



Потребности пожилого населения в медицинском и социальном обслуживании

Елена Селезнева, Оксана Синявская, Елизавета Горват

Седьмое заседание научного семинара
Института социальной политики НИУ ВШЭ
«Политика активного долголетия и пенсионные реформы:
российский и международный опыт»

8 октября 2019 г.

Пилотное исследование в 3 российских регионах при поддержке Международной Федерации Красного Креста и Красного Полумесяца и Всемирного банка

Цель и задачи исследования

- **Цель:** изучить, насколько социальная политика в отношении граждан старшего поколения в части предоставления им медицинских и социальных услуг отвечает потребностям и возможностям пожилых людей в Российской Федерации на примере ее отдельных регионов.
- **Задачи:**
 1. изучить потребности людей старшего возраста в медицинских и социальных услугах и их удовлетворенность доступностью и качеством этих услуг в различных регионах Российской Федерации;
 2. исследовать текущее состояние интеграции социальных и медицинских услуг и барьеры для ее усиления;
 3. сформулировать предложения для органов государственной власти, которые позволят повысить активность и потенциал пожилых людей и обеспечить предоставление соответствующих услуг и информации;

Почему это важно?



Население РФ стареет, амбициозные задачи по снижению смертности



Активное долголетие



Развитие медицинских и социальных услуг как государственный приоритет

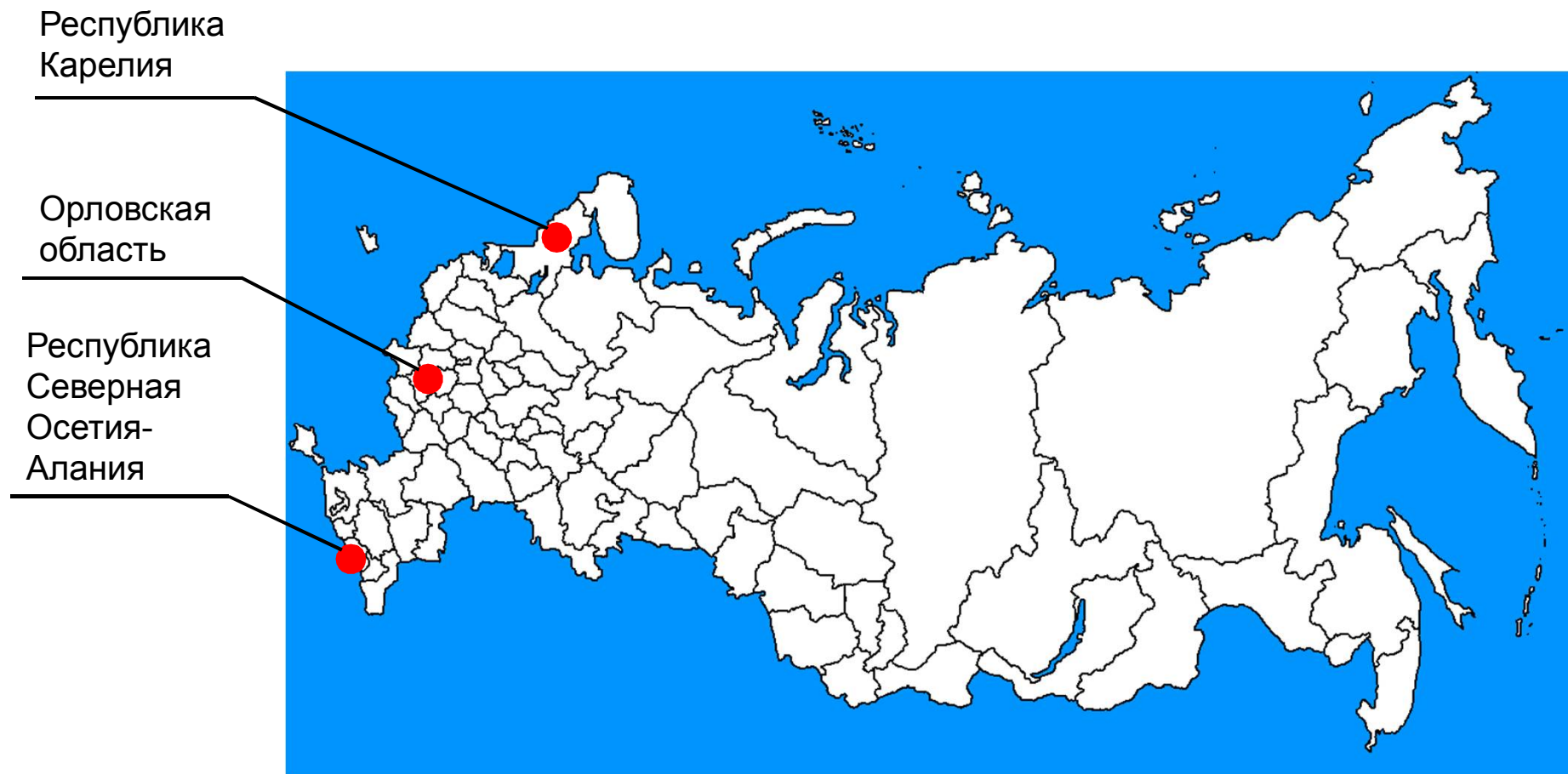
Национальные цели:

- Повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 году — до 80 лет)
- Увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет

Национальный проект «Демография»

Федеральный проект «Старшее поколение»

Методология исследования



4



Полевой этап: апрель 2019 года

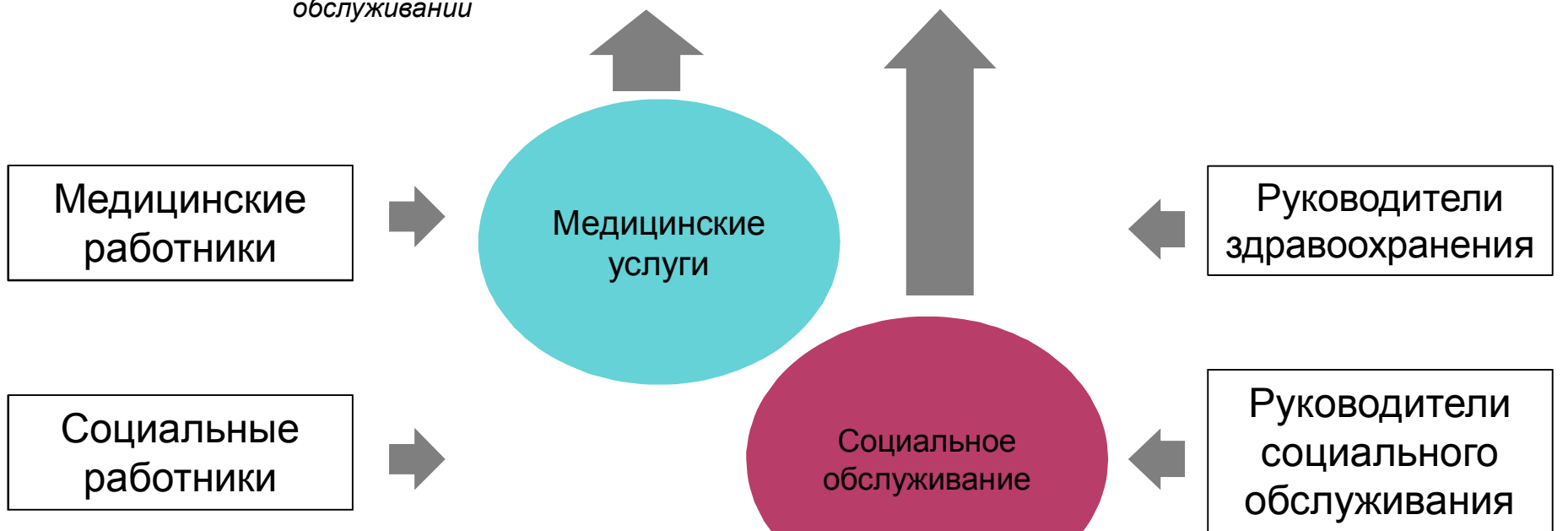
Функции модераторов и интервьюеров выполнили работники региональных отделений Российского Красного Креста

