

**КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ЦЕЛЕВОЙ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ
ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА**

РАБОЧАЯ ВЕРСИЯ 5.0

Проектный офис. БФ «Старость в радость»

April 24, 2019

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Система долговременного ухода (СДУ) – это комплексная система, направленная на обеспечение каждого человека, имеющего стойкие ограничения жизнедеятельности, приводящие к зависимости от посторонней помощи, комплексной системой поддержки качества жизни с наивысшим возможным уровнем независимости, автономии, участия в деятельности, самореализации.

Долговременный уход (ДУ) – это комплекс мероприятий, включающих уход, реабилитацию, абилитацию, социализацию, психологическую поддержку, позволяющий компенсировать ограничения жизнедеятельности и уменьшить зависимость от посторонней помощи, и обеспечить сохранение качества жизни человека.

Участники СДУ – органы, ведомства и их подведомственные учреждения субъекта РФ их работники, негосударственные предприятия и их работники, а также лица, осуществляющие неформальный уход, вовлеченные в процесс оказания услуг (помощи) клиентам СДУ.

Получатель услуг СДУ – гражданин, получающий социальные услуги и, при установленной необходимости, медицинскую помощь в рамках СДУ.

Потенциальный получатель услуг СДУ – гражданин, информация о нуждаемости которого в услугах (помощи) участников СДУ, передана в координационный центр СДУ субъекта РФ.

Лица, осуществляющие уход (ЛОУ) – граждане, оказывающие неформальный уход в отношении получателя услуг СДУ на основе семейных, соседских, дружеских связей.

Типизация ограничений жизнедеятельности – процесс определения индивидуальной нуждаемости гражданина, с последующим присвоением ему определенного рекомендуемого набора услуг в рамках установленной группы ухода, в зависимости от количества набранных в результате проведения оценки баллов. Это процедура определения степени зависимости гражданина от посторонней помощи (потребности в уходе) с последующим обоснованием набора социальных услуг в рамках установленной группы ухода

Группа ухода – это группа получателей услуг СДУ, объединенных в результате типизации по признаку нуждаемости в одинаковом объеме ухода, вследствие одинаковой степени зависимости от посторонней помощи

Координационный центр СДУ - инструмент координации усилий разных ведомств вокруг нуждающегося в СДУ гражданина. Чаще всего организуется на базе комплексного центра социального обслуживания

населения, либо любой другой организации, и предполагает наличие колл-центра по СДУ, единой базы данных о получателях услуг СДУ и персонала, отвечающего за полноценную отработку поступающих запросов, в том числе, межведомственного характера.

Бланк типизации (БТ) – документ, на основе которого производится процедура типизации (определения зависимости от посторонней помощи).

Медицинский патронаж – регулярные плановые посещения средним медицинским персоналом получателей услуг СДУ из тяжелых групп ухода, не способных по состоянию здоровья самостоятельно посетить поликлинику, но нуждающиеся в регулярном медицинском наблюдении, по плану посещений, определяемому терапевтом, гериатром или врачом паллиативной помощи.

Мультидисциплинарная команда – группа работников организации здравоохранения и органов соцзащиты, сформированная на постоянной или временной основе с целью комплексного качественного оказания помощи и предоставления социальных услуг в каждом направлении работы с гражданином, осуществляющих свою деятельность путем коммуникации с участниками по следующим основным вопросам: цели работы каждого из участников, текущее состояние получателя услуг СДУ, текущие ограничения жизнедеятельности и проч. В состав мультидисциплинарной команды целесообразно включать: врача-терапевта и/или врача-гериатра, врачей узких профилей (по необходимости), реабилитолога, средний медицинский персонал, врача паллиативной помощи (при необходимости), соцработника и проч.

Мобильная бригада – форма оказания медицинской помощи и (или) предоставления социальных услуг по месту проживания гражданина с целью сохранения ему привычных комфортных условий. В состав Мобильной бригады могут быть включены как работники организаций, оказывающие медицинскую помощь, так и предоставляющих социальные услуги.

Социализация – предоставление социальных услуг в разных формах социального обслуживания, формирующих комплекс мероприятий по социальной реабилитации, абилитации, интеграции и реинтеграции в социальную систему, для всех без исключения граждан, являющихся получателями услуг СДУ, в том числе ЛОУ, вне зависимости от места и форм их проживания, набора услуг и тяжести состояния, с целью их интеграции (реинтеграции) в социальную среду. Мероприятия по социализации входят в утвержденную для каждого получателя услуг СДУ ИППСУ.

КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ ЦЕЛЕВОЙ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ДОЛГОВРЕМЕННОГО УХОДА

РАБОЧАЯ ВЕРСИЯ 5.0

Целевая модель СДУ разработана в рамках трехлетнего пилотного проекта по созданию системы длительного ухода, в соответствии с перечнем поручений Президента Российской Федерации №Пр-1650 от 23.08.2017 и «Комплексом мер по созданию системы длительного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, включающей сбалансированное социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержке семейного ухода» от 14.12.2017.

Краткое описание целевой модели длительного ухода предназначено для ознакомления участников пилотного проекта и всех заинтересованных лиц с основными принципами и механизмами функционирования СДУ. Каждый регион, вводящий СДУ, может выбрать оптимальный для себя порядок перехода к функционированию целевой модели, в зависимости от демографических, социальных, административных, инфраструктурных, кадровых, финансовых и прочих особенностей.

Цели СДУ

- компенсация стойких ограничений жизнедеятельности (факторов, ухудшающих жизнедеятельность) получателя услуг СДУ;
- сохранение независимости, самостоятельности, автономности получателя услуг СДУ;
- обеспечение достойного качества жизни для людей, зависящих от посторонней помощи
- поддержка родственников или иного окружения, задействованного в неформальном уходе за получателями услуг СДУ.

Типы организации ухода в СДУ

1. Формальный уход.

Уход, оказываемый работниками организаций органов социального обслуживания и здравоохранения, а также других сфер, задействованных в предоставлении услуг в рамках длительного ухода.

2. Неформальный уход.

Уход силами семьи, друзей, родственников, соседей, то есть силами с сообщества.

Соотношение формального и неформального ухода. Помощь, сопровождение и уход в рамках СДУ оказывается или специалистами, или родственниками (сообществом). Полноценная помощь зависит, прежде всего, от того, как будет скоординирована работа специалистов и семей, родственников, других людей, ухаживающими за своими близкими, как будут распределяться между ними функции и время, насколько эта координация будет обеспечивать всестороннюю, постоянную помощь, поддержку и сопровождение нуждающемуся человеку. Кроме этого, необходимы комплексные меры поддержки неформального ухода – финансовая, материальная, организационная, психологическая, юридическая помощь, возможность получать необходимые навыки (школы ухода).

Значительную роль в помощи оказанию формального и неформального ухода играют волонтерские организации, которые привлекаются как социальными и медицинскими организациями, так могут быть и частью неформального ухода, организуемого сообществом.

Качественная работа СДУ невозможна без отлаженного **межведомственного взаимодействия**. Основными направлениями такого взаимодействия являются:

- выявление граждан, нуждающихся в оказании социального обслуживания и медицинской помощи, и оперативный обмен информацией о выявленных гражданах;
- обмен информацией о гражданах, находящихся на социальном обслуживании, при поступлении и выписке из учреждений здравоохранения;
- согласование индивидуального плана ухода за получателями услуг СДУ.
- оперативный обмен информацией о состоянии граждан, осуществляемый в процессе работы с человеком.

В настоящее время социальное обслуживание и медицинская помощь в отношении одного и того же гражданина как правило разрозненны, что в свою очередь не позволяет своевременно и качественно оказывать ему необходимый уход.

Межведомственное взаимодействие между организациями социального обслуживания и здравоохранения может быть и должно быть оперативно и качественно внедрено прежде всего в рамках системы долговременного ухода. И современная система социального обслуживания и медицинской помощи должна

выступить базисом системы долговременного ухода и быть направлено на улучшение качества жизни получателей услуг СДУ.

