

Сафонов А. Л., Долженкова Ю. В., Некипелова Д. В., Шеожев Х. В.

РЕСУРСНО-КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125993, г. Москва

В последние несколько лет в России как пилотный проект развивается система долгосрочного ухода. Главной ее целью является поддержание привычного образа жизни граждан пенсионного возраста и инвалидов, у которых наблюдаются функциональные нарушения и которым необходима помощь в бытовых делах, выполнении санитарно-гигиенических процедур, приеме лекарственных средств, выполнении медицинских процедур и соблюдении назначений лечащего врача в целом. Согласно утвержденной Типовой модели системы долгосрочного ухода, основными источниками оказания услуг долгосрочного ухода являются система социального обеспечения, система здравоохранения, родные и близкие получателей услуг. Однако полноценная и системная реализация программы требует не только определения этих компонентов, но и налаживания механизма взаимодействия между ними, для чего в большинстве случаев требуется устранение нормативных несоответствий, препятствующих заботе и учету интересов граждан старших возрастов и инвалидов. Вместе с тем необходимо предусмотреть вопрос кадрового обеспечения системы долгосрочного ухода, поскольку данная сфера является трудозатратной и основана на взаимодействии людей, модели помощи «человек—человеку». Проблемы кадровой обеспеченности медицинской и социальной сферы присутствовали и ранее, до развития системы долгосрочного ухода, и без их устранения не получится реализовать программу в соответствии с утвержденной дорожной картой. Обучение врачей специализированных направлений работы с пожилыми людьми, подготовка младшего медицинского персонала для выполнения санитарно-гигиенических и медицинских процедур, обеспечение социальными и медицинскими кадрами сельской местности, — все это задачи, которые следует решить. В статье проведена оценка соответствия компонентов системы долгосрочного ухода задачам, поставленным программой, в том числе кадровой обеспеченности и соответствия действующих нормативов интересам граждан.

Ключевые слова: система долгосрочного ухода; долгосрочный уход; социальные услуги, пенсионеры, инвалиды, реабилитация, медицинские кадры, социальные работники.

Для цитирования: Сафонов А. Л., Долженкова Ю. В., Некипелова Д. В., Шеожев Х. В. Кадровое обеспечение системы долгосрочного ухода в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024;32(5):1006—1012. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-1006-1012>

Для корреспонденции: Некипелова Дарья Валерьевна, канд. экон. наук, старший научный сотрудник Института региональной экономики и межбюджетных отношений Финансового университета при Правительстве Российской Федерации, e-mail: dvnekipelova@fa.ru

Safonov A. L., Dolzenkova Yu. V., Nekipelova D. V., Sheozhev H. V.

THE PERSONNEL SUPPORT OF THE LONG-TURN CARE SYSTEM IN THE RUSSIAN FEDERATION

The Federal State Educational Budget Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”, 125993, Moscow, Russia

In Russia, over the past few years, long-term care system is developing as pilot project. Its main goal is to maintain habitual lifestyle of citizens of retirement age and the disabled who have functional impairments and who need help in household chores, sanitary hygienic procedures performance, medications intake, medical procedures execution and and physician prescriptions following in general. According to approved standard model of long-term care main sources of long-term care services are social security system, health care system, relatives and friends of service addressees. However, full-fledged and systemic implementation of program requires not only definition of these components, but also establishment of mechanism of interaction between them. For this, in most cases, elimination of normative inconsistencies impeding care and consideration of interests of elder citizens and the disabled is required. At the same time, it is necessary to foresee personnel staffing for long-term care, since this area is labor-intensive and is based on people interaction, model of person-to-person care. The problems with personnel staffing in medical and social sphere were present earlier, prior to development of long-term care system and without their elimination it is impossible to implement program in accordance with approved road-map. The training of medical specialists to working with older people, training of junior medical personnel to perform sanitary hygienic and medical procedures, provision with social and medical personnel rural areas are among tasks to be implemented. The article presents evaluation of compliance of components of long-term care system with program tasks, including medical personnel staffing and compliance of standards in force with interests of citizens.

Key words: long-term care system; social services; pensioners; the disabled; rehabilitation; medical personnel; social workers.

For citation: Safonov A. L., Dolzenkova Yu. V., Nekipelova D. V., Sheozhev H. V. The personnel support of the long-term care system in the Russian Federation. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniia i istorii meditsiny*. 2024;32(5):1006—1012 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2024-32-5-1006-1012>

For correspondence: Nekipelova D. V., candidate of economical sciences, the Senior Researcher of the Institute of Regional Economics and Inter-Budget Relations of the Federal State Educational Budget Institution of Higher Education “The Financial University under the Government of the Russian Federation”. e-mail: dvnekipelova@fa.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The article was prepared based on the results of research carried out at the expense of budgetary funds under the state assignment of the Financial University.