Методология качественного исследования

НКО, представляющие интересы лиц старшего возраста

Потребители: пожилые люди и их родственники
(55/60+, особый фокус – 65+)

• Потребности пожилого населения в медицинском и социальном обслуживании



- Стандарты качества медицинских услуг и социального обслуживания
- Ресурсы работников для оказания услуг
- Профессиональная этика

- Стандарты качества медицинских и социальных услуг
- Ресурсы систем здравоохранения и социального обслуживания
- Поддержание устойчивости системы

Методология качественного исследования

	Орловская область	Республика Карелия	Республика Осетия (Алания)	Во всех пилотных регионах
Всего интервью	21	24	21	66
в том числе				
1. Интервью с пожилым населением				
пожилые люди до 65 лет, мужчины и женщины	3	2	3	8
пожилые люди 65-74 лет, мужчины и женщины	3	5	3	11
пожилые люди 75 лет и старше, мужчины и женщины (или их родственники)	3	4	3	10
2. Интервью с сотрудниками организаций, работающими с пожилыми				
участковые врачи, работающие в поликлинике	1	1	1	3
врачи-специалисты, работающие в поликлинике	1	1	1	3
врачи, работающие в стационаре	1	1	1	3
медицинские сестры/фельдшеры (работающие в городах и на селе)	2	3	2	7
социальные работники	1	1	1	3
3. Интервью с руководителями здравоохранения и социального обслуживания				
главные врачи поликлиник	1	1	1	3
главные врачи стационаров	1	1	1	3
руководители (заместители руководителя) регионального органа управления здравоохранением	1	1	1	3
руководители центров социального обслуживания	1	1	1	3
руководители (заместители руководителя) регионального органа управления социальным обслуживанием	1	1	1	3
руководители некоммерческих (общественных) организаций, занимающейся проблемами пожилых	1	1	1	3

	Орловская область	Республика Карелия	Республика Осетия (Алания)	Во всех пилотных регионах
Всего фокус-групп	5	5	5	15
в том числе				
фокус-групп с пожилыми до 65 лет, проживающими в городах	1	1	1	3
фокус-групп с пожилыми до 65 лет, проживающими в сельской местности	1	1	1	3
фокус-групп с пожилыми 65-74 лет, проживающими в городах	1	1	1	3
фокус-групп с пожилыми 65-74 лет, проживающими в сельской местности	1	1	1	3
фокус-групп с пожилыми до 75 лет, имеющими инвалидность	1	1	1	3

Анализ статистики и данных всероссийских выборочных обследований

Интервью
Фокус-группы

Результаты: здоровый образ жизни

Один из ключевых факторов сохранения здоровья в старшем возрасте – образ жизни и профилактика заболеваний

- В сохранении здоровья пожилые люди надеются в первую очередь на собственные усилия и (возможно, избыточно) **на меры немедицинского характера**: общение, хорошее настроение, смысл жизни.
- **ЗОЖ** стал привычным атрибутом жизни **НЕ для всех пожилых людей.**

«Настроение, позитив. Надо мыслить хорошо. Да, материализуются твои мысли. И если уже заболел, это не надо думать, что это твой последний час, твой последний день.»

«Но мы привыкли, что панацея от всех бед - это таблетки. Но это не так! Важен покой, прогулки на свежем воздухе, а также подруги, которые не стонут о своих болезнях, а заряжают оптимизмом!»

«Благодаря друзьям, как-то отодвигаем [старость], как можем».

«[нужно] идти к подруге, выговориться, исповедаться – это снимает с души все [плохое]».

Результаты: здоровый образ жизни

Один из ключевых факторов сохранения здоровья в старшем возрасте – образ жизни и профилактика заболеваний

- **Не все** пожилые люди знают, какое питание является здоровым. Не все уверены, что продукты, которые они приобретают в шаговой доступности, отвечают этим требованиям.

«Я не знаю, какие продукты в магазине: качественные - некачественные.»

«Что ни говори, а в течение лета получается здоровое питание со своего огорода: фрукты и овощи мы не покупаем, едим свои, без добавок. А так, в основном, приходишь в магазин, я очень затрудняюсь, что там можно купить.»

«...экономия пожилых людей на питании приводит к усугублению их заболеваний. Потому что покупают дешевые продукты, мы сами понимаем, что дешевый продукт достигается чем? Это добавление соответствующих добавок, которые, наоборот, повышают уровень холестерина в крови и глюкозу, сахар и так далее.»

«У нас нигде ничего нет такого чтобы: сколько я должен калорий скушать, одно яблоко или сколько. Если бы я знал вот это. Это же неплохо: я бы пол купил яблока, съел одно печенье или чай. А я же не знаю. Я что попало-то и ем.»

Результаты: здоровый образ жизни

Один из ключевых факторов сохранения здоровья в старшем возрасте – образ жизни и профилактика заболеваний

- Пожилые люди поддерживают инициативы по организации активного досуга для пожилых.
Отдают предпочтение коллективным занятиям.

«...стоят у меня три-четыре аппарата для поддержания здоровья. Дома не всегда бывает возможность заниматься на них, а тут за компанию и зарядку сделал, и по кочкам походил...»

«Приходишь в центр [реабилитации для пожилых] - голова кружится, еле идёшь. А побудешь среди людей, и становится легче. Вот это общение для нас очень важно!»

- Лица старшего возраста, проживающие **в селах**, нуждаются **в поддержке государства по поддержанию здоровья**

«Да, во всех случаях сами отвечаем за свое здоровье. Возможности надо давать больше пенсионерам, чтобы они могли куда-нибудь ездить, отдыхать, пенсии поднять»

«Ну, больше доступных санаториев, больше бесплатных лекарств. И цены меньше были, и бесплатные услуги тоже были»

- Что можно сделать, чтобы здоровье пожилого человека улучшилось?

