

Научная статья

УДК 304.44;353.9

DOI: 10.17323/1999-5431-2022-0-1-148-169

ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОЖИЛЫХ В РОССИИ: УСПЕХИ И БАРЬЕРЫ

¹ Селезнева Елена Владимировна,

² Синявская Оксана Вячеславовна,

³ Горват Елизавета Сергеевна

^{1, 2, 3} Институт социальной политики, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»; 101000 Москва, ул. Мясницкая, д. 20

¹ Кандидат экономических наук, старший научный сотрудник; eveselezneva@hse.ru;
ORCID: 0000-0001-6623-6815

² Кандидат экономических наук, заместитель директора; osinyavskaya@hse.ru;
ORCID: 0000-0002-6044-0732

³ Стажер-исследователь; elyubushina@hse.ru; ORCID: 0000-0001-8158-2740

Аннотация. Интеграция медицинского и социального обслуживания, обеспечивающая более своевременное и полное удовлетворение потребностей пациентов в лечении и уходе, улучшает качество жизни в старших возрастах и позволяет сдерживать рост расходов на оказание услуг пожилому населению. Цель данного исследования – оценить текущую степень интеграции медицинских и социальных услуг для пожилых людей в России. В исследовании предложен перечень механизмов интеграции разных уровней, которые могут обеспечивать согласованную работу российских ведомств при оказании услуг пожилым людям. По итогам анализа нормативной базы, а также интервью с руководителями и работниками здравоохранения и социального обслуживания трех субъектов Российской Федерации (Орловской области, Карелии и Северной Осетии) были определены существующие и внедряемые формы интеграции, оценены уровень интеграции и барьеры к его повышению.

Текущий уровень интеграции социальных и медицинских услуг в России можно оценить как невысокий. В последние годы осуществляется переход от строгого разделения сфер ответственности по ведомственному признаку к интеграции, но параметры совместной работы ведомств пока недостаточно проработаны. Сохраняются значительные барьеры интеграции: административные, юридические, кадровые

и финансовые. Результаты исследования могут использоваться в работе федеральных и региональных органов власти по совершенствованию медицинской помощи, социального обслуживания и долговременного ухода для пожилых людей, коммерческими и некоммерческими организациями социального обслуживания.

Ключевые слова: социальное обслуживание, долговременный уход, здравоохранение, интеграция, старение, активное долголетие, старшее поколение

Для цитирования: Селезнева Е. В., Синявская О. В., Горват Е. С. Интеграция медицинского и социального обслуживания пожилых в России: успехи и барьеры // Вопросы государственного и муниципального управления. 2022. № 1. С. 148–169. DOI: 10.17323/1999-5431-2022-0-1-148-169.

Финансирование: Статья подготовлена в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ. При ее подготовке были использованы результаты качественного социологического исследования, выполненного по заказу обществ Междуннародной Федерации Красного Креста и Красного Полумесяца и при финансовой поддержке Всемирного банка в 2019 г.

Original article

INTEGRATION OF MEDICAL AND SOCIAL SERVICES FOR THE ELDERLY IN RUSSIA: SUCCESSES AND BARRIERS

¹ **Elena V. Selezneva,**

² **Oksana V. Sinyavskaya,**

³ **Elizaveta S. Gorvat**

^{1, 2, 3} Institute for Social Policy, National Research University Higher School of Economics; 20 Myasnitskaya Str., 101000 Moscow, Russia

¹ Candidate of Sciences (in Economics), Senior Research Fellow;
evselezneva@hse.ru; ORCID: 0000-0001-6623-6815

² Candidate of Sciences (in Economics), Deputy Director of the Institute;
osinyavskaya@hse.ru; ORCID: 0000-0002-6044-0732

³ Research Assistant; elyubushina@hse.ru; ORCID: 0000-0001-8158-2740

Abstract. Aging creates demand for the integration of health and social services, as it ensures more timely response and better satisfaction of patients' needs for treatment and care and helps to hinder the growth of costs of the services. The research aims at assessing the current level of integration of health and social services for the elderly in Russia.