Целевые группы СДУ:

- граждане с установленными в процессе типизации устойчивыми ограничениями жизнедеятельности, приводящими к зависимости от посторонней помощи от минимальной зависимости до полной потери самостоятельности.
- граждане, оказывающие неформальный уход в отношении получателя услуг СДУ. К таким людям могут относиться следующие группы: родственники, как близкие, так и дальние, соседи, друзья. Ключевым определяющим фактором здесь является подтвержденная готовность осуществления ухода и предоставления помощи нуждающемуся.
- люди, осуществляющие уход и предоставление помощи в рамках Системы долговременного ухода на профессиональной основе. К таким людям относятся работники сферы предоставления социальных услуг, охраны здоровья граждан и работники иных отраслей, осуществляющие функциональные обязанности, взаимодействуя с лицами из первых двух групп целевых аудиторий.

Основные свойства целевых групп СДУ (уточнение).

Первая целевая группа СДУ – дети, взрослые и пожилые люди, имеющие устойчивые ограничения жизнедеятельности, приводящие к зависимости от посторонней помощи. Ограничения жизнедеятельности могут быть связаны с когнитивными, физическими или сочетанными нарушениями.

К этой группе в том числе относятся люди, имеющие нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающие необходимость социальной защиты (инвалиды) или имеющие соответствующие ограниченные возможности, выражающиеся в любых ограничениях или потере способности выполнять какую-либо деятельность таким образом или в таких рамках, которые считаются нормальными для человека (лица с ОВЗ).

Так же в эту целевую аудиторию входят люди полностью или частично утратившим способность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться или с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями. При этом необходимо понимать, что полная или частичная утрата способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться может

возникать как при наличии неизлечимого прогрессирующими заболеваниями (паллиативная помощь), так и в силу травмы, возраста или наличия инвалидности.

Таким образом получателями услуг СДУ могут быть как граждане, имеющие инвалидность, это и дети-инвалиды, инвалиды с детства, инвалиды первой, второй и третьих групп, при наличии у них зависимости от посторонней помощи, а также граждане, не имеющие инвалидности, в том числе с ОВЗ. Каждому получателю услуг СДУ будет подобран индивидуальный комплекс услуг СДУ, направленный на компенсацию ограничений и обеспечение поддержки, реабилитацию или абилитацию, сопровождение или уход. Детям данные услуги будут направлены прежде всего на возможность их развития, формирование социальных навыков, обучения, вне зависимости от их ограничений. Взрослым людям, как правило, помимо поддержки и ухода необходима абилитация, возможность получения новых возможностей работы или занятости. Пожилые люди нуждаются в возможности максимально долго сохранять социальную активность, не терять имеющихся социальных связей, сохранять привычный образ жизни.

Вторая целевая группа – люди, осуществляющие неформальный уход. Родственники, близкие, окружение. Значительная часть – это женщины (матери, ухаживающие за своими детьми, женщины, ухаживающие за своими родными, женщины, выполняющие функции сиделки). Люди, осуществляющие неформальный уход, нуждаются в комплексной поддержке, которая позволила бы им сохранять для себя возможность реализовывать собственные жизненные планы, сохранять и создавать семейные, общественные и профессиональные отношения и возможность самореализации.

Третья целевая группа – люди, осуществляющие формальный уход – прежде всего, социальные и медицинские работники.

СДУ должна распространяться на всех граждан, имеющих устойчивые ограничения жизнедеятельности по результатам проведенной типизации. При этом гарантированные объемы государственной помощи зависят от степени нуждаемости, доходной обеспеченности и условий жизнедеятельности граждан.

Финансово-правовой статус организаций, задействованных в СДУ:

В предоставлении услуг в рамках СДУ участвуют как государственные, так и негосударственные организации, в том числе НКО. Для расширения возможностей СДУ, рекомендуется максимально широкое привлечение благотворительных и волонтерских организаций. Предоставление услуг СДУ осуществляется организациями, вовлеченными в процесс оказания услуг

(помощи) на основе существующей системы оплаты соответствующих услуг (видов помощи) и действующего тарифообразования.

Основные этапы СДУ

- Выявление
- Типизация
- Уход и сопровождение

Сквозные процессы СДУ

- Координация
- Маршрутизация
- Информирование
- Контроль качества

Сквозные процессы сопровождают основные этапы СДУ – выявление, типизацию и оказание помощи – от начала и до конца всей системы ДУ, обеспечивая непрерывность оказания услуг конкретному человеку.

Организационные элементы СДУ

- Подготовка кадров
- Инфраструктура
- НПА
- Финансовая модель

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ СДУ

ВЫЯВЛЕНИЕ

Выявление – процесс получения и передачи информации о потенциальных получателях услуг СДУ, с целью предоставления гражданам максимально полной возможности выбирать и получать услуги СДУ.

СДУ предполагает реализацию двух принципов «вхождения» гражданина в систему:

- Личная инициатива: инициативное обращение гражданина или его представителя (заявительный принцип).
- Проактивный подход: деятельность вовлеченных ведомств по передаче данных о гражданине, потенциально нуждающихся в посторонней помощи; в координационный центр СДУ с целью выявления этого гражданина и предоставления ему необходимых услуг на основе соответствующего заявления

Таким образом, СДУ сохраняет заявительный характер, но в своей работе использует выявительный принцип работы, основанный на межведомственном взаимодействии.

Заявительный принцип означает непосредственное обращение человека или его представителя напрямую в органы социальной защиты (или через обращение в органы здравоохранения) за услугами по ДУ.

При инициативном обращении человека или его представителя в органы соцзащиты используется ныне действующая процедура.

Проактивный подход реализуется органами здравоохранения, социальной защиты и иными ведомствами и сервисами, имеющими контакты с гражданами, могущими потенциально нуждаться в услугах СДУ субъектов РФ.

Так, в органах здравоохранения проактивный подход реализуется путем последовательных этапов работы:

1. В стационарных организациях здравоохранения
 - а. Идентификация гражданина, подлежащего в ближайшее время выписке на дом, в отношении которого медицинским персоналом предполагается нуждаемость в СДУ.
 - б. Сбор данных о гражданине, включая информацию о готовности близких и знакомых гражданина осуществлять необходимый уход за ним в период восстановления и после.

- с. Передача данных о гражданине в координационный центр социальной защиты субъекта РФ для организации последующей работы с ним.
- 2. В поликлиническом звене и фельдшерских пунктах
 - а. Идентификация гражданина, в отношении которого медицинским персоналом предполагается нуждаемость в СДУ.
 - б. Сбор данных о гражданине, включая информацию о готовности близких и знакомых гражданина осуществлять необходимый уход за ним.
 - с. Передача данных о гражданине в координационный центр социальной защиты субъекта РФ для организации последующей работы с ним.

Идентификация граждан в учреждениях здравоохранения производится на основе утвержденных субъектом РФ критериев, связанных со снижением способности к самообслуживанию и в целом, с возникновением устойчивых ограничений жизнедеятельности, могущих привести к зависимости от посторонней помощи. Сбор данных о гражданине в учреждениях здравоохранения может производиться как штатным персоналом непосредственного учреждения, так и привлекаемыми организациями социальной защиты, выполняющих данную работу на основе соответствующего межведомственного НПА. Передача данных о гражданине в органы социальной защиты осуществляется по информационным каналам межведомственного взаимодействия и содержит следующие данные, необходимые для осуществления органами социальной защиты последующей работы с гражданином: ФИО, дата рождения, рекомендация врача в части социального обслуживания, перечень функциональных ограничений гражданина, действующие назначения и противопоказания на момент передачи информации.

Органы соцзащиты, в рамках своих полномочий, проводят регулярные мероприятия по выявлению граждан, могущих нуждаться в СДУ в силу наличия факторов, ухудшающих их жизнедеятельность, в том числе снижения способности к самообслуживанию и, возникновении зависимости от посторонней помощи, не обратившихся за оказанием социальных услуг (услуг СДУ), и обеспечивают информирование граждан о возможности получать соответствующие услуги.

Если гражданин, потенциально нуждающийся в посторонней помощи попадает в зону ответственности государственных органов (учреждений), отличных от органов здравоохранения и социальной защиты, представителям этих органов (учреждений) необходимо обратиться в координационный центр СДУ и органы здравоохранения, которые, в свою очередь, обязаны провести оценку гражданина и, при необходимости, передать указанную выше информацию о таком

гражданине по информационным каналам межведомственного взаимодействия. В этой связи обязательными становятся инструктажи по алгоритму действий при столкновении с гражданином, потенциально нуждающимся в СДУ, сотрудников Почты России, Сбербанка, ПФР, организаций культуры и спорта и т.д.

Получателем услуг СДУ гражданин становится после подготовки пакета документов, определенных законодательно, и подписания договора.