Введение

В последнее время в демографической структуре наблюдается рост численности граждан старше трудоспособного возраста [1]. Такие структурные сдвиги заставляют задумываться о будущем общества и о социально-экономических вызовах, которые несет такая тенденция. В первую очередь, очевидно, вырастет нагрузка на сферу социального обеспечения и здравоохранения. Поскольку с возрастом потребность в социальной поддержке и наиболее частом обращении к медицинской помощи увеличивается, необходимо оценить готовность этих систем к существующим демографическим вызовам.

По мере старения организма у пожилых людей растут функциональные ограничения, в том числе связанные с возраст-ассоциированными болезнями, поэтому гражданам в пенсионном возрасте может потребоваться дополнительная помощь в выполнении привычных бытовых задач, а некоторым — специализированная помощь и медицинский уход [2]. На качество жизни в пенсионном возрасте влияет множество факторов: образ жизни, качество продуктов питания, экология, характер трудовой деятельности, индивидуальные особенности организма, генетическая предрасположенность и др. [3] Однако ряд исследований свидетельствует о том, что немаловажное значение имеют социально-экономические факторы. Именно поэтому продолжительность здоровой жизни после достижения пенсионного возраста и распространенность возраст-ассоциированных заболеваний варьируют в разных странах [4]. В России на государственном уровне в рамках реализации Федерального проекта Разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения «Старшее поколение» национального проекта «Демография» поставлена цель увеличения средней продолжительности жизни до 78 лет, а здоровой продолжительности жизни — до 67 лет. В соответствии с этой целью для граждан старше трудоспособного возраста организованы прохождение профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинация, создание гериатрических центров, геронтологических отделений и кабинетов. Расширяются возможности для включения лиц старшего поколения в социальную среду, участия их в культурных и спортивных мероприятиях⁸⁸.

Одним из важнейших пунктов федеральной программы является создание и развитие системы длительного ухода (СДУ), которая нацелена на предоставление необходимой помощи пожилым гражданам и инвалидам, позволяющей поддерживать их здоровье, функциональность, социализацию и психоэмоциональное состояние. В соответствии с Типовой моделью, утвержденной Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 27.12.2023 № 895 «О реализации в Российской Феде-

рации в 2024 году Типовой модели системы длительного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе», СДУ включает в себя три компонента или источника оказания услуг длительного ухода (ДУ): систему социального обслуживания, систему здравоохранения и родных и близких получателей услуг по уходу. При этом основой функционирования СДУ является межведомственное взаимодействие. Вместе с тем стоит задача интегрировать неформальный родственный уход в СДУ. Программа имеет три направления: оказание социальных услуг и медицинской помощи на дому в привычных для человека условиях, полустационарный уход и уход в условиях стационара. Форма обслуживания и перечень необходимых услуг определяются в соответствии с индивидуальными потребностями гражданина и фиксируются в индивидуальном плане оказания услуг ДУ. Учитывая, что СДУ развивается в нашей стране только с 2018 г., необходимо понимать, отвечают ли государственные структуры, такие как система социального обеспечения и здравоохранения, ее задачам. Одним из самых существенных вопросов развития СДУ является кадровое обеспечение социальной и медицинской сферы, ведь по мере роста численности населения, которому требуется помощь, будет возрастать и спрос на социальные и медицинские услуги [5]. Как правило, такие услуги оказываются по модели «человек — человеку», что придает дополнительную специфику такой деятельности, поскольку работа с самыми уязвимыми категориями граждан, к которым относятся пенсионеры по старости и инвалидность, требует особого подхода, что должно выражаться в создании специализированной системы подготовки и подбора персонала. Кроме того, должны быть оптимизированы существующие регламенты оказания социальной и медицинской помощи таким гражданам, устранены межведомственные противоречия и налажен целостный механизм работы, что позволит избежать возникновения ситуаций «перекалывания» ответственности с ведомства на ведомство, когда заложниками таких ситуаций оказываются самые уязвимые граждане нашего общества — старики и инвалиды.

Материалы и методы

Анализ выполнен на основе метода контент-анализа. Проанализированы релевантные нормативно-правовые документы, данные статистики, исследования и публикации по соответствующей тематике. Методы исследования — контент-анализ, факторный анализ, сводка и группировка, метод сравнения и экстраполяции.

