирования ИКА необходимо ресурсное обеспечение, включая:

- техническое обеспечение (средства сбора целевых данных, вычислительные ресурсы, программное обеспечение агрегации данных, видеоконференцсвязь, мониторы, селекторы и др.);
- обеспечение средствами связи и коммуникации (цифровые сети, закрытая связь для передачи конфиденциальных сведений, информационно-коммуникационные средства для общения всех

участников процесса от сбора и обработки информации до принятия решения);

– кадровое обеспечение (специалисты предметной области ПО, специалисты-эксперты, аналитики, модераторы, обеспечивающих продуктивное взаимодействие двух последних.

На рисунке 10 представлены виды иерархического уровневого обеспечения ИКА с учетом обратной связи с пользователями.

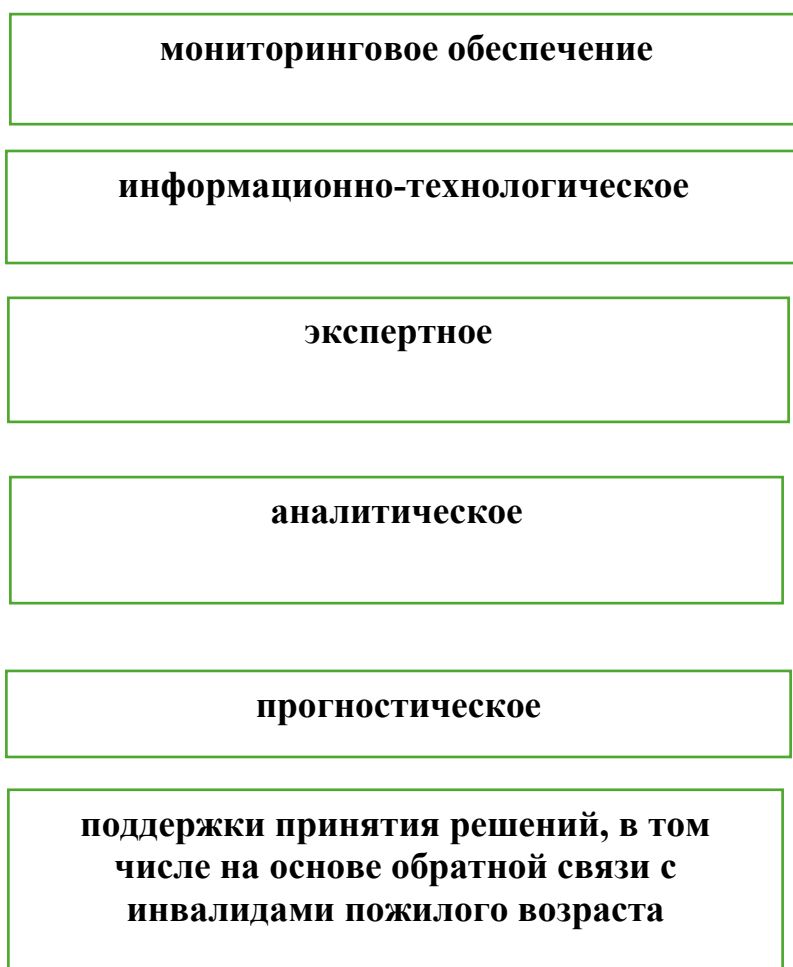


Рисунок 10 - Структура иерархического уровневого обеспечения ИКА с учетом обратной связи с пользователями-потребителями

Задачи, решаемые с помощью данного ИКА, позволят осуществить:

– оптимальный выбор комплекса ИСМУ;

– дистанционный мониторинг здоровья инвалидов пожилого возраста, сбор и аккумуляцию результатов мониторинга, аналитическую обработку информации;

- дифференциацию потребностей в ИСМУ и способов их удовлетворения для отдельных категорий инвалидов;
- управление комплексными проектами, интегрирующими усилия ведомств и учреждений системы здравоохранения и социальной защиты населения:
 - поддержку принятия решений, с учетом данных полученных посредством обратной связи с инвалидами пожилого возраста

На основе данных ИКА станет возможным объективно оценивать эффективность деятельности уполномоченных структур в рассматриваемой области на основе мониторинга состояния здоровья и качества жизни инвалидов пожилого возраста и удовлетворения их потребностей, связанных с охраной здоровья и предоставлением разных видов социальных услуг, включая ИСМУ. При этом важны оценки потребителей услуг.

ИКА может стать важным источником информации для вовлечения в деятельность по предоставлению ИСМУ негосударственных организаций. Результаты изучения организации оказания медицинской помощи и разных видов социальных услуг на региональном уровне показали незначительную активность частного сектора в плане предоставления платных услуг лицам пожилого возраста в целом и в частности инвалидам пожилого возраста.

В современной России слабо развито предпринимательство, касающееся специальных услуг для этих категорий населения по указанным направлениям деятельности из-за того, что в частных организациях платные услуги, как правило, дорогостоящие и ориентированы на малочисленную группу лиц пожилого возраста с высоким уровнем собственного достатка или достатка их семей. Большинство инвалидов пожилого возраста относятся к бедным слоям населения и не могут себе позволить платные услуги, которые в настоящее время оказываются как частными, так и государственными организациями.

Для развития деятельности по предоставлению этим категориям населения услуг, в том числе ИСМУ, частными организациями надо усилить мотивации предпринимателей с использованием экономических рычагов (применительно к рассматриваемой тематике - равноправное участие в конкурсах, тендерах, муниципальных и государственных заказах, целевых программах и т. д.). Государство и предпринимательское сообщество посредством благотворительности могли бы брать на себя частичную денежную компенсацию инвалидам пожилого возраста за инициативное приобретение ими определенных товаров и услуг, которые не входят в гарантированные, но они необходимы этим людям.

Одним из важных элементов предлагаемого механизма может стать предлагаемый автором информационный медсоцагрегатор (ИМА).