ТИПИЗАЦИЯ

Типизация ограничений жизнедеятельности – процесс определения индивидуальной нуждаемости гражданина, с последующим присвоением ему определенного рекомендуемого набора услуг в рамках установленной группы ухода, в зависимости от количества набранных в результате проведения оценки баллов.

Для того, чтобы организовать поддержку в виде ухода и сопровождения, необходимо разделить ограничения жизнедеятельности граждан, нуждающихся в СДУ, на несколько групп по объемам необходимой помощи в зависимости от способности человека функционировать, то есть самостоятельно жить, устанавливать и поддерживать контакты, адекватно воспринимать окружающую обстановку, отвечать за свою безопасность и некоторых других функций.

Инструмент типизации позволяет объективно определить степень функциональных ограничений, зависимость от посторонней помощи, и соответственно связанное с этим количество помощи, которая необходима человеку.

Результаты типизации являются одним из источников информации для составления индивидуальной программы получателя социальных услуг, далее – ИППСУ, а затем индивидуального плана ухода, далее – ИПУ.

Типизация проводится с целью более—точного составления ИППСУ и индивидуального плана ухода; правильного распределения услуг, более эффективного управления бюджетом организаций социального обслуживания муниципального образования или региона с возможностью его обоснования и планирования, а также для управления кадровым составом этих организаций.

В зависимости от того, в какую группу получателей услуг СДУ попадает гражданин, он получает право на услуги в определенном объеме. Объем определяется в часах в неделю (или месяц).

Типизация проводится с помощью оценочного бланка – бланка типизации (далее – БТ)

Для проведения типизации разработан единый бланк типизации. При его разработке учитывалось наличие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленного заболеваниями, последствиями травм, пожилым возрастом или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость его социального обслуживания, а также наличием неизлечимого прогрессирующего заболевания и состояния, требующего паллиативной помощи.

Типизация проводится в течение 5 рабочих дней после поступления заявления от гражданина, впервые обратившегося за получением социального обслуживания. Рекомендуются проводить типизацию одновременно с процедурой признания нуждающимся, во время визита к потенциальному получателю по месту его проживания. Таким образом, в изучении социальной ситуации гражданина принимает участие несколько человек и единоличное субъективное решение о его функциональном статусе (группе типизации) минимизируется.

При поступлении данных о потенциальном получателе услуг СДУ, органы социальной защиты субъекта РФ организуют проведение процедуры типизации на дому у гражданина. В процессе проведения типизации специально обученный работник (команда специалистов), осуществляющий данную процедуру, заполняет БТ.

Краткая схема процесса типизации:

1. Работник, прошедший специальный курс обучения (команда специалистов) проводит интервью в месте проживания человека. Это может быть индивидуальное проживание, сопровождаемое проживание, проживание в социальном стационаре. Результатом интервью является заполненный БТ, внесенный в ЕИС СДУ (см. раздел «Координация»). Этот же сотрудник оценивает социальный (семейный) статус и иные критерии, снижающие жизнедеятельность человека (условия проживания и т.д.). На основании результата интервью и иных критериев человек попадает в одну из групп ухода.
2. На основании отнесения к группе, определяется объем ухода и сопровождения и становится возможным получение услуг по обоснованно рекомендованному перечню.
3. Уполномоченный специалист по социальной работе получает результаты интервью по БТ из ЕИС СДУ и вместе с клиентом/его законным представителем составляет ИППСУ.

После проведения типизации, органы социальной защиты формируют и согласуют с получателем услуг СДУ и его близкими программу оказания социальных услуг, используя для этого следующие данные: перечень и стандарты оказания услуг, действующие в субъекте РФ, результаты заполнения БТ получателя услуг СДУ, данные из медицинских организаций о назначениях и

(или) противопоказаниях, поступившие по информационным каналам межведомственного взаимодействия.

Результаты типизации должны планово пересматриваться (плановая перетипизация).

При изменении группы ухода, ИППСУ должна быть пересмотрена, и объем ухода (количество часов) должен в результате соответствовать текущей группе ухода.

Внеплановая перетипизация будет проводиться в случае возникновения обстоятельств, которые улучшили функционирование, например, реабилитация после травмы, или его ухудшили, например, возникновение тяжелого заболевания. Также возможно проведение внеплановой диагностики после возникновения тяжелой жизненной ситуации, например, потери родных и близких и т.п.

Процесс типизации, ее регламент и объем ухода, в целом, определяются нормативными актами в каждом субъекте Российской Федерации. При этом, для каждой функциональной группы формируются рекомендации Министерства труда и социальной защиты РФ по перечню и кратности оказания услуг, которые будут оказывать человеку, относящемуся к данной группе, а также количество визитов в неделю социальных работников и/или помощников по уходу, позволяющих оказывать своевременные и качественные услуги в объеме, достаточном для поддержания полноценной жизни гражданина.

В каждом регионе должны быть актуализованы разработанные и утверждённые стандарты социальных услуг, предоставляемых в форме социального обслуживания на дому, в стационарной и полустационарной формах, и актуализирована кратность предоставления услуг в зависимости от группы ухода.

Необходимо отделение функции проведения типизации от функции последующего предоставления социальных услуг и медицинской помощи, во избежание возможных последующих злоупотреблений как со стороны работников, могущих завышать или занижать необходимые объемы услуг, так и со стороны организаций, потенциально имеющих прямую заинтересованность в увеличении объема оказываемых услуг. Одной из форм работы в части типизации в рамках СДУ является установление договорных отношений с профессиональной негосударственной организацией, отбираемой по конкурсу и оказывающей исключительно данную услугу (проведение типизации) в области предоставления социальных услуг.

С целью обеспечения единых подходов к определению индивидуальной нуждаемости в рамках СДУ рекомендуется органам социального обслуживания субъектов РФ использовать единую методологию типизации граждан, нуждающихся в долговременном уходе, что позволит осуществлять

прогнозирование по количественным и качественным характеристикам ключевых элементов СДУ и вести необходимый статистический учет, который в настоящее время осуществлять не представляется возможным.

После оценки функционирования по БТ и внесения данных в ЕИС СДУ, должно быть принято решение о форме предоставления социального обслуживания.

В зависимости от группы функционирования человеку могут быть предложены все формы социального обслуживания: надомная, полустационарная и стационарная. Важно отметить, что обслуживание может соединять в себе чередование или сочетание форм. Например, социальное обслуживание на дому (три дня в неделю) и полустационарная форма в формате центра дневного пребывания для граждан с когнитивными нарушениями (три дня в неделю).

УХОД И СОПРОВОЖДЕНИЕ

Уход в СДУ включает в себя комплекс мероприятий, призванных минимизировать, реабилитировать или компенсировать потерю самостоятельного физического или психического функционирования. Эта помощь должна распространяться как на основные виды повседневной активности, такие как купание, одевание, питание, так и на возможность получать образование, занятость, досуг и социализацию.

Долговременный уход включает в себя элементы реабилитации и абилитации.

Реабилитация представляет собой процесс полного или частичного восстановления способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности, что обеспечивает возможность сохранять независимость и быть активным членом общества. Медицинская и социальная реабилитация, в их сочетании и взаимодействии, должны поддерживать гражданина на протяжении всего времени получения услуг в СДУ.

Абилитация (в случае инвалидности) – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности – призвана максимально повысить качество жизни и социализировать получателя услуг СДУ.

Реабилитация и абилитация направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности людей в целях их социальной адаптации, включая восстановления ими материальной независимости и ведение полноценной социальной, производственной и личной жизни.

Социализация в СДУ – основополагающая часть достижения максимального качества жизни граждан, нуждающихся в уходе, возвращения их в социум, а также возможность продолжать образ жизни, максимально приближенный к привычному образу жизни гражданина до появления функционального

дефицита, если речь идет о приобретенных, а не врожденных ограничениях. Социализация включает в себя все аспекты полноценной жизни человека: поддержание и развитие социальных связей, возможность реализовывать себя профессионально, продолжать образование, поддерживать посильную занятость, иметь полноценный досуг и т.д.

Социализация необходима во всех формах социального обслуживания, и на дому, и в полустационаре, и в стационаре, для всех людей с ограничениями жизнедеятельности, приводящими к зависимости от посторонней помощи

Весь комплекс мероприятий по социальной реабилитации, абилитации направлен на максимальную социализацию – интеграцию и реинтеграцию людей в социальную среду. Это относится без исключения ко всем гражданам, являющимся получателями услуг СДУ, в том числе ЛОУ, вне зависимости от места и форм проживания, получения услуг и (или) тяжести состояния.