Результаты исследования

СДУ ставит своей целью объединение трех звеньев для создания комплексной системы поддержки и ухода за гражданами с нарушениями автономности. Однако если оценивать структуру предоставления инвалидам услуг, соответствующих долговременному уходу, по источникам, то можно увидеть,

⁸⁸ Национальный проект «Старшее поколение». Режим доступа: https://национальныепроекты.рф/projects/demografiya/starstshee_pokolenie

Таблица 1

Источники получения инвалидами медицинских и санитарно-гигиенических процедур на дому в 2023 г. (в %) [6]

Источник (один или несколько)	Все респонденты	В том числе	
		проживают в городе	проживают в сельской местности
Лечащий врач	7,7	8	7,1
Медицинская (патронажная сестра)	26,5	31	17,6
Знакомый медицинский работник	13,6	11,8	17,1
Социальный работник	6,8	5,3	9,7
Родные	68,4	64,5	76,1

насколько неравномерно в настоящее время распределяется такая нагрузка (табл. 1).

Как показывают данные статистики, на сегодняшний день самым распространенным источником оказания услуг по уходу являются родственники (по данным в 2023 г., 68,4% опрошенных указали данный источник), в сельской местности этот источник еще более распространен (по данным в 2023 г., 76,1%). На долю социальных служб приходится только 6,8%, при этом в сельской местности показатель составляет 9,7%, что свидетельствует о большей распространенности в сельской местности помощи социальных служб. Представители системы здравоохранения также неравномерно участвуют в оказании долговременной помощи. Так, лечащий врач принимал участие в долговременной помощи только 7,7% респондентов, знакомый медицинский работник — 13,6%, медицинская сестра — 26,5%. Следует отметить, что помощь от знакомого медицинского работника наиболее распространена в сельской местности, а от медицинской (патронажной) сестры — в городской местности: 31% в городе и 17,6% на селе. Таким образом, можно отметить, что необходимую недополученную помощь по уходу со стороны системы здравоохранения и социального обеспечения компенсируют родные получателей услуг по ДУ. В то же время мы видим, что на систему здравоохранения ложится повышенная нагрузка по сравнению с системой социального обеспечения. Довольно низкий охват социальным обслуживанием наблюдается и в отношении граждан

старше трудоспособного возраста. Так, по данным Росстата, только 2% таких граждан состоят на учете и обслуживаются в органах социальной защиты населения, 97,3% на социальном обслуживании не состоят. При этом среди тех, кто не состоит на социальном обеспечении, большинство граждан испытывают различной степени физические ограничения, от незначительных до характеризующихся полной потерей мобильности (т. е. полностью прикованы к постели; табл. 2).

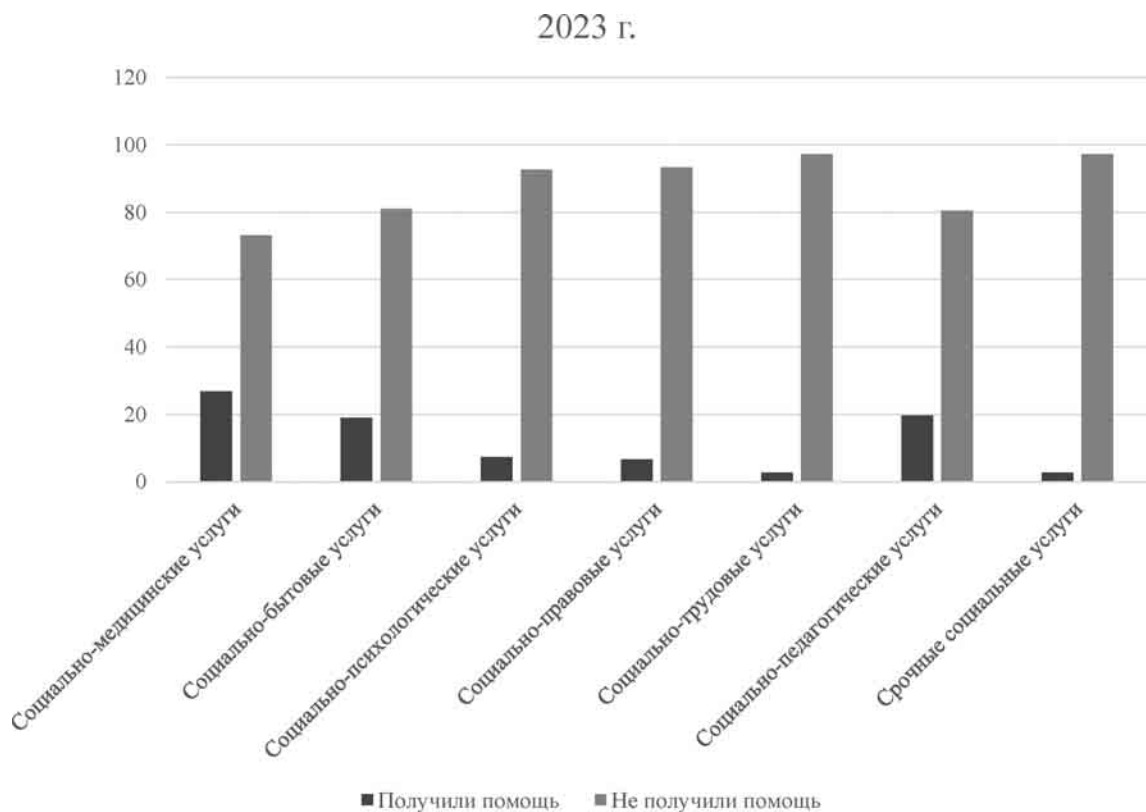
Таким образом можно полагать, что следствием низкого охвата социальным обслуживанием является не отсутствие спроса на него, а иные причины. При этом интересен факт, что 98,1% лиц старше трудоспособного возраста отмечают, что не нуждаются в предоставлении социальных услуг органами социальной защиты.