- Материально-бытовые условия улучшить в первую очередь.

Рекомендации:

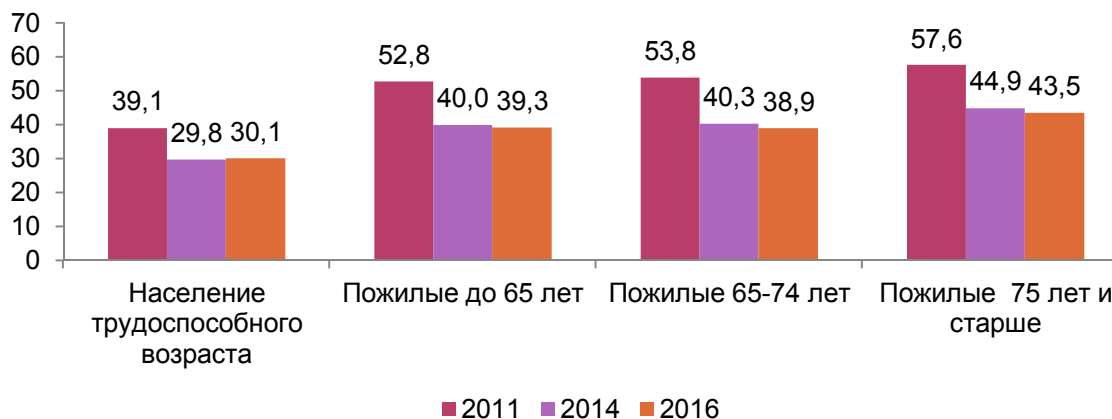
Здоровый образ жизни

- Разработка **специальных программ** по поддержанию здоровья пожилых людей, проживающих **в сельской местности**, лиц старшего возраста с **невысокими доходами** (*повышенный приоритет в получении санаторно-курортного лечения, приглашение на бесплатные спортивные и развлекательные мероприятия*)
- Предпочтительность **групповых форм активности** в спортивных секциях и клубах для пожилых, развитие волонтерского движения.
- Использование **серебряного волонтерства** как **инструмента распространения ЗОЖ** (принцип «равный – равному»)
- Разработка в сотрудничестве с **федеральными торговыми сетями** программ **здорового питания** для пожилых (**маркировка** «Продукт для здорового питания в пожилом возрасте», **доступная информация** о допустимом количестве потребляемого продукта, **противопоказания** при отдельных заболеваниях).
- Предоставление пожилым гражданам с невысокими доходами **продуктовых карт на полезные продукты питания**.

Результаты: медицинское обслуживание

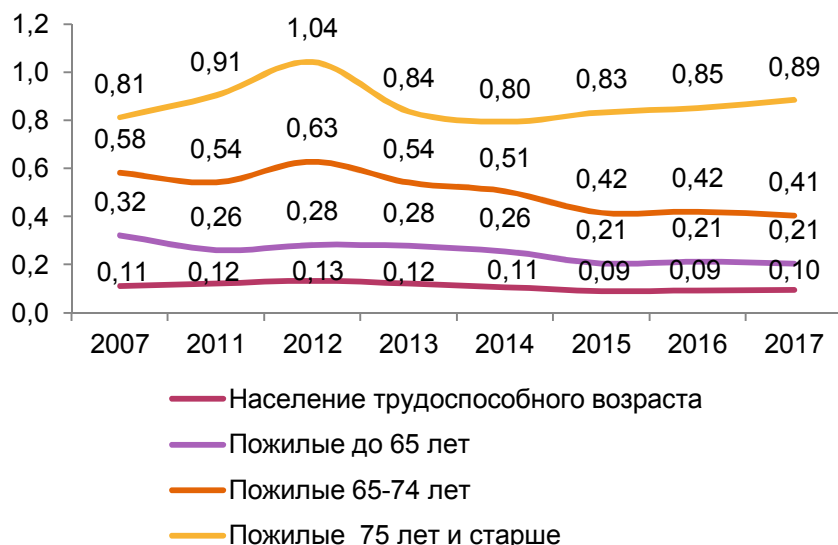
Доступность медицинской помощи

Доля населения, не обращавшегося за необходимой первичной медицинской помощью (обследованием или консультацией врача) в текущем году, %

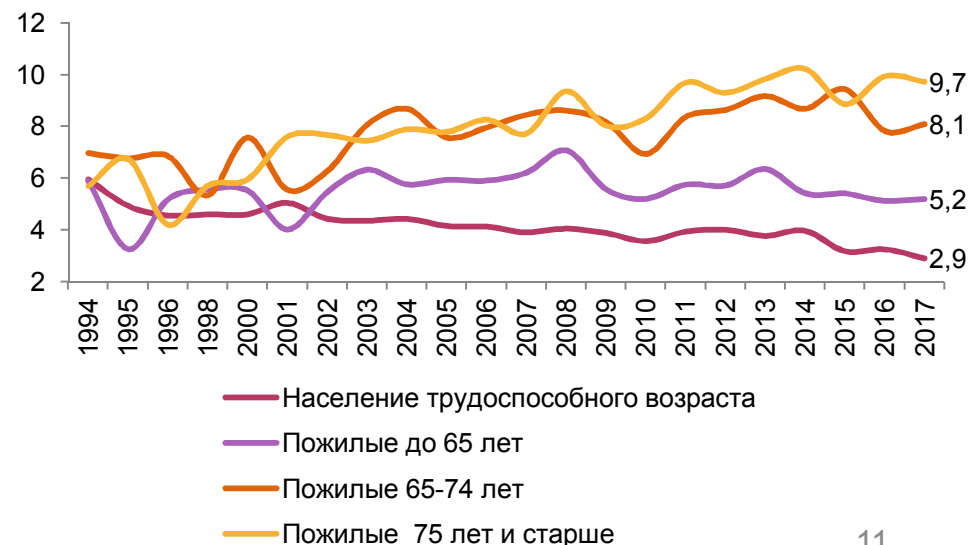


Источник: КОУЖ (Росстат)

Среднее число вызовов «скорой помощи» в течение года в различных возрастных группах населения



Доля населения, госпитализированного в течение 3 месяцев до момента опроса, в различных возрастных группах



Источник: РМЭЗ-НИУ ВШЭ

Результаты: медицинское обслуживание

Доступность медицинской
помощи

Шансы на получение медицинской помощи
(лечения или обследования) по назначению врача в
медицинских организациях разного уровня
в 2015-2016, %