Принципами социальной реабилитации являются индивидуальный подход к определению объёма, характера и направленности социально-реабилитационных мер в соответствии с особенностями психосоциального или физического дефицита; последовательность и непрерывность в проведении социально-реабилитационных мероприятий; направленность на обычные жизненные требования и достижение более высокого уровня социальной компетенции; своевременность и этапность социально-реабилитационных мероприятий с определением конкретных задач и временного периода каждого этапа; дифференцированность, системность и комплексность социально-реабилитационных мероприятий.

В организацию ухода и сопровождения должны быть вовлечены медицинские и социальные работники, специалисты по комплексной реабилитации, массажисты, инструкторы ЛФК, психологи, физиотерапевты, эрготерапевты, логопеды, инструктора по трудотерапии и др., гериатры, специалисты по паллиативной помощи, помощники по уходу (сиделки), прочий персонал.

В отношении каждого получателя услуг СДУ в соответствии с объемом услуг, определенных ИППСУ, разрабатывается индивидуальный план ухода (ИПУ) – документ, в котором поставлены цели ухода, направленные на развитие или поддержание способности к самообслуживанию и профилактику рисков осложнений с учетом индивидуальных проблем и ресурсов получателя социальных услуг.

ИПУ разрабатывается с учетом индивидуальной нуждаемости, изучения показателей здоровья, результатов специальной диагностики, проблем и ресурсов, способностей и других характеристик получателя услуг СДУ. ИПУ основывается на наблюдениях персонала по уходу, и является логичным продолжением индивидуальной программы предоставления социальных услуг

(ИППСУ) и определяет конкретные мероприятия по достижению поставленных целей.

Наличие ИПУ позволяет грамотно обеспечить штатную расстановку персонала, выполнять стандарты оказания социальных и медицинских услуг, вести контроль за выполнением целей ухода, быстро получать информацию о состоянии получателя социальных услуг из одного источника.

Индивидуальный план ухода содержит подробный перечень видов работ, которые должен выполнить социальный работник (помощник по уходу). План направлен на достижение целей ухода по различным направлениям, которые определяет руководитель структурного подразделения/член комплексной команды/социальный работник. Обязательной частью плана является график работы ухаживающего персонала с указанием частоты выполнения каждой услуги в течение дня/недели/месяца (для надомной формы обслуживания). Эти сведения не могут противоречить стандартам оказания услуг, принятым в установленном законодательством порядке.

Для координации работы в рамках индивидуального плана ухода ведется соответствующая документация. Оказание услуг СДУ должно обеспечивать человеку равный объем ухода, где бы он ни находился, в социальном учреждении или у себя дома.

Вся актуальная информация о ИППСУ, индивидуальном плане уходе, медицинских рекомендациях, нахождении человека в учреждениях здравоохранения или соцзащиты и о выписке из них, должна вноситься в ЕИС СДУ.

СДУ в различных формах социального обслуживания

Надомная форма обслуживания – является наиболее распространенной и позволяет сохранить привычный уклад жизни гражданина и его социальные связи. При оказании необходимых услуг в надомной форме, необходимо обеспечить кратность и частоту обслуживания, соответствующих витальным потребностям получателей услуг. При этом, необходимо руководствоваться минимальным объемом предоставления социальных услуг для самой тяжелой группы ухода – не менее 28 часов в неделю и до семи дней в неделю в рамках гарантированного перечня услуг субъекта РФ. Максимальный объем услуг для каждой группы ограничен только финансовыми возможностями субъекта РФ.

Данная Модель содержит перечень услуг, которые целесообразно использовать при внедрении СДУ (Приложение 1).

В рамках СДУ органы здравоохранения субъекта РФ плотно взаимодействуют с органами социальной защиты населения на всех этапах СДУ, насыщая

медицинской компонентой как социальное обслуживание в надомной форме, так и в стационарной и полустационарной. Целью такой работы является предоставление необходимого объема медицинской помощи для граждан всех групп ухода, получающих услуги в рамках СДУ. Граждане, отнесенные по результатам типизации к тяжелым группам ухода и не имеющие возможности самостоятельного посещения амбулаторных медицинских организаций по состоянию здоровья, в рамках СДУ должны быть охвачены регулярным медицинским патронажем, осуществляемым средним медицинским персоналом с кратностью, рекомендованной терапевтом или гериатром, с целью регулярного контроля их состояния, а также проведения необходимых медицинских манипуляций на дому для поддержания их жизнедеятельности.

Работа персонала организаций социального обслуживания и здравоохранения должна быть организована путем формирования мультидисциплинарной команды для каждого получателя услуг СДУ. Полный перечень врачебного и среднего медицинского персонала, целесообразного для включения в мультидисциплинарную команду для каждого отдельного гражданина, устанавливает врач-терапевт или врач-гериатр. Целесообразная форма работы каждого участника мультидисциплинарной команды с гражданином устанавливается в соответствии с географическими и иными особенностями субъекта РФ, при этом, целесообразно использовать мобильные бригады, сформированные для предоставления гериатрической, паллиативной помощи и реабилитации, максимально сохраняя получателя услуг СДУ в привычных для него домашних условиях, если на дому не представляется опасности для жизни и здоровья последнего.

В СДУ рамках предоставления медицинской помощи в стационарных организациях здравоохранения для граждан, зависимых от посторонней помощи, необходимо обеспечить непрерывность предоставления ухода. Каждый субъект, внедряющий СДУ, должен привести штатную численность младшего персонала, осуществляющего уход за гражданами, нуждающимися в посторонней помощи в силу устойчивых ограничений жизнедеятельности либо после недавно перенесенной травмы или операции, в стационарных учреждениях здравоохранения, в соответствие с рекомендованными нормативами персонала по уходу для стационарных организаций всех форм подчинения, то есть не менее одного сотрудника по уходу на восемь нуждающихся в уходе и сопровождении граждан.

Технологией, позволяющей обеспечить качественный уход и сопровождение гражданам с когнитивными, физическими или сочетанными нарушениями, является **организация сопровождаемого проживания.**

Сопровождаемое проживание – это качественно новый подход к организации жизни граждан, имеющих стойкие ограничения жизнедеятельности.

Услуги сопровождаемого проживания могут и должны предоставляться с применением различных технологий, в том числе таких стационарозамещающих технологий, как «Тренировочное проживание», «Сопровождаемое совместное проживание малых групп инвалидов в отдельных жилых помещениях», «Индивидуальное сопровождаемое проживание».

При определении перечня социальных и медицинских услуг в рамках долговременного ухода, необходимых при сопровождаемом проживании, следует учитывать дифференциацию объемов услуг в зависимости от группы ухода, которые определяются на основании типизации.

Когнитивные нарушения представляют максимальное количество баллов при проведении типизации, что соответствует предельному объему услуг, определяемому в часах, для каждого субъекта, но не менее 28 часов до семи дней в неделю. Таким образом, получатели услуг из тяжелых групп ухода вследствие когнитивных нарушений, проживая вместе малыми группами, суммируют полученные объемы услуг и выходят на постоянное круглосуточное сопровождение группы.

При организации сопровождаемого проживания следует обеспечить предоставление социальных услуг в соответствии с индивидуальными программами предоставления социальных услуг и индивидуальными планами ухода.

При организации мероприятий по социальному сопровождению при сопровождаемом проживании рекомендуется осуществлять привлечение организаций, предоставляющих психологическую, педагогическую, юридическую медицинскую, социальную помощь, не относящуюся к социальным услугам, на основании межведомственного взаимодействия.

Мероприятия по сопровождаемому проживанию в рамках долговременного ухода подлежат отражению в индивидуальном плане уходе.

Мероприятия по сопровождаемому проживанию рекомендуется определять исходя из принципов, обеспечивающих необходимость ориентации на нормализацию жизни человека с инвалидностью, комплексный подход при оказании услуг, индивидуальный подход (оказание помощи соразмерно потребностям), создание условий проживания малыми группами или индивидуально, ориентацию на развитие самостоятельности.

Индивидуальное сопровождаемое проживание, получающих услуги в рамках долговременного ухода, рекомендуется для тех граждан, которые нуждаются в периодическом сопровождении.