СДУ предполагает предоставление нуждающемуся в уходе гражданину «социального пакета долговременного ухода», включающего в себя оказание социальных услуг по уходу, к числу которых в основном относятся социально-бытовые и социально-медицинские услуги. Социальный пакет по уходу предоставляется по линии социальной службы, а система здравоохранения обеспечивает предоставление медицинской помощи в рамках государственной системы медицинского страхования, т. е. на бесплатной основе. Согласно данным статистики, потребность в таких услугах со стороны лиц старше трудоспособного возраста и инвалидов достаточно высока. Так, среди одиноко проживающих инвалидов старше трудоспособного возраста, нуждающихся в социальном обслуживании, 84,5% нуждаются в социально-бытовых услугах (уборка, приготовление пищи, покупка продуктов питания, оплата счетов, покупка медикаментов и т. д.), а 54,1% — в социально-медицинском обслуживании (доврачебная медицинская помощь, медицинские и санитарно-гигиенические процедуры, организация ухода и наблюдения). При этом существует достаточно высокий показатель неполучения необходимой помощи теми, кому она необходима, причем по всем видам социальных услуг (см. рисунок).

Таблица 2

Охват социальным обслуживанием лиц старше трудоспособного возраста в 2023 г. (в %) [7]

Показатель	Лица старше трудоспособного возраста, всего	Из них имеют установленную группу инвалидности	Из общего числа лиц старше трудоспособного возраста — по наличию ограничений в осуществлении обычной деятельности (трудности в передвижении, ослабленное зрение или слух)			
			не испытывают никаких ограничений	испытывают незначительные ограничения	испытывают сильные ограничения	почти или полностью прикованы к постели
Всего лиц старше трудоспособного возраста	100	100	100	100	100	100
В том числе:						
состоят на учете и обслуживаются в органах социальной защиты населения	2,5	8,4	0,7	3,6	16,1	5,6
состояли на учете в органах социальной защиты населения, но в настоящее время не обслуживаются	0,4	1,9	0,2	0,5	1,4	1,7
состоят на очереди на обслуживание в органах социальной защиты населения	0,4	0,6	0,3	0,4	0,9	0,5
не состоят на социальном обслуживании в органах социальной защиты населения	96,7	89	98,8	95,4	81,6	92,2



Получение инвалидами социальной помощи по видам социальных услуг среди тех, кто нуждался в такой помощи (в %) [8].

С одной стороны, объективно мы наблюдаем потребность в помощи у лиц старших возрастов и инвалидов, а с другой — нежелание обращаться за этой помощью в компетентные органы социальной защиты населения, в крайне редких случаях — отказ от оказания социальных услуг. Причинами этого могут являться различные проблемы в социальной сфере, одной из которых, как видится авторам, является кадровое обеспечение. Так, в 2022 г. численность занятых в области здравоохранения и социальных услуг составила 4443 тыс. человек, или 6,2% в общей структуре занятости, из них 2184 тыс. составили работники здравоохранения и 2259 тыс. — работники социальной сферы (табл. 3).

Последние опубликованные данные Росстата свидетельствуют о средней нагрузке при оказании социальных услуг на одного социального работника 8,5 человека и 6,3 человека при оказании социально-медицинского обслуживания на дому, при этом отмечена тенденция к повышению средней нагрузки и сокращению численности социальных работников [11, 12].