A list of possible integration mechanisms that may coordinate work provision of services to the elderly was elaborated. Analysis of the regulatory framework and interviews with leaders and workers of health and social care in three Russian regions (Oryol Oblast, Karelia and North Ossetia) was carried out to determine the existing and implementing forms of integration and to assess the level of integration and barriers to its increase.

The current level of integration of social and medical services in Russia seems to be low. In recent years, there has been a transition from a strict division of responsibility of departments to an integrated system, but the parameters of the transition have not been sufficiently developed. Significant barriers to integration (administrative, legal, financial, and related to staffing) exist. The results of the study can be used in the performance of federal and regional authorities to improve health care, social services and long-term care for the elderly, and by commercial and non-profit social service organizations.

Keywords: social service, long-term care, healthcare, integration, aging, active aging, elderly

For citation: Selezneva, E.V., Sinyavskaya, O.V. and Gorvat, E. S. (2022) 'Integration of medical and social services for the elderly in Russia: Successes and barriers', *Public Administration Issues*, 4, pp. 148–169 (in Russian). DOI: 10.17323/1999-5431-2022-0-1-148-169.

JEL Classification: H75

Acknowledgement: This article is an output of a research project implemented as part of the Basic Research Program at the National Research University Higher School of Economics (HSE University). It is based on the results of qualitative sociological study commissioned by the International Federation of the Red Cross and Red Crescent Societies and with financial support from the World Bank in 2019.

Введение

Политика активного долголетия, направленная на обеспечение качества жизни населения старшего возраста в условиях демографического старения, во всем мире повышает актуальность проблемы интеграции медицинских и социальных услуг для пожилых людей. Характерные для лиц старшего возраста хронические заболевания (часто множественные), а также необратимые ограничения физического и ментального характера определяют наличие у них долгосрочных и постоянно меняющихся потребностей в медицинской помощи, социальном обслуживании и уходе (Nolte, McKee, 2011). Зарубежный опыт показывает, что согласованность оказания различных видов услуг обеспечивает более своевременное и более полное удовлетворение потребностей пациентов в лечении и уходе, что положительно влияет на состояние их здоровья, позволяет избежать дублирования операций и предоставляет оптимальный выбор необходимых услуг, исключая избыточные расходы (Dowling et al., 2004; Leichsenring, 2004; Briggs et al., 2018).



Вместе с тем обеспечение интеграции социальных и медицинских услуг является трудоемкой задачей, решение которой в экономически развитых странах потребовало длительного времени, и этот процесс еще не завершен. Интеграции медицинского и социального обслуживания препятствуют такие барьеры, как организационная и культурная инерция, дефицит ресурсов (Threapleton et al., 2017). Оценка степени интеграции и изучение опыта по развитию механизмов интеграции, в том числе для удовлетворения специфических потребностей в обслуживании населения старшего возраста, опыта по преодолению барьеров стало самостоятельным направлением исследований (Leutz, 1999; Kelly et al., 2020; PROCARE). При этом если вопросы интеграции внутри системы здравоохранения достаточно хорошо изучены, то число работ по межсекторальному взаимодействию здравоохранения и социального обслуживания невелико.

В России существуют лишь единичные работы по данным проблемам. Оценке степени интеграции внутри российской системы здравоохранения посвящены работы И. Шеймана и В. Шевского, включая опубликованные в данном журнале (Шевский, Шейман, 2013; Шейман, Шевский, 2019). Однако изучение связей медицинских услуг и социального обслуживания остается за пределами данных работ

Е. Гришина и Е. Цацура (2019), давая общую оценку развития социального обслуживания в России и сопоставляя российские тренды с мировыми, делают вывод, что межведомственное взаимодействие здравоохранения и социального обслуживания в нашей стране в настоящий момент налажено недостаточно хорошо. Они заявляют, что механизмы совместной работы в рамках pilotного проекта по созданию системы долговременного ухода (далее – СДУ) плохо проработаны, взаимодействие организаций здравоохранений и социального обслуживания в регионах не регламентировано либо принятые регламенты носят формальный характер. Однако авторы не объясняют, каковы причины описанных трендов. Также ни в одной из имеющихся работ не рассматривается специфика проблемы интеграции услуг для лиц старшего возраста.