В рамках полустационарной формы обслуживания граждан в СДУ должны быть организованы основные сервисы, направленные на поддержание качественной и полноценной жизни получателей услуг СДУ в привычных

домашних условиях, а также для поддержки родственников и иных лиц, осуществляющих уход. В каждом субъекте Российской Федерации необходимо обеспечить наличие основных элементов этих сервисов.

Так, необходимо наличие достаточного количества центров (отделений) дневного пребывания со специализацией «Нарушение когнитивных функций», «Ограничения мобильности» и проч., работающих в еженедельном режиме и принимающих группы на регулярные занятия от двух до пяти дней в неделю. Для организации работы вышеуказанных групп центры дневного пребывания должны брать на себя решение вопроса доставки получателей услуг СДУ в центр и обратно, а также организацию горячего питания получателей услуг в дни посещения центра. Функционирование таких центров дневного пребывания позволяет разгрузить родственников, а также максимально социализировать получателей услуг СДУ, зачастую подверженных социальной изоляции и одиночеству. Для разных групп, посещающих эти центры, необходима разработка разных типов дневной занятости, от простейших занятий на развитие мелкой моторики, позволяющих приостановить возраст-ассоциированные когнитивные нарушения, до организации учебных трудовых мастерских и учебных классов для молодых инвалидов.

Еще одно мерой поддержки лиц, осуществляющих уход, должны быть отделения временного пребывания. Они необходимы для временного предоставления услуг в стационарной форме получателю услуг СДУ с целью организации «отпуска от ухода» («социальной передышки») и профилактики выгорания для родственников и близких гражданина с устойчивыми ограничениями жизнедеятельности, в рамках поддержки неформального ухода. Лица, осуществляющие уход, должны заблаговременно подавать заявку на получение такой услуги в координационный центр, затем сотрудники организации социального обслуживания должны оказать помощь в сборе и подготовке документов для организации пребывания получателя услуг в стационарной организации социальной защиты на время отпуска или отсутствия лица, осуществляющего уход за гражданином на постоянной основе.

Социальные сервисы

Необходимо наличие укомплектованных пунктов проката технических средств реабилитации, направленных на максимальную поддержку как получателей услуг СДУ, так и лиц, осуществляющих уход.

Необходимо наличие достаточного количества школ ухода, обеспечивающих обучение лиц, осуществляющих уход, как в заочном (онлайн) формате, так и в групповом формате, а также в формате индивидуальных консультаций с выходом на дом для предоставления услуги по консультированию семей получателей услуг СДУ по переобустройству и адаптации жилых помещений с целью создания безопасной и полезной среды на дому. Необходимо, чтобы лица, осуществляющие

уход, получали информацию о наличии таких школ еще на этапе выписки их родственника из учреждения здравоохранения.

Социальные услуги в **стационарной форме** предоставляются их получателям при постоянном, временном (на срок, определенный индивидуальной программой) или пятидневном (в неделю) проживании. Стационарная форма социального обслуживания граждан призвана обеспечить постоянный уход за получателями услуг СДУ, нуждающимися в круглосуточном уходе и присмотре вследствие тяжелых функциональных расстройств, включающих как физические, так и когнитивные нарушения. Кроме того, стационарная форма обслуживания сохраняет актуальность для получателей социальных услуг, не имеющих возможности проживать на дому по социальным причинам вследствие обстоятельств, представляющих угрозу жизни и здоровью граждан (семейное насилие, ветхое жилье, отсутствие условий для проживания и т.д.).

В рамках предоставления услуг СДУ в стационарной форме необходимо, с помощью межведомственного взаимодействия, обеспечить компоненту охраны здоровья получателей услуг СДУ, включающую плановые диспансеризации, регулярную медицинскую помощь и контроль за состоянием здоровья каждого получателя услуг СДУ.

Для оптимальной организации непрерывного процесса ухода необходимо ведение документации по уходу в учреждении на каждого получателя услуг СДУ, включающей исчерпывающие сведения по семейному статусу гражданина, его биографию, результаты типизации, рекомендации органов здравоохранения, ежедневную фиксацию улучшений или ухудшений жизнедеятельности гражданина и т.д. Собранная в одном месте информация позволит обеспечить своевременное и качественное наблюдение за состоянием получателей социальных услуг всеми членами мультидисциплинарной команды, давать объективную оценку изменений состояния получателей услуг СДУ. Кроме того, предлагаемая документация является подтверждением исполнения персоналом по уходу и иными специалистами организаций социального обслуживания мероприятий по уходу и социализации, с личной подписью ответственного персонала.

С целью оказания качественных услуг в рамках стационарных учреждений социального обслуживания, необходимо обеспечить достаточное количество персонала по уходу и социализации, из расчета не менее чем один помощник по уходу на восемь получателей услуг СДУ, относящимся к тяжелым группам ухода по результатам проведенной типизации, а также необходимое количество персонала для максимальной социализации и социальной реабилитации, таких как организаторы досуга, воспитатели, инструкторы по трудотерапии и т.д.

Кроме того, во всех отделениях стационарных учреждений, включая отделения милосердия и геронтопсихиатрические отделения, должны быть обеспечены

общие зоны для приема пищи, досуга, занятий и трудотерапии получателей услуг СДУ.

Важным представляется максимальная активизация и реабилитация каждого получателя услуг СДУ, максимальное возвращение его к активной жизни. Положительная динамика возвращения утраченных функций, повышения качества жизни или отсутствие оной динамики отражаются в Индивидуальном плане ухода и служат одним из критериев оценки работы персонала.

Важным элементом для качественного оказания услуг в стационаре является наличие в учреждении необходимого оборудования для ухода и социализации, а также расходных материалов и средств по уходу.

Задачи системы долговременного ухода в любых формах социального обслуживания не могут быть достигнуты без создания специального комплекса мер, обеспечивающих наибольшую возможность для максимального поддержания способности людей ухаживать за собой самостоятельно (максимально возможная независимость и автономия) (далее – терапевтическая среда).

В данном случае, под терапевтической средой подразумеваются все компоненты окружающей среды – физический (физические условия, среда, в которой живет человек), психологический и социальный. Речь идет о создании такой среды, в которой присутствуют условия для использования всех методов реабилитации, лечения и ухода, в зависимости от индивидуальной нуждаемости.

Создание терапевтической среды является необходимым для любого гражданина, признанного нуждающимся в СДУ, имеющего ограничения в контактах с внешним миром. При этом, главная цель такой среды – формирование вокруг получателей услуг атмосферы востребованности и заинтересованности; среда должна активировать граждан, побуждать их к организации своего времени.

Важнейшей составляющей при оказании социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания является наличие преемственности социального обслуживания при переводе воспитанников из числа инвалидов с детства стационарных учреждений социального обслуживания для детей, как с сохранным интеллектом, так и с нарушениями в интеллектуальном развитии, в стационарные учреждения социального для взрослых.

Воспитанники стационарных учреждений социального обслуживания для детей могут быть переведены во взрослые стационарные учреждения при условии невозможности на день помещения вернуть воспитанника в семью, установить над ним опеку, или предоставить ему самостоятельное проживание.

При переводе в стационарные учреждения социального обслуживания для взрослых необходимо в отношении каждого воспитанника, подлежащего переводу, организацией для детей подготовить индивидуальные планы дальнейшего развития воспитанника, с учетом полученного ими образования, в том числе дополнительного, их привычек и привязанностей, личных пожеланий и стремлений по дальнейшему жизнеустройству.

Стационарными учреждениями социального обслуживания для взрослых должны быть созданы условия для реализации индивидуальных планов развития поступающих воспитанников, в том числе с учетом дальнейшей их социализации, трудоустройства и т.д.

Стационарными учреждениями социального обслуживания для детей необходимо в течение шести месяцев проводить сопровождение воспитанника во взрослом учреждении с целью их адаптации к новым условиям жизни.

Меры поддержки лиц, осуществляющих уход, включают в себя, помимо мер финансовой, психологической и юридической поддержки, предусмотренной законодательством и разрабатываемых каждым субъектом в меру финансовых и организационных возможностей, организацию упомянутых выше сервисов ЦДП, центров проката ТСР, Школ ухода.

Регионы должны быть стимулированы вводить иные формы поддержки лиц, осуществляющих уход: финансовые и другие формы поощрения родственников, осуществляющих уход, и др.

Помимо создания данных сервисов необходимо обеспечить информирование населения об имеющихся возможностях в рамках системы долговременного ухода.