Вопросы подготовки и обеспечения кадрами СДУ отражены и в различных нормативных документах. Так, в соответствии с Типовой моделью СДУ, орган государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере социального обслуживания граждан организует обучение работников, участвующих в организации и оказании социальных услуг по уходу (помощники по уходу, организаторы ухода), а также обеспечивающих функционирование системы долговременного ухода (эксперты по оценке нуждаемости, работники регионального и территориальных координационных центров) по программам дополнительного профессионального образования (программы повышения квалификации, программы профессиональной переподготовки). Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.05.2023 № 482нВ утвержден профессиональный стандарт «Помощника по уходу», который включает выполнение обязанностей помощи в быту, выполнение санитарно-гигиенических процедур и наблюдение за состоянием здоровья подопечных лиц. В профильных вузах страны суще-

Таблица 3

Численность работников здравоохранения и социальной сферы в 2017—2022 гг. [9, 10]

Показатель	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.
Численность занятых в области здравоохранения и социальных услуг, тыс. человек	4450,3	4404,0	4400,0	4396,0	4448,7	4443,0
Удельный вес, %	6,2	6,2	6,2	6,3	6,3	6,2
Численность врачей, тыс. человек	697,1	703,7	714,6	737,4	741,9	744,1
Численность среднего медицинского персонала, тыс. человек	1525,2	1491,4	1491,3	1490,5	1467,6	1439,9
Численность работников социальной сферы (по остаточному принципу)	2228	2208,9	2194,1	2168,1	2239,2	2259

ствуют программы переподготовки по направлению «Сиделка (помощник по уходу)»⁸⁹. При этом разные авторы отмечают необходимость повышения престижа социальных работников и обеспечение достойной оплаты труда социальных работников. Отдельные исследования показывают, что в настоящее время выпускники вузов профильных направлений не проявляют интереса к трудоустройству даже при наличии большого количества вакансий, выбирают более высокооплачиваемые рабочие места, не желают возвращаться в периферийные районы, а хотят быть занятыми в региональных центрах [13]. При этом зачастую социальным работникам приходится выполнять обязанности, не предусмотренные их должностными инструкциями, чаще всего к ним относятся услуги медико-санитарного характера, для оказания которых у социальных работников может не хватать соответствующих навыков и компетенций [14].

Кроме того, работа социального работника, помощника по уходу имеет профессиональную специфику, выражающуюся в повышенных психологических нагрузках, ненормированности рабочего дня, необходимости соблюдения индивидуального подхода. Им приходится часто перемещаться, условия жизни получателей социальных услуг могут варьировать, что сказывается на условиях работы, они сталкиваются с различным спектром заболеваний, следствием которых нередко являются расстройства психики, также им приходится взаимодействовать с родственниками подопечных, все это может приводить к субъективному ощущению несоответствия эмоциональных затрат и вознаграждения за труд [15].

Проблема кадровой обеспеченности характерна и для сферы здравоохранения, основными тенденциями здесь являются нерациональное распределение нагрузки, дисбаланс количества врачей различных направлений (диагностики и лечебного профиля), нарушенное воспроизводство кадров, отток специалистов и т. д. [16].

В то же время необходима и адаптация системы здравоохранения к нуждам возрастных пациентов и инвалидов. В настоящее время существует определенная неудовлетворенность данных категорий граждан услугами системы здравоохранения; в частности, пенсионеры по старости часто не получают необходимой помощи и внимания к своим проблемам со стороны медицинских работников, не могут попасть на прием к необходимым специалистам из-за недоукомплектованности персоналом или отсутствия доступной среды для обращения в медицинскую организацию (транспортная удаленность, трудности с записью на прием, длительные интервалы ожидания), что в итоге приводит к необращению данной категории граждан к врачам [17]. Согласно результатам выборочного наблюдения по полу-

чению инвалидами всех возрастов первичной медицинской помощи, 16,1% не в полной мере удобен график работы врачей и служб медицинской организации (в сельской местности — 19,3%). Это обусловлено занятостью инвалидов, поскольку 28,2% не могут попасть на прием в рабочее время (на селе — почти 38,9%) по причине того, что прием пациентов не осуществляется после 15:00. Более 40% инвалидов указывают, что в медицинской организации отсутствуют или долгое время не ведут прием специалисты нужного профиля, на селе этот показатель составляет 50,5% [18].