В настоящей статье нами предпринята попытка заполнить указанные пробелы. В фокусе исследования – изучение интеграционных процессов в системе социального обслуживания и ее взаимодействие с системой здравоохранения. Проблемы интеграции в системе здравоохранения, обеспечивающей оказание качественной и эффективной помощи пожилым людям, отдельно не рассматривались.

Цель исследования – оценить текущую степень интеграции медицинских и социальных услуг для пожилых людей в России. Задачи исследования:

1. Выделить используемые в мировой практике механизмы и формы интеграции данных услуг для повышения, в том числе, их качества и доступности пожилым людям.
2. Определить, какие из выделенных форм и механизмов интеграции используются в России (за пределами и в рамках试点ного проекта по созданию СДУ) и оценить степень их развитости.
3. Определить барьеры интеграции в России.

Формы и механизмы интеграции медицинского и социального обслуживания

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет интегрированную помощь как «услуги, управляемые и предоставляемые так, что индивид получает континuum услуг по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, диагностике, лечению, управлению заболеванием, реабилитации и паллиативной помощи, скоординированные между различными уровнями и местами оказания помощи, в рамках и за пределами сектора здравоохранения, в соответствии с его потребностями на протяжении всей жизни» (WHO, 2016). При этом, по признанию исследователей, интеграция является широким понятием, объединяющим в себе различные представления о формах, уровнях, механизмах и даже о ее задачах. Э. Нольте и М. Мак-Ки (Nolte, McKee, 2011) вслед за Н. Гудвином и соавторами (Goodwin et al., 2004) указывают на отсутствие устойчивой парадигмы для изучения интеграционных процессов, в особенности если речь идет о координации работы здравоохранения и социального обслуживания.

К. Лайхсенринг (Leichsenring, 2004), систематизировавший представления об интеграции медицинского и социального обслуживания для пожилых людей, существующие в различных странах Европы, выделяет четыре модели (дискурса) интеграции:

- 1) интеграция как *управляемая помощь*, кейс-менеджмент – процесс стратегического управления процессом оказания услуг пациенту или клиенту социального обслуживания, формирования оптимального набора и графика оказания услуг для достижения лучших показателей здоровья и экономической эффективности;
- 2) интеграция как «*бесшовная помощь*» – обеспечение беспрепятственного перехода индивида с одного уровня (звена) получения услуг на другой: от лечения – к реабилитации и уходу, от услуг, оказываемых на дому, – к пребыванию в стационаре;
- 3) интеграция как *клиентоориентированная помощь* – возможность для клиента получить необходимую помощь независимо от того, кто является ее поставщиком, организация оказания помощи «вокруг клиента» через выстраивание сетевого взаимодействия поставщиков и других агентов социального обслуживания: социального координатора, клиента, его родственников;
- 4) интеграция как *институционализация* – предоставление различных видов услуг под руководством единого административного центра.

При определении интеграции необходимо подчеркнуть, что, хотя подчинение единому центру включается в число возможных форм интеграции, интеграция не подразумевает слияния в единую систему здравоохранения и социального обслуживания. Интеграция является более мягким механизмом организационной связи, который предполагает координацию работы сотрудников или административных единиц по вопросам, когда их взаимодействие необходимо при оказании услуг отдельным категориям клиентов – в прочих вопросах их самостоятельность сохраняется.