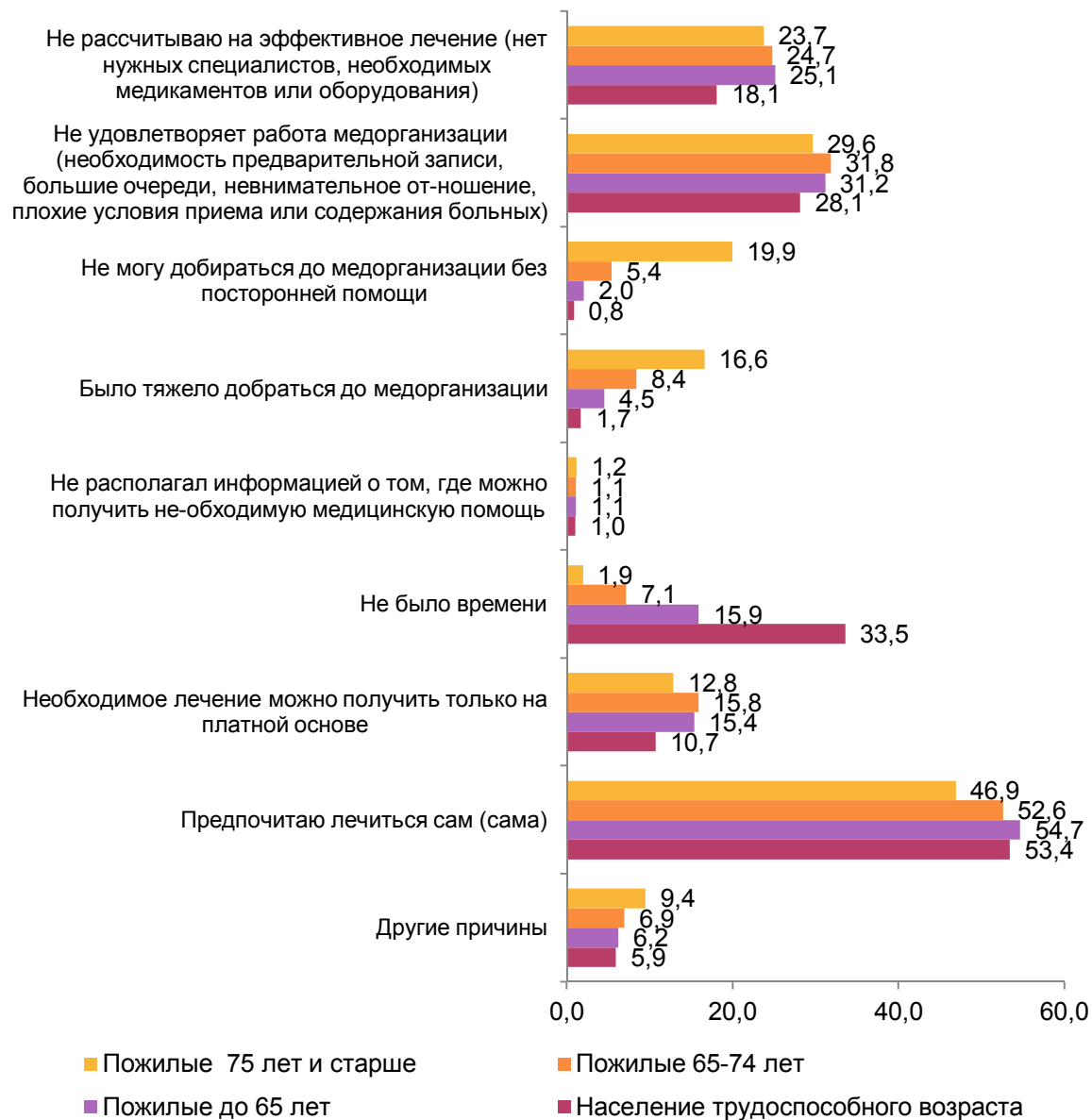
	Среди направленных на лечение или обследование			Среди тех, кто не успел пройти лечение или обследование			
	Полностью обследованы или пролечены	Частично обследованы или пролечены	Остались необследованными или непролеченными	Ожидают очереди	Не определено место получения помощи	Предлагается платное лечение, на которое нет средств	Другое
Трудоспособное население							
Направлены в территориальную поликлинику (стационаре)	71,0	20,3	8,6	27,3	8,9	29,8	33,9
Направлены в специализированную медицинскую организации	68,1	22,5	9,4	31,3	10,0	30,6	28,1
Направлены в специализированный медицинский центр для лечения с применением высокотехнологичных методов	54,6	28,5	16,9	30,8	6,3	34,2	28,6
Население старше трудоспособного возраста							
Направлены в территориальную поликлинику (стационаре)	74,9	18,8	6,3	40,8	8,1	27,8	23,4
Направлены в специализированную медицинскую организации	64,3	24,2	11,5	39,3	9,3	30,6	20,7
Направлены в специализированный медицинский центр для лечения с применением высокотехнологичных методов	58,2	26,9	14,8	43,5	7,3	29,9	19,2

Источник: КОУЖ (Росстат), 2016 г.

Результаты: медицинское обслуживание

Барьеры к получению
медицинской помощи

Причины отказа от обращения за необходимой медицинской помощью (обследований или консультаций врача), %



Источник: КОУЖ (Росстат), 2016 г.

Результаты: медицинское обслуживание

Барьеры к получению
медицинской помощи

- Невозможность получить помощь в шаговой доступности
- Дефицит врачей-специалистов и оборудования для диагностических обследований в государственных медицинских организациях (по мнению и пациентов, и врачей)
- Недостаточная развитость транспортных сетей, в том числе в рамках населенного пункта (не отвечает потребностям пациентов)
- ? Инертность пожилого населения
- Трудности с оформлением документов для получения медицинской помощи
- Недоступная среда (в стационарах)
- Высокая стоимость назначенных лекарств

Результаты: медицинское обслуживание

Дистанционные медицинские консультации как средство повышения доступности медицинских услуг для лиц старшего возраста

Предпосылки для внедрения технологии

- Пространственный барьер к получению медицинской помощи
- Дефицит информации о своем здоровье и методах лечения у пожилых пациентов (в том числе у лиц, получающих химиотерапию в условиях дневного стационара)

«А то приходишь в больницу, взял талон и ждёшь там целый день, когда тебя примет врач... Хорошо, если бы был такой центр, где бы был доктор, чтобы я мог посоветоваться насчёт лекарств.»

- Наличие опыта получения дистанционных консультаций

«...у меня был такой случай - отказалась ехать "скорая", то есть они меня направили в нужное русло, и мы как-то вышли из этой ситуации.»