СКВОЗНЫЕ ПРОЦЕССЫ СДУ

Координация предполагает регламентированное и отлаженное взаимодействие, прежде всего, социальных и медицинских служб, а также всех специалистов и граждан, задействованных, как в формальном, так и неформальном уходе.

Координация требует выстраивания правильной и эффективной коммуникации и взаимодействия всех участников в процессе оказания помощи.

Для обеспечения координации необходим сбор и хранение всей необходимой для организации долговременного ухода информации о статусе клиента.

Ключевым механизмом координации является *Координационный центр (КЦ)*. Способы организации и формы работы координационных центров определяются

регионами РФ. Одним из возможных решений является создание КЦ на базе комплексного центра социального обслуживания, расположенного в областном центре.

Возможный набор функций КЦ:

- Call-центр (с дополнительной функцией Горячей линии)
- IT-поддержка и взаимодействие с базами данных, содержащих необходимую для организации ухода информацию
- Учет, отчетность, статистика

Оптимальным it-решением для хранения необходимой информации о клиентах СДУ и координации деятельности по оказанию услуг является формирование ЕИС СДУ.

ЕИС СДУ – это единая (для региона) информационная система. На пилотном этапе прототип ЕИС СДУ может создаваться либо как подсистема Единой государственной информационной системы социального обеспечения (ЕГИССО), либо на базе существующих в регионах информационных систем социального обслуживания или здравоохранения.

Профайл клиента в ЕИС СДУ должен содержать, как минимум, 3 основных блока информации:

- Данные для идентификации (СНИЛС, паспорт, ФИО, состав семьи, уровень подушевых и индивидуальных доходов и др.)
- Данные для социального обслуживания (включая функциональную группу)
- Медицинские рекомендации по уходу и реабилитации

Основные участки межведомственного взаимодействия в рамках этапов реализации СДУ

На этапе Выявления:

- органы здравоохранения направляют в Координационный центр данные о потенциальном Клиенте СДУ, выявленном в медицинских организациях, по утвержденной НПА субъекта форме
- направляемые данные включают информацию о потенциальном клиенте СДУ, в том числе его ФИО, координаты для связи, адрес проживания, информацию о ЛОУ (при наличии), ограничения жизнедеятельности, отметку о получении согласия на обработку и передачу персональных данных
- иные органы государственной власти и вовлеченные в СДУ организации направляют информацию о выявленном ими потенциальном Клиенте СДУ, по каналам утвержденной в НПА субъекта форме, используя каналы межведомственного взаимодействия

На этапе Типизации:

- Координационный центр запрашивает органы здравоохранения субъекта РФ о наличии в медицинских организациях данных об ограничениях жизнедеятельности потенциального Клиента СДУ, в отношении которого проводится процедура типизации
- органы здравоохранения направляют в адрес Координационного центра данные о наличии таких ограничений жизнедеятельности в установленной форме, а также информацию о наличии согласия Клиента СДУ на обработку и передачу персональных данных

На этапе Ухода и помощи

- Организации, вовлеченные в процесс работы с Клиентом СДУ и ЛОУ, поддерживают актуальными данные календаря (включая даты и время) плановых посещений соответствующими работниками, предоставляя эти данные всем участникам мультидисциплинарной команды
- Органы социального обслуживания поддерживают актуальными данные по оказываемым социальным услугам для Клиента СДУ и ЛОУ (перечень услуг на каждое посещение), предоставляя данные медицинским работникам, вовлеченным в процесс работы с соответствующими Клиентом СДУ и ЛОУ
- Организации социального обслуживания указывают текущие цели ухода (со стороны органов социального обслуживания) в отношении Клиента СДУ, предоставляя данные медицинским работникам, вовлеченным в процесс работы с соответствующими Клиентом СДУ и ЛОУ
- Медицинские работники, осуществляющие работу с Клиентом СДУ и ЛОУ, направляют в адрес социального куратора пары «Клиент СДУ и ЛОУ» предложения по актуализации (внесению изменений) в цели ухода и рекомендации в отношении оказываемых социальных услуг.
- Социальные работники (помощники по уходу) через социальных координаторов направляют запросы в адрес медицинских работников (через лечащего врача или врача-гериатра) по тем или иным вопросам, имеющим отношение к оказанию социальных услуг Клиенту и ЛОУ
- Органы здравоохранения направляют актуальную информацию о госпитализации и выписке Клиента СДУ или ЛОУ в кратчайшие сроки по факту такой госпитализации/выписки
- Органы здравоохранения направляют информацию о серьезном изменении состоянии здоровья Клиента СДУ и ЛОУ в кратчайшие сроки после выявления такого факта

- Органы социального обслуживания направляют информацию в органы здравоохранения о критических изменениях жизненных обстоятельств Клиента СДУ и ЛОУ (смерть родственника и проч.)
- Лечащий врач (при наличии, врач-гериатр) определяет перечень особо контролируемых социальными работниками (специалистами по уходу) показателей для каждого Клиента СДУ, охваченного медицинским патронажем
- Социальные работники (специалисты по уходу) через социальных координаторов направляют информацию лечащему врачу (при наличии, врачу-гериатру) по факту определения проблемы среди особо контролируемых показателей, контролируемых социальными работниками (помощниками по уходу)

Ведущим принципом функционирования СДУ, обеспечивающим координацию работы всех специалистов и лиц, задействованных в уходе, является кейс-менеджмент.

Все процессы, действия, принятие решений в рамках СДУ требуют координации, на уровне межведомственного взаимодействия (НПА), на уровне функционала специалистов и сотрудников (регламенты, инструкции) и также на уровне взаимодействия всех участников между собой, с учетом интересов целевых групп СДУ. Координация такого рода требует организации эффективной коммуникации между участниками СДУ.

Фактически, за вопросы координации в СДУ, в рамках «ведения случая», должны отвечать специалисты - Социальные координаторы, задачами которых являются: отработка заявок от граждан по «горячей линии», контроль процессы осуществления межведомственного взаимодействия и курирование нуждающихся в СДУ граждан на порайонной основе, включая их посещение по месту получения услуг. Функция социального координатора может быть возложена на социального работника.

Таким образом, ключевые функции координатора сводятся к следующему:

- координация межведомственного взаимодействия в отношении конкретного гражданина, получающего услуги СДУ, включая оперативную помощь в трудных жизненных ситуациях и координацию усилий по уходу с родственниками и окружение гражданина;
- контроль за соблюдением регламентов и порядков предоставляемых услуг в отношении конкретного гражданина, нуждающегося в СДУ.

В случаях, когда получателю услуг СДУ в период ухода должно быть организовано передвижение в дневной центр, на госпитализацию в учреждение здравоохранения, на временное пребывание в стационар социального

обслуживания (например, во время отпуска от ухода его родным), социальный координатор, в случае необходимости, должен помочь с организацией транспортировки, либо организовать встречу и сопровождение силами сотрудников социальных учреждений.

Маршрутизация состоит в: а) определении места оказания гражданину социального обслуживания и медицинской помощи в рамках СДУ; б) организации передвижения гражданина, нуждающегося в СДУ, между домом и учреждениями, оказывающими социальное обслуживание и медицинскую помощь в рамках СДУ.

Информация о перемещении гражданина при оказании ему услуг СДУ должна быть отражена в ЕИС СДУ.

Обеспечение маршрутизации может быть возложено на органы соцзащиты, организации, оказывающие социальную и медицинскую помощь, координационный центр.

Для обеспечения передвижения людей с дефицитом самообслуживания, особенно маломобильных и немобильных, необходимо наличие специального транспорта: социальное такси, специально оборудованные машины.

Информирование повышает эффективность и результативность использования возможностей СДУ и обеспечивает:

- прозрачность функционирования системы длительного ухода;
- возможность доступа к необходимой информации для всех целевых групп СДУ.

При получении услуг в рамках СДУ, граждане должны быть обеспечены всей необходимой информацией о плане ухода и возможностях использования сервисов СДУ.

Функции информирования выполняют ЕИС СДУ, а также специалисты и учреждения, оказывающие услуги в рамках СДУ.

Функционирование СДУ предполагает как наличие базовых, специализированных интернет ресурсов, так и дополнение действующих информационных ресурсов всех ведомств, задействованных в СДУ, информационными и методическими материалами, адресованными целевым группам СДУ.