При изучении отдельных механизмов интеграции широко используется разделение горизонтальной и вертикальной интеграции. В первом случае идет речь о координации работы подразделений и работников одного уровня оказания помощи, во втором – компонентов, относящихся к различным уровням оказания услуг и различным этапам помощи индивиду. По характеру элементов, которые подлежат интеграции, выделяют интеграцию на микро-, мезо- и макроуровнях. Интеграция на микроуровне предполагает отражение координационных процессов в клинических аспектах ухода – задачах помощи и ухода, составе оказываемых услуг (Briggs et al., 2017). Интеграция требует, чтобы услуги обеспечивали позитивные изменения одновременно в различных сферах жизни получателя – например, не только в здоровье, но и в расширении его социальных контактов. Другие исследователи к предпосылкам интеграции на микроуровне также относят особые установки участников оказания помощи: разделяемые ими ценности, уровень личной вовлеченности в процесс оказания услуг, способность к коммуникации со специалистами различных профилей (Threapleton et al., 2017). Механизмы интеграции мезоуровня – это методы и процедуры взаимодействия работников и служб, а также способы организации финансирования, обмена информацией, упорядочивающие непосредственно сам процесс оказания услуг и вход в систему. Интеграция на макроуровне выражается в стратегическом планировании функционирования системы в целом.

Разнообразие форм интеграции в значительной мере является результатом различия систем здравоохранения и моделей их взаимодействия с системами социального обслуживания (Leutz, 1999). Так, в США, где здравоохранение и социальное обслуживание осуществляется автономными поставщиками медицинских и социальных услуг, востребованы сетевые модели взаимодействия поставщиков микро- и мезоуровня с выстраиванием единого плана оказания услуг и организацией обслуживания пациента. Примером интегрированной помощи для пожилых людей такого вида может служить модель PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) (Miu, 2002). В странах Европы, где здравоохранение в значительной степени финансируется и регулируется государством, поставщики представлены государственными структурами или контролируются ими, актуальной задачей является интеграция на мезо- и макроуровне, обеспечивающая координацию систем и уровней оказания помощи: для быстрого и беспрепятственного перехода пациента с одного уровня оказания помощи на другой, совместного планирования развития систем, определения сфер ответственности. Примером модели интегрированной помощи для лиц старшего возраста, требующей координации работы целых отраслей экономики, включая социальное обслуживание, транспорт, является предложенная ВОЗ ICOP-E (Integrated Care for Older People) (WHO et al., 2019).

Россия как страна с преимущественно государственным здравоохранением и социальным обслуживанием нуждается, прежде всего, в интеграции на уровне ведомств. Высокая степень автономии российской системы соци-

ального обслуживания (по отношению к здравоохранению) создает запрос на появление механизмов данных уровней. Выявление этих механизмов является задачей нашего исследования.

Методология исследования

В наши задачи входит ответить на следующие исследовательские вопросы: какие из существующих в мировой практике форм интеграции медицинского и социального обслуживания нашли развитие в России? В какой мере эти формы проработаны и привносят в систему помощи преимущества интеграции? Что препятствует интеграции медицинского и социального обслуживания в России? Какие меры могут быть предприняты для повышения уровня интеграции? Были проанализированы нормативные правовые акты (далее – НПА) федерального и регионального уровня, а также результаты качественного социологического исследования, проведенного в 2019 г. по заказу Всемирного банка и Международной Федерации Красного Креста и Красного Полумесяца (Selezneva et al., 2020) в трех субъектах Российской Федерации: Орловской области, республиках Карелии и Северной Осетии-Алании. В указанных регионах было организовано 18 полуструктурированных интервью с руководителями социального обслуживания и здравоохранения, в том числе с заместителями руководителей региональных департаментов социального обслуживания и здравоохранения, руководителями медицинских организаций, организаций социального обслуживания и некоммерческих организаций, вовлеченных в проблемы лиц старшего возраста. Также участниками интервью стали 19 работников здравоохранения и социального обслуживания – врачи, медицинские сестры поликлиник и стационаров, социальные работники.

Так как ни один из трех регионов обследования не участвует в пилотном проекте по созданию системы долговременного ухода, предусматривающем повышение степени интеграции обслуживания, осенью 2020 г. было дополнительно проведено интервью с представителем проектного офиса.