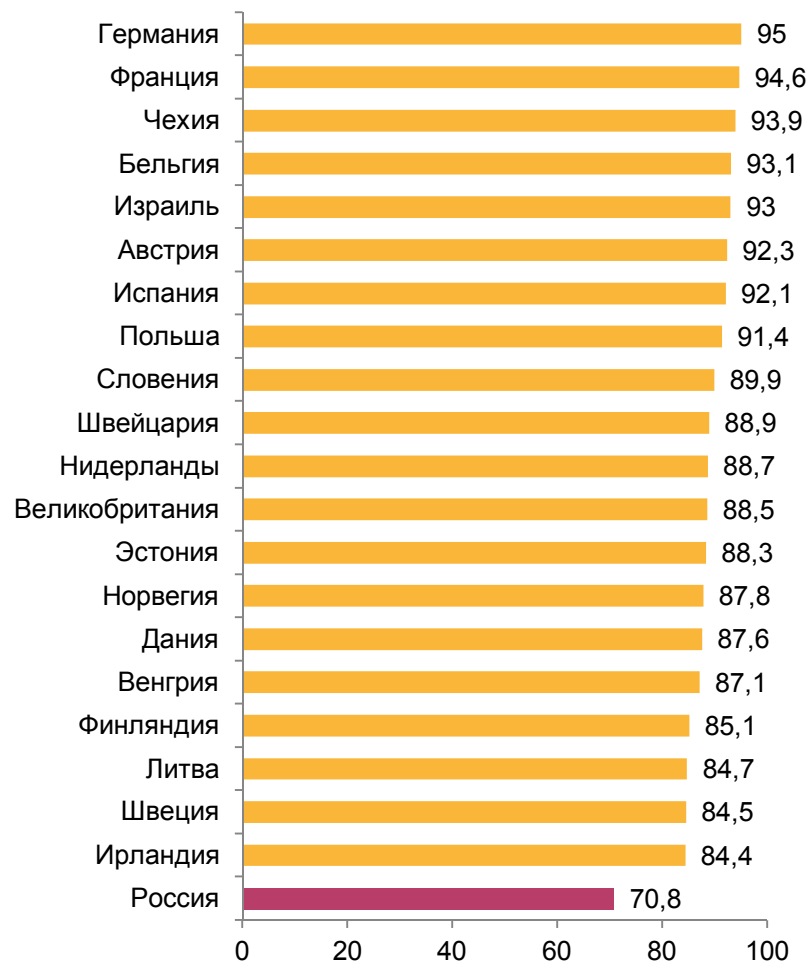
«На скорую звонишь, говоришь симптомы и получаешь назначения.»

- Достаточный, по мнению опрошенных, уровень цифровой грамотности лиц, недавно вступивших в пожилой возраст (курсы компьютерной грамотности)

Результаты: медицинское обслуживание

Дистанционные медицинские консультации как средство повышения доступности медицинских услуг для лиц старшего возраста

Доля населения страны 60+, обсуждавшего в течение 12 месяцев до момента опроса свое состояние здоровья с врачом, %



Источник: European Social Survey (ESS), 2014 г.

Результаты: медицинское обслуживание

Доступность лекарств

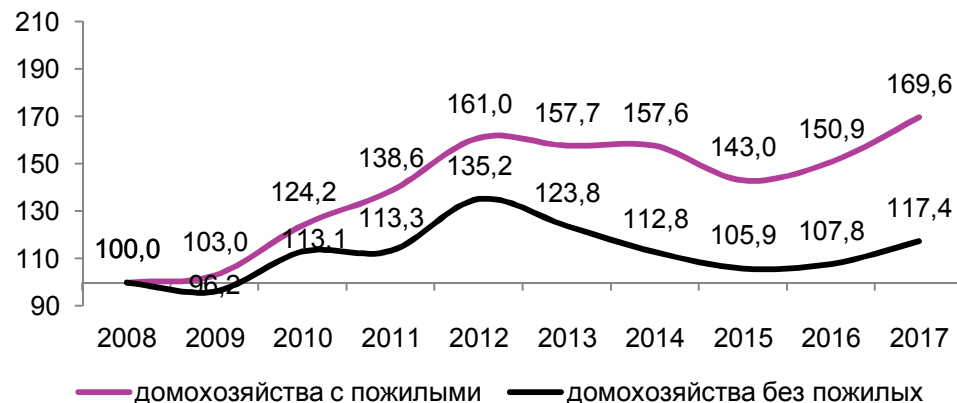
«А мы раскладываем так: мы лучше не съедим, а лекарства купим».

«Они не знают: либо им поесть купить, либо препарат какой-нибудь купить. И многие отказываются от жизненно важных препаратов, кстати.»

«Я к тому хочу сказать, вот у меня 12 таблеток в сутки, но у меня нет инвалидности, у меня в среднем выходит треть пенсии на одно лекарство. Один только диабет дают бесплатно. Остальное всё нужно покупать, понимаете?»

«У пенсионера, куда уходит пенсия? На продукты питания и лекарства. Самые дешёвые лекарства стоят полтысячи рублей, а у нас пенсия 10-12 тысяч.»

Рост душевых расходов домохозяйств на лечение в реальном выражении по отношению к 2008 году, %



Источник: РМЭЗ-НИУ ВШЭ

Доля пожилого населения, имеющего право на бесплатное или льготное лекарственное обеспечение, %

	Имеют какую-либо льготу по лекарственному обеспечению	в том числе		
		в рамках набора социальных услуг	в связи с хроническим заболеванием	по другому основанию
Все население старше трудоспособного возраста	18,8	10,9	6,1	1,8
Пожилое население, не имеющее инвалидности	8,3	1,8	4,6	1,8

Источник: Обследование качества и доступности услуг (Росстат), 2017 г.

Результаты: медицинское обслуживание

Удовлетворенность медицинской
помощью

- Одиночество и потребность в общении и психологической помощи:
 - Для пожилых пациентов, помимо ослабленного здоровья и когнитивных нарушений, характерна **повышенная ранимость и нуждаемость в психологической помощи**.
 - Зачастую именно состояние беспомощности и фрустрации, а не реальные проблемы со здоровьем, заставляют их обратиться к врачу.
 - Пожилой человек может обратиться за помощью «не по адресу». Результат – конфликты с медицинскими работниками и низкая удовлетворенность результатом обращения к врачу.

«...многие пожилые люди вызывают медицинскую помощь не потому, что им действительно плохо, а просто им не с кем пообщаться. И поэтому могут придумывать некие симптомы.»

«Им нужны забота, внимание, иногда они приходят просто чтобы поговорить, какую-то проблему обсудить, то есть не совсем даже врач нужен, а как социальный подготовленный работник, психолог, геронтолог...выслушаешь, поможешь, расскажешь и поговоришь – и им уже легче, и давление в норме.»

«Если даже у них ничего не болит, они хотят, чтобы с ними поговорили и уделили больше внимания.»

«Психосоматики... [Пожилые] переживают за все, поэтому это все отражается на здоровье.»

Врач, цитируя своих пациентов: «Вот я еще даже препараты не принимал, поговорю с Вами, и мне уже легче становится»

Результаты: медицинское обслуживание

Качество и доступность услуг
здравоохранения

- Рост числа вызовов скорой помощи и повышенный уровень госпитализации среди граждан 65+ указывает на **сниженную доступность для них амбулаторной помощи.**
- **Менее доступные для пожилых виды помощи:** консультации врачей-специалистов, диагностические обследования, лекарства для амбулаторного лечения.
- Ограниченное время приема
- «Полипрагмазия» (одновременное выписывание и употребление более 5 лекарств)
- Невозможность выполнить назначения терапевта приводит к **массовым отказам от обращения к врачам у пожилых.** Но те, кто преодолел эти проблемы и был направлен на более высокие уровни, имеет шансы на получения лечения не ниже тех, кто наблюдаются у трудоспособных граждан.
- **Гериатрическая помощь:**
 - Пожилые индивиды демонстрирует разное отношение к введению гериатрической помощи: от сдержанного скепсиса до выраженной позитивной реакции. Более негативно настроены жители территорий, где недоступны базовые медицинские услуги.
 - **Медицинские работники** считают, что они неплохо подготовлены к работе с пожилыми пациентами – в специальных курсах по заболеваниям, характерным для лиц старшего возраста, им не нужны. При этом они часто отмечают **дефицит знаний о психологии пожилого пациента**, которые помогли бы выстроить личный контакт с такими больными.