Для достижения эффективности коммуникации необходимо, чтобы все ее участники – специалисты, люди, нуждающиеся в длительном уходе, родственники и иные лица, осуществляющие длительный уход, - были достаточным образом **информированы** о самой системе, существующих сервисах, инфраструктуре, услугах, своих правах и возможностях. Этим достигается открытость и клиенто-ориентированность СДУ.

Наличие полноценной информации о каждом элементе СДУ является одним из необходимых условий принятия решения при выборе методов ухода, места ухода, использования сервисов и т.д. Это относится ко всем трем целевым группам СДУ.

Правильное отношение к полученной информации, возможность эффективно воспользоваться ей, возможность принять осознанные решения, обеспечивается **просвещением**. Просвещение необходимо для формирования современного и мотивированного отношения людей как к системе долговременного ухода в целом, так и к идеологии ухода, выбору определенных методов, технологий, использованию современных средств. Просвещение формирует отношение к гражданам, имеющим функциональные ограничения, а также лицам, осуществляющим уход, к их потребностям, способствует выработке идеологии ухода и соблюдения норм этой идеологии у специалистов.

Для продвижения возможностей СДУ, сервисов, услуг, а также стандартов образа жизни используется **социальная реклама**. Социальная реклама в рамках СДУ способствует необходимым изменениям моделей общественного поведения относительно потребностей граждан с функциональными ограничениями, и ухаживающими за ними родственниками и специалистами.

Информирование, просвещение и социальная реклама – составляют обязательные элементы системы информирования о СДУ.

С целью обеспечения единых подходов к запуску СДУ в РФ необходимо рекомендовать органам социального обслуживания и здравоохранения субъектов РФ использовать единую методологию осуществления информирования граждан о СДУ, что позволит проводить единую политику, направленную на системное стимулирование данных процессов.

Контроль качества – это оперативные меры, призванные обеспечить непрерывность услуг долговременного ухода в их удовлетворительном качестве.

Комплексный подход к созданию системы контроля качества в рамках СДУ предполагает наличие общих стандартов, как оказания услуг, так и оценки качества ухода, внедрение it-решений для организации ухода во всех формах предоставления услуг СДУ.

Одной из обязательных мер по обеспечению качества работы СДУ является открытость учреждений, входящих в систему (домов-интернатов, ДДИ, ПНИ и т.д.).

Помимо государственных проверок работы организаций, оказывающих услуги СДУ, необходимо наличие независимой проверки качества, обеспечиваемое общественными организациями, имеющими экспертный опыт в области СДУ.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ СДУ

Подготовка кадров

Необходимым условием функционирования СДУ является наличие стройной системы подготовки и переподготовки квалифицированных кадров.

Современный подход к уходу предполагает также разветвленную систему обучения граждан, задействованных в родственном уходе.

Первым шагом в развитии системы обучения должна стать переподготовка имеющихся сотрудников для работы в новой системе долговременного ухода. Последующие шаги должны быть направлены на создание системы профессиональной подготовки кадров для СДУ.

В рамках СДУ должны быть соответствующим образом модернизированы (при необходимости созданы) федеральные и региональные центры повышения квалификации специалистов. Под новую модель СДУ должны быть переработаны программы подготовки специалистов в системе среднего и высшего профессионального образования.

В рамках системы должны также быть:

- созданы центры дополнительного образования;
- созданы школы ухода для лиц, осуществляющих уход, очной и дистанционной форм, включая консультации специалистов на дому, в том числе и по переоборудованию жилища.

Основные специальности, требующие дообучения в СДУ

В социальной компоненте СДУ:

- санитарка
- помощник по уходу (сиделка)
- социальный работник
- организатор досуга
- постовая медсестра, старшая медсестра стационарного учреждения социального обслуживания
- младший медицинский персонал стационарного учреждения социального обслуживания
- врачебный персонал стационарных учреждений социального обслуживания
- руководящий состав стационарного учреждения социального обслуживания

- руководящий состав центра социального обслуживания населения

Обучение линейного персонала целесообразно организовывать силами наиболее опытных специалистов по социальной работе, проживающих в субъекте РФ, предварительно проведя их дообучение как по профессиональным навыкам, так и по навыкам преподавания. Данное обучение целесообразно централизовать в регионе на базе либо действующей образовательной организации социального или медицинского направления, либо необходимо создать такую организацию в кратчайшие сроки после начала работ по созданию СДУ.

Обучение медицинского персонала социальной компоненты (медицинские работники учреждений социального обслуживания) – обязанность органов социального обслуживания. При этом, необходимо отметить существующий невысокий уровень квалификации такого персонала, в среднем по РФ, что обусловлено исключительно решением задач наличия обязательных документов для ведения таким персоналом своей профессиональной деятельности. Данная ситуация является неприемлимой для внедрения долговременного ухода и требует серьезного повышения квалификации указанных работников за счет органов социального обслуживания населения субъекта РФ. При невозможности обеспечения системного повышения квалификации указанного персонала необходимо рассмотреть возможности передачи указанных специалистов в органы здравоохранения с обязательным сохранением медицинского обслуживания по каждому направлению в соответствующих учреждениях социального обслуживания.

К обучению руководящего состава организаций социального обслуживания целесообразно привлекать ведущих специалистов по долговременному уходу, владеющих как соответствующей методологией, так и опытом работы в социальной сфере. Также целесообразно рассмотреть возможность включить в программу обучения данной категории работников ознакомление с лучшими мировыми практиками организации работы соответствующих учреждений в странах с развитой системой долговременного ухода.

В медицинской компоненте СДУ:

- врачи-гериатры
- гериатрические медицинские сестры
- врачи паллиативной помощи
- врачебный персонал и специалисты по реабилитации
- физические терапевты, логопеды, кинезиотерапевты и т.д.
- средний медицинский персонал амбулаторий

Обучение всех специалистов органов здравоохранения необходимо осуществлять силами и за счет органов охраны здоровья граждан в соответствии с действующими порядками и нормативной документацией.

Отдельно требуется остановиться на необходимости решения вопроса наличия достаточного количества младшего медицинского персонала в больницах для обеспечения непрерывности ухода. Решение данного вопроса возлагается на субъект РФ, внедряющий Систему долгосрочного ухода.

Обучение руководящего состава органов социального обслуживания и здравоохранения, в том числе: руководителей органов, их заместителей и курирующих заместителей председателя правительства (вице-губернатора) необходимо планировать комплексно, включая следующие направления:

- проведение региональных семинаров по внедрению СДУ в регионе, с одновременным участием не только указанных должностных лиц, но и руководителей вовлекаемых в СДУ организаций социального обслуживания субъекта РФ
- проведение индивидуальных коуч-сессий по организации СДУ в субъекте РФ
- проведение встреч с представителями различных субъектов РФ для обмена опытом
- осуществление выездов за рубеж для ознакомления с лучшими международными практиками организации СДУ

При планировании своей деятельности и работы подчиненных на последующие периоды, руководителям региональных органов исполнительной власти необходимо изыскать ресурсы для осуществления всех указанных мероприятий.

Инфраструктура

Инфраструктура СДУ включает в себя элементы, обеспечивающие уход и социализацию в учреждениях и на дому.

Организация долгосрочного ухода предполагает наличие сбалансированной системы учреждений, квалифицируемых по формам обслуживания, профилю подчинения, организационно-правовым формам.

В СДУ в регионе должны быть включены как государственные, так и негосударственные учреждения. Это требует создания благоприятных условий для развития негосударственных учреждений.

Целевая модель инфраструктуры сохраняет структурную типологию учреждений, заложенную в Федеральный закон "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" от 28.12.2013 № 442-ФЗ.

Помимо учреждений, работающих в сфере социальной защиты населения, в инфраструктуру долговременного ухода включаются также учреждения, подведомственные Министерству здравоохранения, как амбулаторного, так и стационарного звена, а также гериатрического и реабилитационного профилей, оказывающие паллиативную помощь: хосписы, паллиативные отделения в больницах, выездные паллиативные и гериатрические службы.

Дооснащение всех учреждений, входящих в СДУ, должно осуществляться в соответствии с современными требованиями к организации ухода.

Инфраструктура СДУ может развиваться на рыночных принципах частно-государственного партнерства. Поставщики услуг по уходу в системе социального обслуживания должны удовлетворять требованиям Федерального закона "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" от 28.12.2013 № 442-ФЗ.