Проанализированные в рамках исследования НПА фиксируют принятый курс на совместную работу ведомств и запущенные процессы интеграции. Экспертные интервью позволяют понять, в какой мере реализуются закрепленные в НПА инициативы, каковы трудности их реализации.

Стартовой точкой анализа интеграции медицинского и социального обслуживания в России стало построение «эмпирической» типологии механизмов интеграции. Опираясь на существующие типологии и обзоры механизмов интеграции (см.: Briggs et al., 2017; Threapleton et al., 2017; WHO et al., 2019; Kelly, 2020), мы составили перечень механизмов интеграции, которые *могут быть* обнаружены в России (табл. 1). Предложенная типология, во-первых, показывает, что мы понимаем под интеграцией в отсутствие ее общепринятой концепции. Во-вторых, она позволяет «разложить» интеграцию на отдельные формы и процедуры, которые могут быть легко идентифицированы при анализе НПА и интервью.

Таблица 1

**Возможные механизмы интеграции социального обслуживания
и здравоохранения в России**

Уровень интеграции	Горизонтальная интеграция (внутри системы социального обслуживания)	Вертикальная интеграция (взаимодействие социального обслуживания и здравоохранения)	
Микроуровень (состав услуг; установки работников социального обслуживания и здравоохранения; коммуникация)	<ul style="list-style-type: none"> – Стандарты и программы социального обслуживания, предполагающие привлечение работников различных профилей (психологов, логопедов, медицинских работников). – Стандарты оказания медицинской помощи с привлечением социальных работников. – Ориентация работников социального обслуживания на интеграцию 	<ul style="list-style-type: none"> – Стандарты и программы социального обслуживания, предполагающие привлечение медицинских работников, «передачу» амбулаторного или стационарного пациента из системы здравоохранения в систему социального обслуживания. – Ориентация работников здравоохранения на интеграцию 	
Мезоуровень (организация процесса оказания услуг)	<ul style="list-style-type: none"> – Создание мультифункциональных команд в организациях социального обслуживания. – Подключение родственников и сообщества к уходу 	<ul style="list-style-type: none"> – Работа координаторов, координационных советов. – Ориентация на оказание помощи «вокруг клиента» – по месту проживания. – Формирование сетей поставщиков социального обслуживания 	<ul style="list-style-type: none"> – Методики оценки нуждаемости, используемые одновременно работниками здравоохранения и социального обслуживания. – Обмен информацией между системами здравоохранения и социального обслуживания. – Регламенты межведомственного взаимодействия. – Стимулы к сокращению потока из одного звена в другое
Макроуровень (модель взаимодействия систем и звеньев)	<ul style="list-style-type: none"> – Модель координации деятельности поставщиков социального обслуживания. – Система подготовки кадров, обеспечивающих интеграцию 	<ul style="list-style-type: none"> – Модель организационного взаимодействия систем социального обслуживания и здравоохранения. – Модель совместных финансовых потоков систем. – Совместное стратегическое планирование, в т.ч. в отношении потоков клиентов из одной системы в другую 	

Источник: Составлена авторами (– и далее, если не указано иное).

Результаты

Степень интеграции медицинского и социального обслуживания на различных уровнях

По итогам анализа нормативной базы степень интеграции медицинского и социального обслуживания *на микроуровне* в части *состава оказываемых услуг* можно охарактеризовать как невысокую, хотя некоторые действия по ее усилению в последние годы предпринимаются. Вступивший в действие 1 января 2015 г. 442-ФЗ расширил спектр услуг социального обслуживания, включив в него социально-медицинские услуги, состоящие в систематическом наблюдении за состоянием здоровья обслуживаемых граждан, в том числе с привлечением медицинских работников на условиях межведомственного взаимодействия, а также в оказании содействия обслуживаемым при получении медицинской помощи. Согласно прежнему закону о социальном обслуживании¹, утратившему силу в январе 2015 г., помимо социально-бытовых услуг, органы социального обслуживания оказывали нуждающимся лишь консультативные услуги по получению медицинской помощи.