ИМА – мобильное приложение с названием «МЕДСОЦАГРЕГАТОР», позволяющее осуществить через веб-сайт:

- удобный способ поиска и заказа медицинского персонала и патронажных социальных работников;
- дистанционный заказ медицинских процедур, медицинского и социального ухода;
- заблаговременную запись и избежать очередей в медицинских и социальных учреждениях;
- заказ специального медицинского автомобиля и социального такси;
- регистрацию и авторизацию пользователя с дальнейшей проверкой идентификации, в том числе по биометрическим данным;
- высокую скорость работы сервиса в несколько касаний экрана смартфона.

Чтобы получить необходимые медицинские, социальные или транспортные услуги можно следовать 5 простым шагам:

- 1) выбор услуги (раздел «удобный поиск и заказ услуг медицинского и социального персонала»);

2) определение города (раздел «Выбор города поиска и заполнение формы запроса о пациенте»);

3) выбор специалиста (раздел «Выбор конкретного медработника или соцработника из возможных вариантов»);

4) оповещение специалиста (раздел «Уведомление о запросе в приложении для персонала»);

5) Выполнение услуги (раздел «Специалист выезжает на вызов и выполняет необходимые услуги).

Вся актуальная информация о медсоцагрегаторе находится в одном месте. Доступ к образовательной платформе для повышения квалификации медицинских и социальных работников. Возможность изучения основ медицинской и социальной помощи из любой точки мира.

В медсоцагигаторе представлены курсы подготовки для организации эффективного оказания медицинских и социальных услуг. Юридическая и организационная составляющая этих курсов превращает специалиста по сестринскому делу и социального работника в грамотного специалиста, способного компетентно осуществлять определенную работу и предусмотреть сложные ситуации, возникающие в его работе и избежать рисков, связанных с такими ситуациями или решить вопросы по устранению последствий их возникновения.

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимость преобразований деятельности по удовлетворению потребностей в здоровьесбережении и социальных услугах для инвалидов пожилого возраста обусловлена ростом численности этой категории населения и повышением внимания со стороны государства к их нуждам, обусловленным ограничением жизнедеятельности этих людей из-за естественных возрастных и приобретенных изменений здоровья, а также трансформации социального статуса. Система услуг для лиц пожилого возраста и инвалидов в экономических реалиях становится одним из главных объектов современной государственной социальной политики и целью модернизации в рамках здравоохранения и социальной защиты населения. Социальная сфера, ее социальные отрасли предназначены для создания общественно приемлемых социальных условий для реализации потребностей всех членов общества, включая лиц пожилого возраста, повышения уровня и качества их жизни, а также для мероприятий по практическому осуществлению социальных услуг, ориентированных на данные категории населения. Инвалиды пожилого возраста нуждаются в развитии системы специальных услуг медицинского, социального, психологического и иного характера.

2. Современные воззрения специалистов науки и практики на преобразования деятельности по сбережению здоровья и предоставлению социальных услуг инвалидам пожилого возраста акцентированы на приоритеты изменения организации предоставления медицинской помощи этим лицам. Такая помощь рассматривается инвариантом любого вида социальной помощи лицам пожилого возраста. Потребность в медицинской помощи априори содержит в себе потребность в помощи социальной, она предопределяет специфику организации удовлетворения потребностей в медико-социальных услугах и социальном обслуживании.

Важным направлением преобразований предлагается минимизация госпитализаций инвалидов пожилого возраста, кроме случаев нуждаемости

в скорой и неотложной помощи. Необоснованная госпитализация инвалидов пожилого возраста является проявлением расширения медиализации. Она вызвана низким качеством социального обслуживания и низким уровнем интеграции медико-социальной работы. Медицинская составляющая, как базовая для социальных услуг должна преобладать, но не становится избыточной. Перспективным следует рассматривать развитие гериатрического характера медицинской помощи и социальных услуг.

3. Государственные решения в рамках государственной социальной политики, ориентированной на инвалидов пожилого возраста, характеризуются патерналистской направленностью в области их здоровьесбережения, как лиц пожилого возраста в целом, но имеют специфику с учетом инвалидности. Такой подход касается и организации предоставления им разноплановых социальных услуг. Социальные услуги рассматриваются как способ компенсации ограничений жизнедеятельности этих лиц и вид социальной поддержки. Существенная роль в компенсации свершившихся рисков бедности для инвалидов пожилого возраста отводится специальным социальным услугам, которые необходимы именно этим категориям населения.

4. Специальные услуги, предназначенных преимущественно для инвалидов пожилого возраста, облегчают их жизнедеятельность, компенсируют ограничения жизнедеятельности, способствуют повышению социальной активности таких инвалидов. Эти услуги оказывают позитивное воздействие на продолжительность и качество жизни, как самих инвалидов пожилого возраста, так и их семей. Они облегчают работу персонала социальных и медицинских учреждений. Данные услуги в целом несут миссию гуманизации общества и требуют развития путем поиска новых механизмов их реализации.

5. В зарубежной практике накоплен значительный опыт по организации центров предоставления медицинской и социальной помощи

инвалидам пожилого возраста. В них активно развивается геронтологическая реабилитации инвалидов, демонстрирующая существенное позитивное влияние на продолжительность и качество жизни этих людей.

В Российской Федерации создание таких центров находится на начальном этапе решения и нуждается в научном обосновании, научно-технических разработках, государственных мерах. Применение лучших зарубежных практик по использованию централизованных и децентрализованных форм предоставления медицинской и социальной помощи инвалидам пожилого возраста следует осуществлять, исходя из того, что обе формы являются взаимодополняющими и взаимосвязанными. Это должно отражаться в преобразованиях инфраструктурных объектов систем здравоохранения и социальной защиты населения.

6. Ухудшение состояния здоровья и усугубление ограничений жизнедеятельности в процессе старения вызывают необходимость учитывать, связанные с ними, изменения нуждаемости конкретного инвалида пожилого возраста в помощи на основе технологии обратной связи, что позволяет персонифицировать помощь. Выяснение оценки, которую определяет сам инвалид, касательно потребности в той или иной помощи, приоритетах ее видов, можно осуществлять путем анкетирования или интервьюирования, в контактной очной форме или дистанционно. Данную работу могут успешно выполнить волонтеры.