Рекомендации:

Качество и доступность услуг здравоохранения

По организации оказания помощи

- Развитие **доврачебного приема**.
- **Разделение потоков пациентов** по возрасту (до 75 лет и старше 75 лет).
- Введение **увеличенного норматива на время приема** пожилого пациента в возрасте от 75 лет.
- Организация осмотра пожилых людей **мультифункциональными бригадами медицинских работников** с психологом в составе.

По повышению доступности медицинских услуг

- Создание **упрощенных процедур по оформлению на лечение** (стационарное, получение ВМП) для пациентов старшего возраста
- Внедрение **дистанционных медицинских консультаций, телемедицины** (контактов «врач-пациент»)
- Обеспечение **доступной среды** в стационарах и поликлиниках
- **Сопровождение пожилых пациентов**, направленных на получение ВМП, в другой населенный пункт
- **Расширение охвата** льготным **лекарственным обеспечением** (по крайней мере, по адресному принципу)
- Полная или частичная **компенсация частных расходов на обследования** при невозможности пройти их в государственных медицинских организациях
- Предложение страховыми медицинскими организациями **дополнительных инициатив по защите прав пациентов старшего возраста**.

По повышению качества медицинской помощи и обеспечению отзывчивости системы к проблемам пожилого населения

- Разработка **коммуникационной стратегии** (свода рекомендаций для медицинских работников) **по взаимодействию с пациентами старшего поколения**, учитывающей психологические особенности пожилых людей, их возможности и потребности по получению информации о своем здоровье и ожидаемых результатах лечения.
- Включение **расширенных блоков по психологии** пациента и пожилого человека, практических блоков по общению с пожилыми людьми **в образовательные программы подготовки и профессиональной переподготовки врачей и среднего медицинского персонала**.
- Развитие гериатрической помощи может быть **приоритетным направлением в регионах с достаточной доступностью** прочих видов медицинской помощи.

Результаты: интеграция медицинских и социальных услуг

Используемые формы

Система здравоохранения – система социального обслуживания

- Школы здоровья
- Организация профилактических осмотров пожилого населения

Внутри системы здравоохранения

- Патронажная служба (врач-терапевт, врачи-специалисты и средний медицинский персонал)
- Работа появляющихся в регионах врачей-гериатров
- Обсуждение стратегии ведения пациента в стационарах, поликлиниках
- Прием пациента многопрофильной бригадой врачей (Республика Карелия)
- Выстраивание сотрудничества с родственниками больного

Эпизодические контакты работников систем

- врач – работнику социального обслуживания
 - при ухудшении состояния здоровья у получателя услуг;
 - осложнения у лиц, прикованных к постели
- социальный работник – врачу
 - для обеспечения коммуникации с пациентом (например, сурдоперевод)
 - помощь в выполнении назначений врача

Результаты: интеграция медицинских и социальных услуг

Выявленные проблемы

Интеграция здравоохранения и социального обслуживания при предоставлении услуг пожилому населению:

- Попытки по созданию междисциплинарных и межведомственных команд предпринимаются в обоих ведомствах. Но это **отдельные или даже разовые** мероприятия.

Барьеры к организации межведомственного взаимодействия:

- **Модель** межведомственного взаимодействия **доведена лишь до отдельных работников** здравоохранения и социального обслуживания.
- **Дефицит гериатров** и **иных сотрудников, способных координировать** совместную работу
- **Дефицит медицинских кадров**, которые могли бы быть привлечены к сотрудничеству с организациями социального обслуживания
- **Фрагментированность** российской системы здравоохранения
- Неполнота интеграционных процессов: **определены направления** для интеграции, **но не все сопряженные организационные процессы**. Взаимодействие не отражено в **тарифах**.

Рекомендации:

Интеграция здравоохранения и социального обслуживания

- Включение **вопросов межведомственного взаимодействия в образовательные программы** для медицинских и социальных работников, организаторов здравоохранения и социального обслуживания.
- Развитие программ **подготовки врачей-гериатров**, повышение численности учащихся, проходящих подготовку и переподготовку по данной специальности.
- **Корректировка норматива обеспеченности населения участковыми врачами** с учетом создаваемых программ по оказанию помощи пожилым пациентам со старческой астенией, лицам старшего возраста с потребностями в долгосрочном уходе.
- Внесение **дополнений в порядки оказания медицинской помощи**, обеспечивающих усиление интеграционных процессов.
- **Пересмотр тарифов на оплату медицинской помощи и социального обслуживания** с учетом необходимости организации мультифункциональных команд для оказания услуг пожилому населению.

Выводы по проблемам качества и доступности медицинской помощи для пожилого населения

- Пожилое население России сталкивается с проблемой доступности медицинской помощи. В первую очередь, недоступна амбулаторная помощь. Затруднены первые контакты с системой здравоохранения.
- Хронические проблемы с доступом определяют отказ от обращения к медицинским работникам и запускание заболеваний.
- В целом пожилых людей отличает невысокий уровень притязания к качеству медицинской помощи. Но отдельные пациенты (с психологическими проблемами) могут иметь ожидания при визите к медицинским работникам, которые не могут быть оправданы (нужен психолог, а не врач).
- Пожилые люди сообщают о дефиците информации о собственном здоровье и проводимом лечении. За время, отведенные на общение с врачом, они не успевают задать все имеющиеся вопросы. Возникающие вопросы не могут быть решены *оперативно*.
- Сниженная доступность медицинской помощи и характерное для старшего поколения инструментальное отношение к здоровью определяют недостаточный интерес старшего поколения к практикам здорового образа жизни. Благодаря усилиям системы здравоохранения, СМИ эта информация распространяется среди пожилого населения, но все еще есть лица старшего возраста, которые не интересуются ЗОЖ и не знают его принципов. Работа должна быть продолжена – потенциал для улучшения есть.
- Много может быть сделано для улучшения питания пожилого населения: рацион питания пожилого человека, специальные продукты (аналог продуктам для детского питания), оказание социальной поддержки в виде предоставления здоровых продуктов питания.