Нормативно-правовое регулирование в СДУ

В настоящее время термин «Долговременный уход», объединяющий по факту работы органов и организаций социального обслуживания здравоохранения населения, находится вне правового поля, не являясь частью ФЗ №442 и ФЗ №323. Это накладывает серьезный отпечаток на деятельность по внедрению СДУ в России, однако не является непреодолимым препятствием для осуществления такового внедрения.

Нормативно-правовая структура Системы долговременного ухода в субъектах РФ для территорий, охваченных СДУ, должна быть представлена следующими актуальными документами:

1. Гарантированный перечень социальных услуг, соответствующий рекомендуемому (Приложение №1)
2. Стандарты оказания социальных услуг, соответствующий рекомендуемому (Приложение №1)
3. Технологии оказания социальных услуг.
4. Приказ (соглашение) О межведомственном взаимодействии между органами социального обслуживания населения субъекта РФ и органами и организациями, вовлеченными в процесс функционирования СДУ, включающее:
 - а. Детализированный механизм направления данных в органы социального обслуживания о потенциальных Клиентах СДУ
 - б. Детализированный процесс направления из органов здравоохранения в органы социального обслуживания данных, содержащих ограничения жизнедеятельности Клиентов СДУ и ЛОУ, включая форму передачи данных, ответственных, сроки, механизм и проч.
 - в. Детализированный механизм обмена данными между органами социального обслуживания и здравоохранения на этапе Ухода и помощи, включая:

- актуальными данные календаря плановых посещений соответствующими работниками
 - данные по оказываемым социальным услугам для Клиента СДУ и ЛОУ
 - текущие цели ухода в отношении Клиента СДУ
 - предложения по актуализации (внесению изменений) в цели ухода и рекомендации в отношении оказываемых социальных услуг.
 - запросы в адрес медицинских работников по тем или иным вопросам, имеющим отношение к оказанию социальных услуг Клиенту и ЛОУ
 - информацию о госпитализации и выписке Клиента СДУ или ЛОУ
 - информацию о серьезном изменении состоянии здоровья Клиента СДУ и ЛОУ
 - информацию в органы здравоохранения о критических изменениях жизненных обстоятельств Клиента СДУ и ЛОУ
 - особо контролируемые социальными работниками (специалистами по уходу) показателей для каждого Клиента СДУ, охваченного медицинским патронажем
 - информацию лечащему врачу по факту определения проблемы среди особо контролируемых показателей, контролируемых социальными работниками (помощниками по уходу)
5. Технология признания нуждаемости граждан в социальном обслуживании, включающая процесс типизации, как процедуру определения степени снижения способности самообслуживания и наличия стойких ограничений жизнедеятельности, ведущих к зависимости от посторонней помощи.
6. Ведомственный приказ (приказы) органа социального обслуживания населения субъекта РФ:
- a. об организациях социального обслуживания, охваченных Системой долговременного ухода
 - b. о создании в субъекте РФ Координационного центра СДУ и наделения его необходимым функционалом,
 - c. о проведении типизации и перетипизации граждан, получающих социальные услуги на момент внедрения Системы
 - d. об утверждении формы Индивидуальной программы ухода и регламента ее формирования
 - e. о создании в субъекте РФ социальных сервисов из приведенного выше перечня
 - f. об обязательном ведении календаря плановых посещений Клиентов СДУ работниками организаций социального обслуживания
 - g. об актуализации программ ИППСУ и ИПУ по факту актуализации данных об ограничениях жизнедеятельности Клиентов СДУ и ЛОУ

- h. об осуществлении мониторинга социальными работниками особо контролируемых показателей жизнедеятельности Клиента СДУ
 - i. о рекомендациях по формированию целей ухода за Клиентами СДУ
 - j. о мониторинге состояния Клиента СДУ и ЛОУ силами работников организаций социального обслуживания и идентификации критически важных изменений в их жизнедеятельности
7. Ведомственный приказ (приказы) органа здравоохранения субъекта РФ:
- a. о медицинских организациях, охваченных Системой долговременного ухода
 - b. о критериях определения гражданина в организациях здравоохранения, потенциально нуждающегося в долговременном уходе
 - c. о передаче данных в органы социального обслуживания о гражданах, потенциально нуждающихся в долговременном уходе
 - d. о сборе данных по ограничениям жизнедеятельности граждан, направляемым в органы социального обслуживания
 - e. об осуществлении медицинского патронажа клиентов СДУ, не имеющих возможности самостоятельного посещения медицинских организаций
 - f. о взаимодействии с работниками организаций, осуществляющих социальное обслуживание граждан, в целях получения оперативной информации о состоянии и изменении состояния здоровья наблюдаемых граждан
 - g. о направлении в органы социального обслуживания информации о госпитализации и выписке граждан, охваченных долговременным уходом
8. Приказы (соглашения) органов социального обслуживания населения с иными ведомствами и организациями, вовлеченными в процесс выявления потенциальных Клиентов СДУ.
9. Актуализированные локальные нормативные акты организаций, вовлеченных Систему долговременного ухода, включая:
- a. Приказы и иные организационно-распорядительные документы по выполнению соответствующих работ персоналом организаций, вовлеченных в долговременный уход
 - b. приказы о назначении лиц, ответственных за реализацию каждого элемента работы СДУ в организации
 - c. актуализированные положения о структурных подразделениях и должностные инструкции персонала, назначенного ответственными за выполнение соответствующих действий

Финансовая модель СДУ

На пути к целевому состоянию в части государственного финансирования модель СДУ должна передать инфраструктуру в управление частным операторам и перейти к системе компенсации затрат предприятиям и учреждениям, оказывающим услуги СДУ по регулируемым государством тарифам на рекомендованный Министерством труда и социальной защиты РФ базовый перечень услуг. Для всех остальных видов услуг в СДУ тарифы устанавливаются

на рыночной основе. Регулируемые тарифы должны быть привлекательны для негосударственных поставщиков услуг. Государство оплачивает населению услуги долговременного ухода в соответствии с Федеральным законом "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" от 28.12.2013 № 442-ФЗ и принятыми в дополнение к данному закону региональными нормативно-правовыми актами.

Необходимо создать условия для прихода частных операторов в СДУ, включая определенные гарантии для привлечения инвестиций в создание новых объектов инфраструктуры СДУ. При этом государство оставит за собой функции стандартизации и контроля качества услуг.

Целевая модель СДУ предполагает:

1. Выявительный принцип работы, основанный на межведомственном взаимодействии, который приведет к увеличению доли получателей услуг СДУ в общей численности населения РФ;
2. Существенное расширение объема услуг по уходу, сопровождению, социализации, абилитации и реабилитации, а также услуг медицинской компоненты: медицинский патронаж, медицинская реабилитация, гериатрическая помощь, паллиативная помощь, - для всех целевых групп СДУ.

Внедрение целевой модели приведет к увеличению финансовой нагрузки на всех участников СДУ, а также на получателей услуг СДУ.

В рамках внедрения СДУ целесообразно переход от бюджетного и частного финансирования СДУ к модели комплексного финансирования СДУ со следующими источниками:

1. Федеральный бюджет: финансирование затрат на развитие и совершенствование системы СДУ в РФ
2. Региональный бюджет: софинансирование затрат на оказание базового перечня услуг СДУ, финансирование нерегулярных затрат в рамках СДУ, в том числе на дальнейшее развитие региональной системы СДУ, финансирование компенсаций, выплачиваемых ЛОУ, софинансирование и предоставление гарантий в рамках реализации проектов ГЧП
3. Обязательное социальное страхование: финансирование основной части затрат на оказание базового перечня услуг СДУ, финансирование компенсаций, выплачиваемых ЛОУ.
4. Получатели услуг СДУ и ЛОУ: софинансирование затрат на оказание базового перечня услуг СДУ, финансирование затрат на оказание дополнительных услуг СДУ.
5. ФОМС: полное или частичное финансирование медицинской компоненты СДУ.

Ключевыми принципами организации финансирования являются:

1. Стимулирование финансирования услуг СДУ со стороны получателей СДУ и ЛОУ
2. Стимулирование комбинированной модели формального и неформального ухода
3. Гибкость и эффективность системы финансирования, позволяющая оптимизировать расходы за счет подбора оптимального состава услуг СДУ, формы предоставления услуг СДУ, комбинирования формального и неформального ухода
4. Прозрачность, позволяющая привлекать частный капитал в отрасль
5. Обеспечение финансирования затрат на оказание базового перечня услуг СДУ для всех получателей услуг СДУ