7. Контингент граждан из числа инвалидов пожилого возраста, обладающих различной степенью способности к самообслуживанию, возможностями к адаптации и компенсации нарушенных функций, к овладению новыми или к восстановлению прежних навыков, достаточно большой. Данное обстоятельство должно быть основанием для стратификации подходов к проведению медико-социальной реабилитации и прогнозированию достижения оптимального уровня участия инвалидов пожилого возраста в социуме, включая сферу труда.

8. Одной из нерешенных проблем, препятствующих удовлетворению социальных потребностей инвалидов пожилого возраста, следует признать нарушение процесса их интеграции в социуме. Причины этой проблемы кроются в недостаточности приспособленности окружающей среды для комфортного проживания и жизнедеятельности инвалидов пожилого возраста с разными степенями инвалидности. Решению проблемы могут способствовать изменения в порядке установления инвалидности и, связанными с этим, оценках потребностей конкретных инвалидов в мерах социальной поддержки и защиты. Для этого необходимо изменить критерии инвалидности и оценки потребностей инвалидов на основе персонификации, что должно отражаться в заключениях МСЭ и в ИПРА, в которых следует уточнять особенности нуждаемости конкретного инвалида в персонифицированных мерах социальной поддержки и защиты, устранению барьеров в окружающей среде.

9. Стратегическим подходом к повышению удовлетворения потребностей инвалидов пожилого возраста в услугах, направленных на их сбережение здоровья, увеличение продолжительности жизни и социальную активность является создание системы управления деятельностью по охране здоровья и предоставлению интегрированных социально-медицинских услуг инвалидам пожилого возраста, которую предлагается рассматривать как комплекс организационно-управленческих, нормативно-правовых, финансово-экономических взаимосвязанных регуляторов, позволяющих осуществление организации оказания этим лицам персонифицированных видов медицинской помощи и социальных услуг, а также формирования ресурсной базы, обеспечивающей функционирование медицинских и социальных служб, которые в рамках своих полномочий выполняют общественно значимую функцию продления активного долголетия и создания социально приемлемых условий жизнедеятельности инвалидам пожилого возраста. Эта система должна стать основой для здоровьесбережения, сохранения и реализации

человеческого потенциала, длительной социальной активности инвалидов пожилого возраста.

10. Внедрение в практику предложенного в диссертационной работе нового механизма предоставления интегрированных социально-медицинских услуг (ИСМУ) пожилым инвалидам позволит обеспечить снижение ограничений жизнедеятельности инвалидов пожилого возраста и способствовать повышению качества их жизни. В этом контексте данный механизм целеориентирован на нуждаемость таких людей в удовлетворении их потребностей в ИСМУ путем координации усилий здравоохранения и социальной защиты населения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

Нормативные правовые акты:

1. Конвенция о правах инвалидов [Электронный ресурс] – URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml.
2. Концепция политики активного долголетия [Электронный ресурс] – URL: <https://www.hse.ru/data/2020/04/28/1544884777/>.
3. Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс] – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/.
4. Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ [Электронный ресурс] – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/.
5. Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24.11.1995 N 181-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс] – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/.
6. Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" от 06.10.1999 N 184-ФЗ [Электронный ресурс] – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_14058/.
7. Федеральный закон "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ [Электронный ресурс] – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_156558/.
8. Федеральный закон "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ [Электронный ресурс] – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/.

9. Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ (ред. от 14.07.2022) "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации" [Электронный ресурс] – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_44571/.

10. Распоряжение Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. № 164-р "Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года" [Электронный ресурс] – URL: <https://rosmintrud.ru/docs/government/173>.

11. Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 N164-р "Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации" [Электронный ресурс] – URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programs/37/2>

12. Приказ Минздрава России от 29.01.2016 г. № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия» [Электронный ресурс] – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71251832/>.

13. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 октября 2012 г. №310н «Об утверждении порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» [Электронный ресурс] – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70191128/>.

14. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17 декабря 2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» [Электронный ресурс] – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71209914/>.

15. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 29 декабря 2021 г. № 929 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2022 году Типовой модели системы долговременного ухода

за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе» [Электронный ресурс] – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403251165/>.

16. Приказ Минтруда России от 29.09.2020 N 667 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2021 году Типовой модели системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в постороннем уходе» [Электронный ресурс] – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71251832/>.

17. Приказ от 9 сентября 2021 года N 646 «Об утверждении Правил определения индивидуальной потребности граждан пожилого возраста (инвалидов) в постороннем уходе» [Электронный ресурс] – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71251832/>.

18. Национальный проект «Демография» на 2019–2024 год (последняя редакция, включающий федеральный проект «Старшее поколение» [Электронный ресурс] – URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/demography>.

19. Федеральный проект «Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» [Электронный ресурс] – URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/stranitsa-5729>.

Специальная литература:

20. Абросимова, Н.П. Организационно-экономические основы медицинской помощи и социально-медицинского обслуживания лиц пожилого возраста и инвалидов, нуждающихся в долгосрочном уходе на дому / Н. П. Абросимова // Экономика и управление в XXI веке: тенденции развития. — 2016.

21. Аверин А. Н. Государственная система социальной защиты населения: учебное пособие / А. Н. Аверин. – Москва: Изд-во РАГС, 2007. – 120 с.