Результаты: положение людей старшего возраста в обществе

Страхи, связанные с возрастом

- Старость = потеря интереса к жизни, немощь, ущербность
 - ощущение «использованного материала», когда они больше ничего не могут производить (полноценно трудиться) и вынуждены только потреблять, а значит, не нужны обществу

«Как выходишь на пенсию и чувствуешь себя ущербным, что ты никому не нужен, тебя все забыли»

«Человек считает себя старым, когда не может себя обслуживать, а я не старьей»
- Страх остаться на обочине жизни – главный стимул для поддержания здоровой и активной жизни
 - Резкое ухудшение здоровья воспринимается почти как катастрофа
 - **Наиболее сильный страх – стать немощным, нуждающимся в постоянном уходе**

«Если человек заболевает, то, не дай Бог, это самое плохое что может быть. Он практически становится как бы ущербным».

«... А вот когда ты если уже на пенсии и заболел, то это не дай Бог, потому что всё медицинское обеспечение очень всё дорого, опять же где взять время и где взять людей, которые будут за тобой ухаживать?»

Результаты: положение людей старшего возраста в обществе

Страхи, связанные с возрастом

- Еще один пугающий в старости момент – разрыв традиционных социальных связей, одиночество
 - возможность и желание поддерживать общение, позитивный настрой многие считают фундаментом счастливой жизни

«Мне тоже на пенсии не хватает общения. Свои дети выросли, и я остался совсем один в замкнутом пространстве»

«- У многих проблема одиночества, изолированности.

- Поколение, которое не привыкли выходить куда-то на прогулку, встретиться с кем-то, «ты приходи, посидим»

«Приходишь в центр, голова кружится, еле идёшь. А побудешь среди людей, и становится легче. Вот это общение для нас очень важно!»

«[нужно] идти к подруге, выговориться, исповедаться – это снимает с души все»

Рекомендации:

Преодоление одиночества и психологическое здоровье

- Предоставление **женщинам** пожилого возраста **льгот и скидок на услуги парикмахерских и маникюрных салонов.**
- Предпочтительность **групповых форм физической и досуговой активности** для пожилых, развитие волонтерского движения.
- Повышение **доступности психологической помощи** для пожилого населения.
- Введение (дополнительных) **штатных единиц психологов в государственных медицинских организациях.**
- **Информирование о возможности** пройти консультацию психолога.
- Модернизация транспортной и социальной инфраструктуры (бесплатный проезд, внедрение новых остановок общественного транспорта, доступный и регулярный транспорт из села в областной центр)

Результаты: Социальное обслуживание

Охват, доступность



КДУ, 2017

- Когда?
 - в основном люди младше 75 лет еще в состоянии обслуживать себя сами и не нуждаются в посторонней помощи
- Какая помощь?

«Посторонней - вот именно: принести продукты: тяжелую картошку, молоко, воду минеральную в бутылках много пью. Ну и уборку»

Чья помощь?

- В повседневных делах – предпочтение – семье, родственникам

«Конечно, лучше, когда родные, знакомые, подруги, теплота. Когда чужой человек придёт ко мне и всё не так делает, не туда положил. Лучше, когда свои родственники.»

«Мне кажется, что это должны быть родные люди. Никакой работник не заменит тебе помощника по хозяйству»

«Если у человека есть дети, то в первую очередь их ответственность»

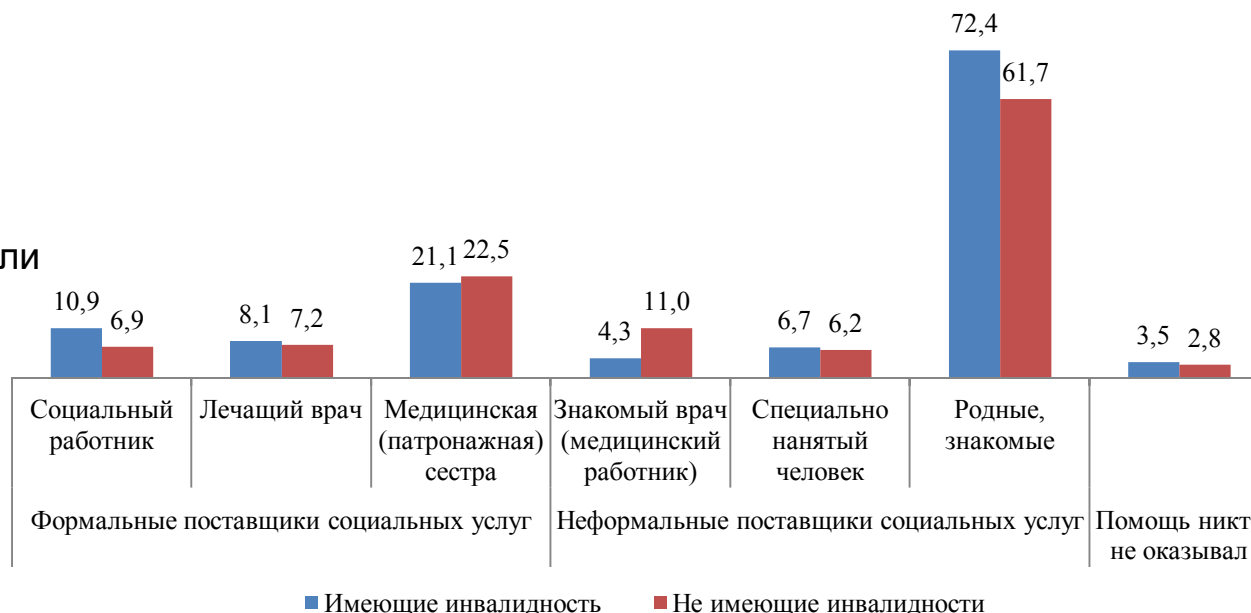
- В уходе за лежачим больным?!

- *«Лучше родственника кто посмотрит. За мамой я смотрела, за братом смотрела месяц пролежал, но все равно кто-то бы смотрел»*
- *«Уход за больными тяжелый, поэтому должен ухаживать специально обученные люди, и чтобы им доплачивали за это»*

Результаты: Социальное обслуживание

Доступность, родственный или
формальный уход

КДУ, 2017



- Пожилые жители России предпочитают получать помощь от родных и близких. Обращение в учреждения социального обслуживания видится им нежелательным. Перспективы развития родственного ухода очевидны.
 - Группа риска – одинокие пожилые, нуждающиеся в постоянном уходе

«Я бы сказала, что отдельные люди нуждаются, потому, что соцработник ... он ограничен. У него временное ограничение идет. Он не может, как домашние, то есть родственники сидеть сутками. Одинокий человек, и он не в состоянии передвигаться по квартире. И такие пациенты, конечно, мы предлагаем, предлагаем оформить их в дом-интернат. Они, почему то отказываются».
- Социальные работники – если нет родственников / родственники далеко или работают
 - *«Не у всех есть родственники. Значит, нужен соцработник, но специалист подготовленный и, конечно, некоммерческая»*
 - *«Я считаю, что должен быть социальный работник. Родственники работают, у них свои проблемы»*
- Только около половины пожилых людей, нуждающихся в социальном обслуживании, получают его от организаций.

Результаты: Социальное обслуживание

Доступность, барьеры



- Население и медицинские работники указывают на недостаточное предложение социальных услуг всех видов, в первую очередь – услуг сиделок. Руководители социального обслуживания признают только дефицит мест в учреждениях стационарного обслуживания.