Немаловажным в вопросе эффективного функционирования СДУ является организация специализированных направлений в медицине, отвечающих потребностям пожилых граждан, к которым относятся прежде всего гериатрия и геронтология. Гериатрия как частный раздел геронтологии занимается изучением и лечением болезней старческого возраста и предусматривает особый подход к пожилым пациентам. Однако в настоящее время амбулаторно-поликлиническая помощь лицам пожилого возраста оказывается в рамках общей системы медицинского обслуживания взрослого населения и осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России от 15.05.2012 № 543н (ред. от 03.12.2019) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» направление к врачу-гериатру может получить пациент при самостоятельном обращении к врачу-терапевту и получении от него направления. Основанием для выдачи направления является диагностика старческой астении, на которую, по оценкам специалистов, требуется около 1,5 ч [19], а регламентированное время первичного приема одного пациента в соответствии с Приказом Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога» составляет не более 15 мин. Гериатрическая помощь оказывается пациентам пожилого (60—74 года) и старческого (75 лет и старше) возраста, а также пациентам иного возраста при выявлении старческой астении. Геронтологи занимаются только информационно-образовательным сопровождением пожилых людей. Гериатры умеют работать с состояниями, которые у терапевтов и других узких специалистов вызывают сложности: деменция, артериальная гипертензия, полиморбидность (более пяти хронических болезней) и полипрагмазия (когда пациент принимает пять и более лекарств).

Однако отмечено, что положительного результата можно достичь только при организации прием-

⁸⁹ Программа профессиональной подготовки по должности служащего. Режим доступа: <https://rsmu.ru/academics/prof-edu/sidelka-pomoshchnik-po-ukhodu>

Т а б л и ц а 4

Количество стационарных организаций социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов (в абс. ед.) [23]

Вид стационарной организации	Год												
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Геронтологические центры	32	31	30	30	28	27	28	30	30	32	33	31	32
Геронтопсихиатрические центры	—	—	—	—	—	—	—	6	5	5	5	4	6

П р и м е ч а н и е. Составлено авторами по данным Росстата.

ственности ведения пожилого пациента и взаимодействия между системами социальной и медицинской помощи, а также обеспечения его комплексного сопровождения [20—22].

При развитии геронтологии как направления в медицине следует учитывать и интересы людей пожилого и старческого возраста, проживающих в сельской местности, поскольку в настоящее время в населенных пунктах численностью менее 100 человек первичная медико-санитарная помощь оказывается силами мобильных бригад не реже 2 раз в год. Если численность населения старше трудоспособного возраста в таких населенных пунктах более 40%, могут быть организованы фельдшерско-акушерские пункты или фельдшерские здравпункты. Однако едва ли такой подход может обеспечить потребности пожилых людей в оказании долговременного патронажа. В сельской местности целесообразно развивать специализированные гериатрические мобильные бригады, а также формализовывать родственный уход.

Всего в 2022 г. в нашей стране было 32 геронтологических центра и еще шесть геронтопсихиатрических центров (табл. 4), т. е. один геронтологический центр на 1,1 млн человек старше трудоспособного возраста.

Согласно нормативам Минздрава России, гериатрический кабинет рекомендуется организовывать в медицинской организации при численности прикрепленного населения пожилого и старческого возраста не менее 20 тыс. человек, также на 20 тыс. человек по нормативу приходится один врач-гериатр. Исходя из численности населения старше трудоспособного возраста около 35,3 млн в 2023 г., необходимо минимум 1700 врачей-гериатров. При этом, по данным исследований портала для поиска работы и публикации вакансий HeadHunter, врачи-гериатры и геронтологи являются самыми дефицитными врачебными специальностями: в начале 2023 г. на одну вакансию приходилось 0,1 резюме⁹⁰.

Заключение

Проведенный анализ показал низкий охват социальным обслуживанием пожилых пациентов и инвалидов, а также их неудовлетворенность медицинским обслуживанием, что приводит к необращени-