22. Алмазова В. А., Басаргина Л.В., Богданова Л. А. Механизмы внедрения социальных технологий при предоставлении социальных услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам в рамках цифровизации / В. А. Алмазова, Л.В. Басаргина, Л. А. Богданова // Социальная работа: теория, методы, практика. — Санкт-Петербург: Городской информационно-методический центр «Семья», 2023. — 207 с.
23. Апостолова, Т. М. Социальная политика Российской Федерации и правовой механизм ее реализации / Т. М. Апостолова, Н. Р. Косевич – Москва: ВЛАДОС, 2008. – 478 с.
24. Бабушкин, А. В. Социальная работа: теория и практика. – Москва: ИНФРА-М, 2004. – 425 с.
25. Басова Н. Ф. Социальная работа с инвалидами / Н. Ф. Басова. – Москва: КНОРУС, 2017. – 399 с.
26. Берецкая, Е. А. Социальная реабилитация. – Москва: ИНФРА-М, 2012. – 319 с.
27. Богова О.Т. Особенности ведения больных ишемической болезнью сердца при сахарном диабете / О.Т. Богова. – Москва: Учебное пособие ФИРО, 2016. – 117 с.
28. Волгин Н. А. Социальная политика: Избранные лекции / Н. А. Волгина. – Москва: Издательство «КноРус», 2022. – 494 с.
29. Воронцова М. В. Социальная защита и социальное обслуживание населения / М. В. Воронцова, В. Е. Макаров. — Таганрог: Издательство С. А. Ступина, 2015. — 309 с.
30. Галушинская Ю.О. К проблеме повышения качества жизни лиц пожилого возраста -<https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-kachestva-zhizni-starshego-pokoleniya-regionalnyy-opyt>
31. Григорьев С. И. Комплексная оценка жизненных сил человека /С. И. Григорьев. – М.: Изд-во ПРЕСС-ЭКСМО, 2006. – 214 с.

32. Гуслова М. Н. Оказание социальных услуг лицам пожилого возраста и инвалидам на дому / М. Н. Гуслова. – 4-е изд., перераб. – Москва: академия, 2018. – 351 с.
33. Демидова. Т. Е. Социальная работа с пожилыми людьми: монография / Т. Е. Демидова. – Москва: Русайнс, 2017. – 255 с.
34. Залеева А. И. Социальная адаптация пожилых людей в стационарных учреждениях социального обслуживания /А. И. Залеева. – Москва: Издательский дом Академии Естествознания, 2020. – 10 с.
35. Карасаева Л.А. Медико-социологическое исследование лиц пожилого и старческого возраста, получающих медико-социальную помощь в стационарных условиях и на дому / Л. А. Карасаева, И.Ф. Тимербулатов, Ю. Е. Кондратьева, С. С. Пузин // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2022. – Т. 25, № 4. – С. 249–257.
36. Ковальчук О. В. Социальное обслуживание населения в регионе / О. В. Ковальчук, Д. А. Кулабухов. – Белгород: НИУ «БелГУ», 2018. – 101 с.
37. Кондратьева Ю.Е. Динамика показателей первичной инвалидности у лиц пожилого возраста в Республике Башкортостан за период 2016–2020 гг. / Ю. Е. Кондратьева, С. Н. Пузин, Л. А. Карасаева, Е. В. Сафронова, С.С. Пузин // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2017. – № 3. – С. 26–36.
38. Копалкина Е. Г. Организация социальной работы с инвалидами: учебное пособие / Е. Г. Копалкина. – Иркутск: Издательский дом БГУ, 2023. – 151 с.
39. Малофеев И. В. Социальные услуги в системе социального обслуживания населения / И. В. Малофеев. – Москва: Дашков и К°, 2012. – 175 с.
40. Машковский Е. В. Способ оценки эффективности физической реабилитации пациентов-ветеранов спорта с ишемической болезнью

сердца / Е.В. Машковский, О.Т. Богова, Е.Е. Ачкасов, К. А. Володина. – Патент RU 2584131 С1, 20.05.2016. Заявка № 2015121339/14 от 05.06.2015.

41. Маяцкая И. Н. Экономические основы социальной работы / И. Н. Маяцкая. – Москва: Дашков и К°, 2014. – 263 с.

42. Медведева Г. П. Социальная работа с пожилыми людьми: монография / Г. П. Медведева. – Москва: КноРус, 2021. – 258 с.

43. Нагорнова А. Ю. Социальная работа в современном российском обществе: коллективная монография / А. Ю. Нагорнова, О. И. Дониная, О. В. Шабанова. – Ульяновск: Зебра, 2020. – 213 с.

44. Низова Л. М. Ресурсное обеспечение социальной защиты населения: монография / Л. М. Низова. – Йошкар-Ола: Поволжский государственный технологический университет, 2021. – 172 с.

45. Никулин В.Э. Частота назначения потенциально не рекомендованных лекарственных средств пациентам старческого возраста с падениями в стационаре / В. Э. Никулин, С.П. Бордовский, Н. И. Польшина, Е. С. Ильина, С. В. Горбатенкова, О.Т. Богова, Д.А. Сычев. – В книге: VI Евразийский конгресс кардиологов. Сборник тезисов. 2018. – 62 с.

46. Пузин С.Н. Обеспечение защиты прав инвалидов на доступ к лекарственным средствам / С. Н. Пузин, А. В. Гречко, И.В. Пряников, В.С. Маличенко, С. С. Пузин // Успехи геронтологии. – 2018. – Т. 31, № 4. – С. 581–587.

47. Пузин С.Н. Равные права – Равные возможности /С. Н. Пузин, О. С. Андреева, В. С. Сазонов. – Москва: ООО «Издательский дом Тончу», 2009. – 150 с.

48. Пузин С. Н. Старшее поколение и инвалидность. Перспективы медико-социального благополучия / С. Н. Пузин, А. В. Гречко, М.А. Шургая, Г. Э. Погосян Ф. Л. Эркенова, О.Т. Богова О. В. Хорькова. – Москва: Благотворительный фонд "ЭСКО", 2020. – 400 с.

49. Пузин С. С. Механизм предоставления интегрированных социально-медицинских услуг пожилым инвалидам /С. С. Пузин // Перспективные направления преобразований здравоохранения и технологии их реализации. – Москва, 2021. – С. 554–563.