«Социальные работники не должны обслуживать всех, кто прикован к постели. Это за дополнительную оплату».

«...за некоторыми тяжело больными нужен круглосуточный уход. А у нас нет стационара, и вот это проблема. Оплата сиделок — это платные услуги, и некоторым это не по карману. Размер пенсии маленький.»

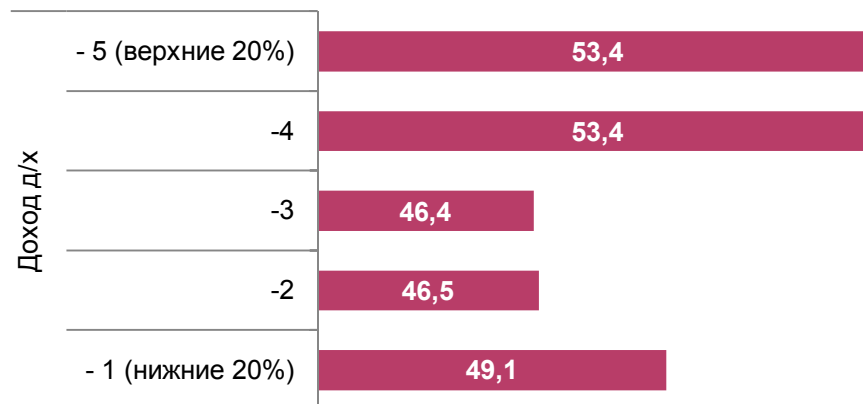
Ну, я думаю, процентов на 40, если только, так с натяжкой. Люди. Спрос большой, а удовлетворение, наверное, процентов на 40

«А кому отказано? Отказывают кому? Ну, наверное, которые психически неуравновешен, вот таких мы не берем. И лежачих больных, которым нужен постоянный уход. Мы можем обслужить, если есть сиделка, а соцработник выполняет свои функции».

Барьеры для получения социального обслуживания:

- ✓ Трудоемкая процедура оформления документов для получения услуг
- ✓ Платность
- ✓ Недостаточная осведомленность населения о существовании центров социального обслуживания
- ✓ Неудобное расположение учреждений социального обслуживания

КДУ, 2017



Результаты: Социальное обслуживание

Доверие поставщикам
услуг, готовность платить

- Наибольшее доверие население оказывает работникам государственных учреждений социального обслуживания.
«ответственность, подготовленность человека», «организация [социальной защиты – авт.] защищена государством, вызывает больше доверия», «если что-то случится, то можно пожаловаться в соцзащиту»
- Волонтеры, работники НКО и коммерческих организаций представляются менее надежными поставщиками.
«... А волонтеры, ну, волонтеры, это, как правило, молодые люди. Она сегодня пришла, а завтра нет. ... Это ненадежная молодежь – волонтеры»
«А если мы обратимся к коммерческой организации, ну, нам наших денег не хватит, чтобы оплатить эту помощь...»
«Работники соцзащиты. Ты будешь защищен государством и законом. А все коммерческие организации уйдут от закона. Наймут адвоката и скажут, что у вас договор неправильно оформлен»
- Платить налог на уход население, даже достигшее возраста, когда может понадобиться помощь, не готовы. Пожилые считают, что социальное обслуживание должно быть бесплатным.
«Часть должно оплачиваться пенсионером, но и часть государство»
«Заработная плата маленькая. Услуги социальной защиты должно оплачивать государство. Мы работали и платили налоги. Дети наши тоже платят налоги, и они не должны платить за уход за своими родственниками».
«Раньше, когда мы работали, налоги платили и они шли на медицину и на социалку. Почему надо платить ещё один налог?»
«Я думаю, мы налогов и так платим медицинский полис, мы платим, работаем. ... Поэтому вводить еще дополнительный налог, а смысл какой? Что б его завтра заморозили и эти деньги куда-то, неизвестно куда ушли ...»
«Должны платить те, кому позволяют зарплата. Этот налог должен быть обязательно добровольным»

Рекомендации:

Социальное обслуживание

- **Заявительный или выявительный принцип предоставления услуг?**
 - Выявительный – нагрузка на систему; заявительный – неполный охват
 - Возможно – смешанная схема: с **выявительным** принципом в отношении **лиц старших возрастов (75+ или 80+) и одиноких стариков**
 - выявление нуждающихся в социальном обслуживании на основе характеристик здоровья и функциональных ограничений;
 - **включение в систему социального обслуживания лиц, практически не имеющих контактов с социальными службами.**
- Необходимо **развивать стационарозамещающие технологии**, позволяющие маломобильным пожилым людям находиться в знакомой среде по месту жительства без госпитализации и вести привычный образ жизни.
- В том числе **должны быть доступны услуги профессиональных сиделок**, обладающих достаточной квалификацией для качественного ухода за такими людьми.
- **Разработка единых стандартов и механизмов контроля за деятельностью государственных и негосударственных организаций**, оказывающих услуги по социальному обслуживанию, включая постоянный посторонний уход.

Рекомендации:

Социальное обслуживание –
родственный уход и
сопровождение

- Поскольку по-прежнему одной из наиболее востребованных и социально приемлемых форм ухода за пожилыми выступает родственный уход, то требуются меры, обеспечивающие **адекватное финансовое вознаграждение осуществляющим уход родственникам**.
- Исследование показало, что в настоящее время родственники, ухаживающие за лежачими пожилыми, сталкиваются с невозможностью временного размещения такого пожилого человека в стационаре для обеспечения себе небольшой «передышки». В целях **предотвращения профессионального выгорания** требуется решение этой проблемы инструментами государственной политики. → **Замещающий уход**
- Необходима **организация краткосрочных курсов по обучению необходимым навыкам ухода**.
- Для повышения качества жизни пожилого населения и родственников, ухаживающих за нетрудоспособными пожилыми гражданами, требуется **предоставление психологической поддержки и социального сопровождения – как маломобильным пожилым (особенно одиноким), так и родственникам, осуществляющим уход**. Возможно, для этого потребуются **расширение ставок психологов в медицинских и социальных учреждениях**.

Выводы

по проблемам качества и доступности социального обслуживания для пожилого населения

- Проблема не только в низких пенсиях. Часть низкого субъективного благополучия связана с одиночеством и недостаточной доступностью / не удовлетворительным качеством медицинской и социальной помощи
 - Групповые формы досуга, спортивных занятий
 - Психологическая помощь
- Один из главных страхов – потерять способность обслуживать себя, стать «лежачим»
- Группа риска – одинокие старики 75+
- Родственный уход – добровольный и вынужденный
- «Профессионализация» родственного ухода (повышение оплаты, обучение, сопровождение, замещающий уход) – способ расширить охват обслуживанием, не перегружая СДУ
 - Единые стандарты и механизмы контроля за деятельностью государственных и негосударственных поставщиков услуг – как решение проблемы недоверия