ям данной категории граждан за помощью. При этом нельзя сказать о низком спросе с их стороны на такие услуги. В дальнейшем на фоне роста доли населения старше трудоспособного возраста в демографической структуре спрос на социальных и медицинских работников будет только возрастать, а существующее несоответствия в нормативной документации — препятствовать их работе по оказанию социально-медицинской помощи гражданам, у которых в ней есть потребность. Очевидно, что для системной реализации программы долговременного ухода необходимо организовать преемственность ведения возрастных пациентов, внедрять принципы особого отношения к ним, устранение системных препятствий для получения ими необходимой помощи. Все это должно выразиться в разработке программ подготовки социальных и медицинских работников, учитывающих данную специфику. Вместе с тем необходимо помнить, что в условиях серьезной конкуренции за кадры одним из решающих факторов комплектования медицинских и социальных учреждений является достойный уровень оплаты труда.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доброхлеб В. Г. Демографическое старение в России и новая социальная реальность. *Народонаселение*. 2022;(2):66—76.
2. Nagarkar A., Gadkari R., Kulkarni S. Correlates of Functional Limitations in Midlife: A Cross-Sectional Study in Middle-Aged Men (45-59 Years) from Pune. *J. Midlife Health*. 2020 Jul-Sep;11(3):144—8.
3. Bonsdorff M. B., Rantanen T. Progression of functional limitations in relation to physical activity: a life course approach. *Eur. Rev. Aging Phys. Act.* 2011;8:23—30.
4. Rueda-Salazar S., Spijker J., Devolder D. Functional Limitations among European Older Adults: Cross-Country Differences in Health Improvements and Social Environment Influence. *J. Frailty Aging*. 2022;11:378—86.
5. Шестаков М. А. Спрос на социальные услуги: оценка, анализ и прогнозирование. *Экономика, предпринимательство и право*. 2023;13(2): 6035—58.
6. Получение и нуждаемость в получении на дому медицинских и санитарно-гигиенических процедур. Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2.24_2015-2023.xlsx (дата обращения 13.05.2024).
7. Охват социальным обслуживанием, формы его получения и причины неполучения. Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/sp_3.8.8_2021-2023.xlsx (дата обращения 13.05.2024).
8. Получение и нуждаемость в получении социальной помощи. Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2.28_2015-2023.xlsx (дата обращения 13.05.2024).
9. Среднегодовая численность занятых по видам экономической деятельности с 2017 года (ОКВЭД2). Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/05-05_2017-2022.xls (дата обращения 13.05.2024).

⁹⁰ Гериатры возглавили рейтинг самых дефицитных врачебных специальностей в России. Режим доступа: <https://medvestnik.ru/content/news/Geriatriy-vozglavili-reiting-samyh-deficitnyh-vrachebnyh-specialnostei-v-Rossii.html>