50. Пузин С. С. Экономические и правовые аспекты совершенствования медико-социальной и медицинской помощи пожилым и престарелым гражданам (аналитический обзор) / С. С. Пузин // Уроки пандемии COVID-19 для здравоохранения и общества. – Москва, 2022. – С. 259–281.

51. Рослякова С. В. Социальное обслуживание людей. – Челябинск: Южно-Уральский научный центр РАО, 2020. – 264 с.

52. Саралиева З. Х. Старшее поколение современной России /З. Х. Саралиевой. – Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет им. Н. И. Лобачевского, 2021. – 779 с.

53. Северин А.В. Социально-психологическая адаптация пожилых людей к изменяющемуся миру: психологические проблемы пожилых людей и способы их решения: монография / А.В. Северин. – Брест: Альтернатива, 2020. – 84 с.

54. Скобелина Н. А. Социальная реабилитация инвалидов в условиях формирования доступной среды в современной России: учебное пособие / Н. А. Скобелина. – Волгоград: Издательство Волгоградского государственного университета, 2022. – 87 с.

55. Слезингер Г.Э. Труд в условиях рыночной экономики: учебное пособие / Г.Э. Слезингер. – М.: ИНФРА-М, 1996. – 336 с.

56. Соколова А. В. Деятельность учреждений социального обслуживания населения: традиции и инновации / А. В. Соколова, О. Б. Труфанова, Л. В. Хотимова; Федеральное агентство по образованию, Сыктывкарский гос. ун-т. – Сыктывкар: Сыктывкарский госуниверситет, 2006. – 171 с.

57. Социальная работа с незащищенными группами населения. – Москва: КНОРУС, 2016. – с 337.
58. Социальная работа с различными группами населения. – Москва: КНОРУС, 2016. – 528 с.
59. Хадисова К. В. Сравнительный анализ зарубежных и отечественных моделей социальной работы в современном мире / К. В. Хадисова. – Москва: Русайнс, 2017. – 149 с.
60. Холостова Е. И. Зарубежный опыт социальной работы / Е. И. Холостова, А. Н. Дашкина, И. В. Малофеев. – Москва: Дашков и ко, 2013. – 368 с.
61. Холостова Е. И. Стационарные учреждения социального обслуживания населения: история, практика, реформы / Е. И. Холостова. – Москва: Дашков и К, 2022. – 233 с.
62. Шарин, В. И. Экономические основы социальной работы / В. И. Шарин. – Москва: ИНФРА-М, 2013. – 235 с.
63. Шурыгина Ю. Ю. Практика работы организаций и учреждений реабилитации, социализации и интеграции инвалидов в общество. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2008. – 283 с.

Публикации периодической печати и научных сборников:

64. Абдалян Л.Н. Экономические аспекты организации социальной защиты населения / Л.Н. Абдалян // Современное состояние, проблемы и перспективы развития отраслевой науки. – 2017. – С. 84–88.
65. Айзинова И. М. Социально-экономические проблемы старшего поколения: гуманитарные аспекты старения и социальная поддержка населения старших возрастов / И. М. Айзинова // Проблемы прогнозирования. – 2017. – № 5 (164). – С. 105–115.
66. Архипов И. В. Стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста – проблемы, пути, решения / И. В. Архипов, Г. С. Гурьянова // Клиническая геронтология. – 2016. – № 5. – С. 70–74.

67. Балека Л.Ю. Особенности оказания мер социальной поддержки гражданам проходящим лечение в ГБУ РО ГВВ / Л.Ю. Балека, С.С. Меметов, И. В. Архипов, В. Н. Потапов, О.Т. Богова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2013. – № 3. – С. 75–77.

68. Белоусова, О.Н. Разработка программного комплекса «Подходы к созданию программ персонифицированной профилактики гериатрических синдромов» / О. Н. Белоусова, А. В. Хмельницкий, С. Л. Жабоева, К.И. Прощаев // Сборник научных статей III Межрегиональной научно-практической конференции. – Самара, 2017. – С. 56–77.

69. Бондаренко И. Н. Пожилые люди: общегуманитарный подход к старению населения и проблемы совершенствования социального обслуживания / И. Н. Бондаренко // Отечественный журнал социальной работы. – 2021. – № 2 (85). – С. 47–75.

70. Бычков Д. Г. Социальная защита и статистика: сопоставительный анализ российской и международной практики учета в попытке оценить эффективность бюджетных мер / Д. Г. Бычков, О. А. Феоктистова, Е. И. Андреева // Международный бухгалтерский учет. – 2016. – № 4 (394). – С. 35–52.

71. Деточенко Л.С. Влияние угроз коронавирусной инфекции и ответных мер борьбы с ней на инвалидов: тематический обзор научных публикаций / Л.С. Деточенко, Е. А. Агапова // Вестник Томского государственного университета. – 2021. – № 472. – С. 64–73.

72. Доброхлеб В.Г. Демографические теории и региональный аспект старения населения / В.Г. Доброхлеб, В.Н. Барсуков // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2017. – т. 10. – № 6. – с. 89–103.

73. Журавлев А. К. Активное долголетие и профилактика суицидального поведения у людей старшего возраста / А. К. Журавлев, В.В. Конончук // Живая психология. – 2016. – Том 3, № 3 (11). – С. 187–196.

74. Захаров В.В. Возрастная динамика когнитивных функций у лиц 50–85 лет / В. В. Захаров, И. Ю. Савушкина, Э.А. Мхитарян // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30. – № 3. – С. 450–456.

75. Захарова Л. Б. Гериатрия как осмысление новых реалий в российской медицине. Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения / Л. Б. Захарова, Т. В. Ковалева, Е. Н. Парийская // Том 15. – № 1. – 2020. – С. 505–513.

76. Захаров Н. О. Совершенствование качества оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста / Н. О. Захарова, О. Л. Никитин // Актуальные проблемы дополнительного профессионального образования и здравоохранения: материалы межрегиональной научно-практической конференции. – Самара, 2013. – С. 172–173.