Со стороны здравоохранения в последние годы также предпринимались попытки по стиранию ведомственных границ. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия», утвержденный в 2016 г.², обозначил необходимость взаимодействия врача-гериатра при назначении лечения пациентам со старческой астенией со специалистами немедицинских специальностей: психологами, логопедами, инструкторами по лечебной физкультуре. Однако социальных работников в данном списке не оказалось.

В 2018 г. Министерство здравоохранения Российской Федерации активизировало работу по развитию патронажа³, предполагающего регулярное наблюдение за состоянием здоровья маломобильных лиц старшего возраста и проведение простейших медицинских процедур на дому. Такая форма работы включает в себя услуги, относящиеся к компетенции социального обслуживания: поддержание личной гигиены, кормление, обучение пациента и его родственников простейшим медицинским манипуляциям. Эти обязанности возлагаются на медицинских сестер, фельдшеров или волонтеров-медиков, но привлечение социальных работников по-прежнему не предусмотрено.

Данный пробел планируется заполнить в СДУ. Среди задач пилотного проекта значится привлечение патронажной службы к комплексу мероприятий по поддержанию функциональных способностей пожилых людей на дому⁴.

¹ Федеральный закон от 10.12.1995 N 195 «Об основах социального обслуживания в Российской Федерации».

² Утвержден Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.2016 N 38н.

³ Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.06.2018 N 28-2/1223 «Об организации и проведении патронажа лиц старше трудоспособного возраста».

⁴ Паспорт национального проекта «Демография» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 N 16).

Описанные нормативные акты являются первыми шагами на пути от полной автономии ведомств с оказанием услуг исключительно по мандату ведомства к объединению усилий. Однако на практике значительных успехов здесь достигнуть пока не удалось. В условиях дефицита кадров система здравоохранения не готова мобилизовать своих работников на выполнение «непрофильных» задач в социальном обслуживании. Делегировать даже простейшие медицинские задачи (например, наблюдение за отдельными показателями здоровья) социальным работникам пока не представляется возможным в связи с квалификационными требованиями к лицу, оказывающему любые медицинские услуги. В соответствии с законодательством данные услуги может оказывать только работник, получивший медицинское образование⁵.

Какие-либо специальные регламенты или порядки по передаче пожилого пациента из медицинского звена в социальное обслуживание в данный момент в стране отсутствуют. В медицинских стационарах также может не быть персонала, который мог бы помочь (всем) пациентам больниц с ограниченными возможностями с передвижением или удовлетворением базовых потребностей.

Интеграция медицинского и социального обслуживания на микроуровне в части ценностей и коммуникационных навыков работников также осуществляется, но далека от эталонной. Хотя руководители региональных органов управления здравоохранением и социальным обслуживанием признают необходимость интеграции ведомств (по крайней мере, демонстрируют такую позицию в прямом разговоре), по оценкам представителя проектного офиса СДУ, существенного сближения ведомств пока не произошло: «*А отзыв всех наших ведомств: «Это не отражено в наших нормативных правовых актах» ... И каждое из этих ведомств привыкло работать шаблонно [как прежде, автономно]*».

Рядовые же медицинские и социальные работники имеют нерегулярный опыт сотрудничества при оказании помощи своим пациентам или клиентам. Во время интервью врачи, представители среднего медицинского персонала и социальные работники сообщили, что эпизодически они нуждались в помощи коллег из другого ведомства при оказании услуг пожилым людям. Высокая вовлеченность в работу и стремление помочь клиенту или пациенту побуждали их по личной инициативе связываться с коллегами из другого ведомства, даже если это не предполагалось инструкциями. Социальные работники обращались к медицинским работникам:

- при ухудшении самочувствия у клиента – помогали ему вызвать врача;
- имея дело с клиентом, прикованным к постели (например, при возникновении пролежней).