10. Численность медицинских кадров. Росстат. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/zdr1-3.xlsx> (дата обращения 13.05.2024).
11. Центры и отделения социального обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации. Росстат. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/ur2-1-1.doc> (дата обращения 13.05.2024).
12. Специализированные отделения социально-медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации. Росстат. Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/ur2-1-2.doc> (дата обращения 13.05.2024).
13. Неведьева Е. И., Тугарина З. Н. Профессиональная реализация выпускников специальности "Социальная работа" (по результатам социологического исследования). *Известия БГУ*. 2018;(4):602—15.
14. Мартыненко А. В., Королев М. А. Социальные работники о совершенствовании медико-социальной помощи в организациях социального обслуживания населения. *Социальная политика и социология*. 2021;20(3):118—25.
15. Профессиональные риски социальных работников и рекомендации по минимизации их негативных последствий КГБУ «Ванинский комплексный центр социального обслуживания населения» 20.04.2019 (ОКВЭД2). Режим доступа: <https://kconson-van.mszn27.ru/node/61363> (дата обращения 13.05.2024).
16. Ясакова А. Р., Шестакова Е. В. Проблемы кадрового обеспечения в системе здравоохранения. *Проблемы Науки*. 2017;(38):120.
17. Новокрещенова И. Г., Новокрещенов И. В., Сенченко И. К. Амбулаторно-поликлиническая помощь лицам пожилого и старческого возраста. *Клиническая геронтология*. 2017;(3-4):13—8.
18. Получение инвалидами всех возрастов первичной медицинской помощи Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2.25_2015-2023.xlsx (дата обращения 15.05.2024).
19. Хорошинина Л. П. Развитие гериатрии в современной России — шаг вперед, два шага назад. *Медицина и организация здравоохранения*. 2019;(4):35—44.
20. Ткачева О. Н., Рунихина Н. К., Бабенко И. В. Современная гериатрия для врачей первичного звена здравоохранения: Методическое пособие. М.: Прометей; 2021. 174 с.
21. Хорькова О. В., Карасаева Л. А. Нерешенные проблемы в системе оказания медико-социальной помощи инвалидам пожилого возраста. *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*. 2017;(4):172—5.
22. Сквирская Г. П., Сон И. М., Сененко А. Ш., Шляфер С. И., Гажева А. В., Леонов С. А. Отделение медико-социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации. *Менеджер здравоохранения*. 2018;(1):27—34.
23. Стационарные организации социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых и детей). Росстат. Режим доступа: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2-9_2022.xlsx (дата обращения 15.05.2024).
4. Rueda-Salazar S., Spijker J., Devolder D. Functional Limitations among European Older Adults: Cross-Country Differences in Health Improvements and Social Environment Influence. *J. Frailty Aging*. 2022;11:378—86.
5. Shestakov M. A. Demand for social services: assessment, analysis and forecasting. *Economics, entrepreneurship and law*. 2023;13(12):6035—58 (in Russian).
6. Receiving and needing to receive medical and sanitary procedures at home. Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2.24_2015-2023.xlsx (accessed 05/13/2024) (in Russian).
7. Coverage of social services, forms of receiving it and reasons for non-receipt. Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/sp_3.8.8_2021-2023.xlsx (accessed 05/13/2024) (in Russian).
8. Receipt and need for social assistance. Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2.28_2015-2023.xlsx accessed 05/13/2024) (in Russian).
9. Average annual number of employees by type of economic activity since 2017 (OKVED2). Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/05-05_2017-2022.xls (accessed 05/13/2024) (in Russian).
10. Number of medical personnel. Rosstat. Available at: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/zdr1-3.xlsx> (accessed 05/13/2024) (in Russian).
11. Centers and departments of social services at home for elderly citizens and disabled people in the Russian Federation. Rosstat. Available at: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/ur2-1-1.doc> (accessed 05/13/2024) (in Russian).
12. Specialized departments of social and medical services at home for elderly citizens and disabled people in the Russian Federation. Rosstat. Available at: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/ur2-1-2.doc> (accessed 05.13.2024) (in Russian).
13. Nefedeva E. I., Tugarina Z. N. Professional implementation of graduates of the specialty "Social work" (according to the results of a sociological study). *News of BSU*. 2018;(4):602—15 (in Russian).
14. Martynenko A. V., Korolev M. A. Social workers on improving medical and social assistance in social service organizations. *Social policy and sociology*. 2021;20(3):118—25 (in Russian).
15. Professional risks of social workers and recommendations for minimizing their negative consequences KGBU "Vanino Integrated Center for Social Services to the Population" 04/20/2019 (OKVED2). Available at: <https://kconson-van.mszn27.ru/node/61363> (accessed 05/13/2024) (in Russian).
16. Yasakova A. R., Shestakova E. V. Problems of staffing in the healthcare system. *Problems of Science*. 2017;(38):120 (in Russian).
17. Novokreshchenova I. G., Novokreshchenov I. V., Senchenko I. K. Outpatient care for elderly and senile people. *Clinical gerontology*. 2017;(3-4):13—8 (in Russian).
18. Receipt of primary medical care by disabled people of all ages Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2.25_2015-2023.xlsx (accessed 05/15/2024) (in Russian).
19. Khoroshinina L. P. Development of geriatrics in modern Russia — one step forward, two steps back. *Medicine and healthcare organization*. 2019;(4):35—44 (in Russian).
20. Tkacheva O. N., Runikhina N. K., Babenko I. V., et al. Modern geriatrics for primary care doctors: Methodological manual. 2nd ed. Moscow: Prometheus; 2021. 174 p. (in Russian).
21. Khorokova O. V., Karasaeva L. A. Unsolved problems in the system of providing medical and social assistance to elderly disabled people. *Medical and social examination and rehabilitation*. 2017;(4):172—5 (in Russian).
22. Skvirskaya G. P., Son I. M., Senenko A. Sh., Shlyafar S. I., Gazheva A. V., Leonov S. A. Department of medical and social assistance to the adult population and nursing department: concept and principles of organization. *Healthcare Manager*. 2018;(1):27—34 (in Russian).
23. Stationary social service organizations for elderly citizens and disabled people (adults and children). Rosstat. Available at: https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/pi_2-9_2022.xlsx (accessed 05/15/2024) (in Russian).

Поступила 18.06.2024
Принята в печать 15.08.2024

REFERENCES

1. Dobrokhleb V. G. Demographic aging in Russia and the new social reality. *Population*. 2022;(2):66—76 (in Russian).
2. Nagarkar A., Gadkari R., Kulkarni S. Correlates of Functional Limitations in Midlife: A Cross-Sectional Study in Middle-Aged Men (45-59 Years) from Pune. *J. Midlife Health*. 2020 Jul-Sep;11(3):144—8.
3. Bonsdorff M. B., Rantanen T. Progression of functional limitations in relation to physical activity: a life course approach. *Eur. Rev. Aging Phys. Act*. 2011;8:23—30.