77. Иксанов Х.В. Определение ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности у инвалидов, пользующихся техническими средствами передвижения / Х.В. Иксанов, Г. М. Плеханова, О.Т. Богова, В. Н. Потапов, В.В. Белеченко // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 1. – С. 43–45.

78. Ильина Е. С. Лекарственные средства как фактор риска падений геронтологических пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями с полиморбидностью / Е. С. Ильина, О.Т. Богова, Д. А. Сычев // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2015. – № 4. – С. 111–117.

79. Ильина Е.С. Падение пациента старческого возраста как неблагоприятное событие, связанное с применением лекарственных средств: клиническое наблюдение / Е. С. Ильина, О.Т. Богова, С. В. Горбатенкова, Д.А. Сычев // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2017. – Т. 13. – № 2. – С. 203–206.

80. Ильницкий А.Н. Возрастная жизнеспособность в геронтологии и гериатрии (обзор) / А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев, Х. Матейовска-Кубешова, Е.И. Коршун // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2019. – Т. 5. – № 4. – С. 102–116.

81. Индербиев Т.С. Медико-социальная помощь пожилым и престарелым гражданам / Индербиев Т.С., Шадури В.Р., Маммадова М.Н.К., Яроцкая И.А., Потапов В. Н., Богова О.Т., Пузин С. С. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2021. - №4. – С. 79–93.

82. Касымов Р.Х. Технологии социального обслуживания лиц пожилого возраста на современном этапе развития общества / Р.Х. Касымов // Известия Балтийской государственной академии рыбопромыслового флота: психолого-педагогические науки. – 2016. – № 3 (37). – С. 173–177.

83. Косенко О. А. Развитие системы предоставления социальных услуг лицам пожилого возраста в России / О. А. Косенко // Актуальные вопросы социального обслуживания лиц пожилого возраста с целью их реадaptации, ресoциализации и деvиктимизации. — 2011. — № 4 (47). — С. 50–65.

84. Куличенко Л. Л. Характеристика соматической патологии у людей пожилого и старческого возраста / Л. Л. Куличенко, И. В. Ивахненко // Волгоградский научно-медицинский журнал. – Волгоград, 2012. – № 1. – С. 88–89.

85. Лебедев А. А. От межведомственного подхода в организации паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста к национальному плану «Здоровое старение» / А. А. Лебедев, И. В. Архипов, С. Н. Пузин, М.А. Шургая, С.А. Чандирли, Д.С. Огай, О.Т. Богова, В. Н. Потапов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2013. – № 4. – С. 4–7.

86. Малофеев И.В. Социальные услуги: сущность и принципы / И.В. Малофеев, П.А. Келлер // Фундаментальные аспекты психического здоровья. – 2017. – № 2. – С. 55–61.
87. Михалкина Е.В. Нормативно-стоимостной подход к реализации социальных услуг в контексте моделей социального обслуживания населения / Е.В. Михалкина, С. А. Писанка // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки СКАГС. – 2017. – № 3. – С. 122–128.
88. Мороз Н.И. Социальная работа как фактор социализации пожилых людей / Н.И. Мороз // Отечественный журнал социальной работы. – 2013. – № 4 (55). – С. 191–197.
89. Мюллер-Армак А. Предложения по осуществлению социальной рыночной экономики / А. Мюллер-Армак // Политэконом. – 2000. – № 1.
90. Обломкова Л. Н. Роль медико-социальной экспертизы в гериатрической практике в современных условиях / Л. Н. Обломкова, С.Г. Майсов // Сборник научных статей III Межрегиональной научно-практической конференции. – Самара, 2017. – С. 296–302.
91. Петрий Е.В. Государственная политика в сфере организации социальной защиты населения / Е.В. Петрий // Актуальные проблемы государственного и муниципального управления современной России. – 2016. – С. 175–181.
92. Писанка С. А. Социальный потенциал постреформенной модернизации системы пенсионного обеспечения / С. А. Писанка // Terra Eoconomicus. – 2012. – Том 10, № 1–3. – С. 56–61.
93. Положихина М. А. Совершенствование медико-социального обслуживания лиц пожилого возраста в России / М. А. Положихина, Л.А. Дартау // Экономические и социальные проблемы России. – 2013. – № 2. – С. 59–86.

94. Пузин С. Н. Обеспечение защиты прав инвалидов на доступ к лекарственным средствам / Пузин С. Н., Гречко А. В., Пряников И.В., Маличенко В.С., Пузин С. С. // Ж. Scopus Успехи геронтологии. 2018. Т. 31. № 4. С. 581–587.

95. Пузин С. Н. Обеспечение защиты прав инвалидов на доступ к лекарственным средствам / Пузин С. Н., Гречко, А.В., Пряников, И.В., Маличенко В.С., Пузин С. С. // Успехи геронтологии. 2018. - № 31(4). – С. 581–587.

96. Пузин С. Н. Пути совершенствования медико-социальной экспертизы на современном этапе (обзор нормативно-правовых документов) / Пузин С. Н., Меметов С.С., Середа А.Н., Петрова В. Н., Шарикадзе Д.Т., Ким, В.В., Пузин С.С. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2021. - №3. – С. 7–15.

97. Пузин С. Н. Тенденции развития реабилитационной индустрии для инвалидов в современной России / Пузин С. Н., Агаева Л. М., Говорушкина Н.С., Пузин С. С. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2021. - №1. – С. 31–41.

98. Пузин С. С. Комплексная оценка качества жизни инвалидов вследствие ИБС / Пузин С. Н., Чандирли С.А., Гулуа И.Г., Агаева Л. М., Куприн А. С., Говорушкина Н.С.// Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии, 2017. - №3. – С. 26–36.

99. Пузин С. С. Новые подходы к организации деятельности по предоставлению социально-медицинских услуг инвалидам пожилого возраста на региональном уровне / Храпылина Л.П. // Социально-трудовые исследования. 2024. - 3(56). С. 143-155.