Медицинские работники взаимодействовали с социальным работником:

- при проблемах с коммуникацией, если физические или когнитивные ограничения пациента не позволяли ему понимать обычную речь;
- в случае неспособности пациента выполнить необходимое лечение.

⁵ Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Чаще всего опыт сотрудничества с коллегами из другого ведомства был успешным, необходимая помощь получена, но систематически в такую форму работы сотрудники организаций здравоохранения и социального обслуживания вовлечены не были и значительной потребности в ней сами пока не чувствуют.

Исследование показало, что *работа мультифункциональных и мультипрофессиональных бригад* (форма интеграции *на мезоуровне*) в организациях социального обслуживания является скорее инновационной формой работы, которая еще не получила повсеместного распространения. Так, представитель органа управления социальным обслуживанием Орловской области сообщил, что работа по созданию таких бригад ведется, но более конкретной информацией о задачах бригад не поделился: «*При создании реабилитационных центров дневного пребывания необходимо привлекать все службы: медицинских работников – геронтологов и гериатров, психологов, реабилитологов, волонтеров, культурных работников... В наших центрах комплексного социального обслуживания проводится определенная работа, но этого мало*». В других регионах такую форму работы никто из собеседников не упоминал.

Большая часть форм *горизонтальной интеграции на мезоуровне*, представленных в Таблице 1, разрабатывается в рамках пилотного проекта по созданию СДУ и в дальнейшем может появиться во всех субъектах Российской Федерации. Скоординированному и более квалифицированному участию родственников в процессе ухода будут способствовать школы ухода, предусмотренные в СДУ. Роль сообщества и социального окружения в оказании какой-либо помощи людям с дефицитами в самообслуживании отчасти проявляется в институте приемных семей, внедряемом в последние годы в регионах – участниках пилотного проекта СДУ и за его пределами. Выстраиванию оказания помощи «вокруг клиента» по месту проживания будут способствовать развитие домашнего ухода, услуг по доставке клиентов социального обслуживания в центры дневного пребывания.

В рамках пилота прорабатывается и вопрос о социальных координаторах – работниках социального обслуживания, которые должны будут упорядочивать процесс социального обслуживания, совместную работу ведомств и поставщиков услуг.

Из перечисленных в Таблице 1 механизмов интеграции на мезоуровне внутри системы социального обслуживания не реализуется и не обсуждается только возможность сотрудничества поставщиков социального обслуживания по типу модели РАСЕ. Это может быть результатом организационной модели социального обслуживания в России, где оно является преимущественно государственным по источникам финансирования и форме собственности основного числа поставщиков (Национальные цели..., 2019, с. 94).

Что касается *вертикальной интеграции на мезоуровне* (между ведомствами), то во всех трех регионах в последние годы были утверждены регламенты межведомственного взаимодействия региональных органов исполнительной власти для реализации субъектами своих полномочий в сфере социального обслуживания. Однако документы, принятые в Орловской

области⁶ и Республике Карелии⁷ во исполнение 442-ФЗ, определяют лишь общую юридическую рамку межведомственного взаимодействия и являются достаточно формальными. Устанавливая задачи взаимодействия, эти НПА фактически копируют формулировку федерального закона о социальном обслуживании: межведомственное взаимодействие призвано обеспечить оказание социальных услуг и социальное сопровождение. Основной формой работы в рамках межведомственного взаимодействия в этих двух регионах становится обмен документами и информацией, а успешность взаимодействия определяется в первую очередь соблюдением процедуры подготовки запросов и ответа на них.