100. Пузин С. С. Особенности организации комплексной медико-социальной реабилитации пациентов с сахарным диабетом в

реабилитационном центре/ Сырникова Б. А., Стороженко Д. В., Стороженко Е. Е., Темиров Х. В., Соколов Г. Е., Некрасов И. О., Пузин С. С. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2020. - Т. 23. - № 4. - С. 53–57.

101. Пузин С. С. Пути совершенствования медико-социальной экспертизы на современном этапе (обзор нормативно-правовых документов) / Пузин С. Н., Меметов С.С., Серeda А.Н., Петрова В. Н., Шарикадзе Д.Т., Ким В.В., Пузин С.С. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2021. - № 3. - С. 7–15.

102. Пузин С. С. Состояние проблемы медико-социальной реабилитации и абилитации инвалидов в современной России / Пузин С. Н., Шургая М.А., Меметов С.С., Ачкасов, Е. Е. Погосян, Г. Э. Лялина, И.В., Омаров С.А., Гигинеишвили Д.Н. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2018. - №21(1–2). – С. 10–17.

103. Пузин С. С. Экономические и правовые аспекты совершенствования медико-социальной и медицинской помощи пожилым и престарелым гражданам / С.С. Пузин // Уроки пандемии COVID-19 для здравоохранения и общества. 2022. – С. 259–281.

104. Рахлина Л.В. Безопасность личности: особенности проявления и угрозы / Л.В. Рахлина // Экономическая безопасность: концептуальные подходы и вызовы времени. – 2017. – С. 56–72.

105. Рычкова М.А. Лечебные минеральные воды, возможности и значение их применения в медицинской реабилитации больных и инвалидов / Рычкова М.А., Потапов В. Н., Петряева Е. В., Пузин С. С., Агаева Л.М., Говорушкина Н.С., Маммароева А.М. // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2017. - №3. – С. 81–90.

106. Рябова Е. Н. Проблемы предоставления социальных услуг населению в условиях городского района / Е. Н. Рябова // Сервис Plus. – 2011. – № 4. – С. 41–48.

107. Холостова Е. И. Социальная политика как фактор развития социальной работы / Е. И. Холостова // Отечественный журнал социальной работы. – 2016. – № 3 (66). – С. 102–114.

108. Холостова Е. И. Сущность политики социальной защиты уязвимых групп населения / Е. И. Холостова // Отечественный журнал социальной работы. – 2016. – № 3 (66). – С. 99–101.

109. Хорькова О. В. Анализ статистических данных первичной инвалидности - основа планирования мероприятий по ее профилактике / Хорькова О. В., Пузин, С.Н. Богова, О.Т., Пузин С. С. // Медицинский алфавит. 2021. №23. – С. 100–103.

110. Хорькова О. В. Исследование факторов, определяющих реабилитационный потенциал инвалида в практике медико-социальной экспертизы /О. В. Хорькова, С. Н. Пузин, С.С. Меметов, Л.П. Храпылина, К. А. Митина // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2021. – № 1. – С. 81–87.

111. Храпылина Л.П. Диспансеризация лиц пожилого возраста как инструмент здоровьесбережения и продления активного долголетия / Л.П. Храпылина // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – Москва, 2019. – № 4. – С. 134–144.

112. Щанина Е.В. Социальные риски пожилых людей в современном российском обществе / Е.В. Щанина // Социально-гуманитарные знания. — 2016. — № 9. — С. 38–50.

113. Экономические аспекты оказания медико-социальной помощи. Сестринские технологии // Клиническая геронтология. – 2009. – Том 15, № 8–9. – С. 95–114.

114. Belzunegui-Eraso A. Risk of Exclusion in People with Disabilities in Spain: Determinants of Health and Poverty / A. Belzunegui-Eraso, I. Pastor-Gosálbez, X. Puig-Andreu, F. Valls-Fonayet // Preprints.org. – 2018. – № 15. – P. 21-29.

115. Cirella G.T. Transport innovations for elderly people / G.T. Cirella, M. Bąk, A. Kozlak, B. Pawłowska, P. Borkowski // Research in Transportation Business & Management. – 2019. – № 30.

116. Puzin S.N. Protection of the rights of disabled people to access medicines» / Puzin S.N., Grechko A.V., Priyanikov I.V., Malichenko V.S., Puzin S.S. // Ж. Scopus Advances in Gerontology. 2019. Т. 9. №1. С. 56–61.

117. Zhang R. The multi-subject cooperation mechanism of home care for the disabled elderly in Beijing: qualitative research / R. Zhang, Z. Zhang, Y. Peng // BMC Prim. Care. – 2022. – № 23. – P. 186-207.

Интернет-ресурсы:

118. Аргументы и Факты Кубань [Электронный ресурс] – URL: <https://kuban.aif.ru/>.

119. В России доля населения в возрасте 65 лет и старше увеличилась вдвое за последние 50 лет [Электронный ресурс] – URL: <https://tass.ru/obschestvo/18031025>.

120. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2018–2024 годы [Электронный ресурс] – URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/programms/health/info>.

121. Государственный портал Российской Федерации [Электронный ресурс] – URL: <https://gosrf.ru/>.

122. Доклад Еврокомиссии о корпоративной социальной ответственности– Источник информации: сетевой сайт «Новое поколение: экономисты, политологи, философы» [Электронный ресурс] – URL: <http://www.newgen.org/>.

123. Дутченко О.Н., Мытиль, А.В. Специфика группы пожилых как объекта социальной политики / О.Н. Дутченко, А.В. Мытиль

[Электронный ресурс] – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifika-gruppy-pozhilyh-kak-obekta-sotsialnoy-politiki/viewer>.

124. Источник Федеральный центр координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» [Электронный ресурс] – URL: <https://minzdrav.gov.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/stranitsa-5729>.

125. Международный год пожилых людей. Документы ООН [Электронный ресурс] – URL: <https://www.un.org>.

126. Минздрав заявил об увеличении числа пожилых россиян [Электронный ресурс] – URL: <https://lenta.ru/news/2023/10/19/minzdrav-zayavil-ob-uvelichenii-chisla-pozhilyh-rossiyan/>.

127. Министерство труда и социальной защиты РФ [Электронный ресурс] – URL: <https://mintrud.gov.ru/>.

128. Открыт прием заявок на Всероссийский отбор лучших практик активного долголетия 2023 [Электронный ресурс] – URL: <https://mintrud.gov.ru/events/1370>.

129. Рамблер/новости [Электронный ресурс] – URL: <https://news.rambler.ru/>.

130. Система медико-социальной экспертизы в России погрязла в коррупции [Электронный ресурс] – URL: <https://versia.ru/sistema-mediko-socialnoj-yekspertizy-v-rossii-pogryazla-v-korrupcii>.

131. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] – URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/53175#>.

132. Яхно Н.Н., Коберская Н.Н., Захаров В.В., Савушкина И.Ю., Мхитарян, Э.А. и др. Влияние возрастного фактора на «доумеренное» когнитивное снижение / Н.Н. Яхно, Н.Н. Коберская, В. В. Захаров, И. Ю. Савушкина, Э.А. Мхитарян и др. // Российский неврологический журнал. – 2019. – Том 24. – № 5. – URL: <https://www.r-n-j.com/jour/article/view/33>.

133. Population ages 65 and above (% of total population)
 [Электронный ресурс] – URL:
https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?name_desc=false&view=chart.

134. Rosales-Huamani J.A.; Castillo-Sequera J.L.; Paredes-Larroca F.; Landauro-Abanto A.; Zuloaga-Rotta L. A Review of Ontological Models Applied for the Assistance of Persons with Disabilities / J.A. Rosales-Huamani, J.L. Castillo-Sequera, F. Paredes-Larroca, A. Landauro-Abanto, L. Zuloaga-Rotta // Preprints.org. – 2020. – URL:
<https://www.preprints.org/manuscript/202003.0383/v1>.

Численность населения по отдельным возрастным группам (на начало года)

Годы	Моложе трудоспособного возраста (0–15 лет)		Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста	
	тыс. человек	в % от общей численности населения	тыс. человек	в % от общей численности населения	тыс. человек	в % от общей численности населения
1	2	3	4	5	6	7
	Низкий вариант прогноза					
2021	27274.4	18.6	81974.0	56.0	37164.4	25.4
2022	27072.1	18.5	83173.9	57.0	35742.6	24.5
2023	26777.8	18.4	82393.6	56.7	36249.3	24.9
2024	26309.0	18.2	83668.1	57.8	34786.6	24.0
2025	25708.9	17.8	83228.6	57.8	35094.7	24.4
2026	25066.1	17.5	84572.5	59.0	33605.4	23.5
2027	24419.6	17.2	84210.0	59.1	33782.7	23.7
2028	23639.1	16.7	85638.2	60.5	32278.4	22.8
2029	22749.1	16.2	85534.7	60.8	32395.7	23.0
2030	21863.4	15.6	85474.9	61.2	32449.2	23.2
2031	20961.5	15.1	85359.7	61.5	32562.2	23.4
2032	20063.7	14.6	85320.2	61.8	32584.4	23.6
2033	19224.8	14.0	85216.9	62.2	32606.0	23.8
2034	18590.9	13.6	84918.2	62.4	32615.8	24.0
2035	18052.3	13.4	84509.6	62.5	32639.8	24.1
2036	17657.1	13.1	83864.5	62.5	32755.6	24.4
	Средний вариант прогноза					
2021	27372.2	18.7	82088.9	56.0	37189.0	25.3
2022	27296.2	18.6	83441.0	57.0	35799.7	24.4
2023	27173.7	18.6	82845.8	56.6	36352.9	24.8
2024	26855.0	18.4	84345.7	57.7	34935.2	23.9
2025	26404.1	18.1	84146.2	57.7	35308.0	24.2
2026	25902.3	17.8	85765.8	58.9	33871.4	23.3
2027	25406.7	17.5	85674.8	59.0	34129.4	23.5

2028	24783.4	17.1	87415.6	60.3	32683.9	22.6
2029	24060.1	16.6	87602.3	60.6	32906.7	22.8
2030	23350.6	16.2	87839.9	60.9	33083.5	22.9
2031	22630.8	15.7	88028.8	61.1	33337.6	23.2
2032	21923.2	15.3	88301.0	61.4	33515.7	23.3
2033	21282.4	14.8	88515.7	61.7	33708.6	23.5
2034	20855.6	14.5	88540.7	61.8	33905.1	23.7
2035	20535.1	14.3	88458.6	61.8	34134.5	23.9
2036	20358.6	14.2	88142.9	61.7	34491.8	24.1
	Высокий вариант прогноза					
2021	27458.0	18.7	82191.3	56.0	37238.9	25.3
2022	27538.1	18.7	83641.9	56.9	35898.8	24.4
2023	27606.8	18.7	83157.1	56.5	36518.0	24.8
2024	27486.7	18.6	84791.4	57.5	35166.8	23.9
2025	27224.5	18.5	84726.3	57.4	35631.6	24.1
2026	26916.7	18.2	86506.0	58.6	34291.1	23.2
2027	26602.9	18.0	86561.7	58.5	34681.6	23.5
2028	26152.1	17.7	88481.3	59.8	33357.1	22.5
2029	25596.8	17.3	88826.2	59.9	33736.7	22.8
2030	25047.2	16.9	89216.6	60.1	34097.2	23.0
2031	24478.7	16.5	89548.5	60.3	34561.4	23.2
2032	23913.6	16.1	89955.9	60.4	34970.0	23.5
2033	23409.4	15.7	90295.2	60.6	35412.1	23.7
2034	23117.8	15.5	90430.1	60.5	35875.5	24.0
2035	22935.1	15.3	90453.2	60.4	36372.5	24.3
2036	22885.9	15.2	90239.6	60.1	37000.8	24.7