Регламент, принятый в Северной Осетии-Алании⁸, более точно формулирует предмет межведомственного взаимодействия: в нем задача по предоставлению социальных услуг дополняется задачами по выявлению нуждающихся в социальном обслуживании и по профилактике обстоятельств, приведших их к такому положению. В отличие от Орловской области и Карелии, Северная Осетия в данном документе закрепляет полномочия ведомств при взаимодействии. Республиканское Министерство труда и социального развития отвечает за предоставление социальных услуг, а также координирует процесс выявления нуждающегося в социальном обслуживании контингента, анализирует результаты межведомственного взаимодействия. За республиканским Министерством здравоохранения в рамках взаимодействия закрепляется достаточно широкий функционал: оказание амбулаторной помощи, прием на госпитализацию и обеспечение льготными лекарствами лиц, получающих социальное обслуживание в стационарах и на дому, определение показаний к социальному обслуживанию, направление на медико-социальную экспертизу и подготовка медицинских заключений при признании клиентов стационарного обслуживания недееспособными, обеспечение медицинского компонента реабилитации инвалидов, а также профилактика употребления психоактивных веществ у лиц на стационарном обслуживании.

Несмотря на то что описанная нормативная база была принята еще в 2014 г., к моменту проведения социологического исследования в 2019 г. рассматриваемые регионы не слишком активно реализовывали межведомственные программы в сфере социального обслуживания. Во время интервью в основном были упомянуты результаты сотрудничества систем здравоохранения и социального обслуживания по организации мероприя-

⁶ Постановление Правительства Орловской области от 09.12.2014 N 374 «Об утверждении регламента межведомственного взаимодействия органов государственной власти Орловской области в связи с реализацией полномочий Орловской области в сфере социального обслуживания граждан».

⁷ Постановление Правительства Республики Карелия от 18.12.2014 N 390-П «Об утверждении Положения межведомственного взаимодействия органов государственной власти РК при предоставлении социальных услуг и социального сопровождения».

⁸ Постановление Правительства Республики Северная Осетия-Алания от 17.10.2014 N 381 «Об утверждении регламента межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти Республики Северная Осетия-Алания в связи с реализацией полномочий Республики Северная Осетия-Алания в сфере социального обслуживания».

тий профилактического характера для пожилого населения: медицинские работники приглашаются в органы социального обслуживания для проведения занятий о правильном образе жизни, социальные работники оказывают медицинским работникам помочь в организации профилактических осмотров пожилого населения: «*В настоящее время у нас [в организации социального обслуживания] заключен договор с медицинским учреждением о группе здоровья. Когда они [медицинские работники] выезжают в наше отделение и помогают людям пройти дополнительное обследование, получить грамотную профессиональную информацию о том или ином заболевании. То есть это более доступно, когда они выезжают к нам в учреждение [чем в поликлиниках]: люди не стоят в очереди, а получают эту информацию [у нас]*» (из интервью с руководителем центра социального обслуживания в Орловской области).

Еще одной сферой применения межведомственного взаимодействия в регионах стали профилактические осмотры сельского населения в возрасте 65 лет и старше, запланированные федеральным проектом «Старшее поколение». В рамках этой инициативы организации социального обслуживания организуют доставку пожилого населения в медицинские организации, последние выстраивают специальный график приема доставляемых пациентов. Помимо этого, медицинские работники могут оказывать помощь социальным работникам, участвуя в объезде территорий смешанной бригадой – медицинский работник включается в бригаду, если требуется выявлять граждан, нуждающихся в осмотре. На оба ведомства возлагается обязанность проинформировать население о программе.

Для реализации этой программы в 2019–2020 гг. правительства всех трех рассматриваемых регионов приняли специальные распоряжения. В 2019 г. об этой программе во время интервью рассказал руководитель территориального органа управления здравоохранением Осетии: «*В ближайшее время, в любом случае, [нам нужно] провести диспансеризацию. Предстоит очень большая работа в плане доведения информации до населения о данном мероприятии. Медицинские и социальные работники должны донести [гражданам информацию] на доступном языке: на нашем, осетинском, на русском, если нужно, еще на каком-то диалекте*».

Уже после проведения экспертных интервью, в Карелии в сентябре 2019 г., а в Северной Осетии – в марте 2020 г., были утверждены региональные программы по развитию паллиативной помощи. Одной из задач программ стало обеспечение сотрудничества медицинских организаций и организаций социального обслуживания при оказании помощи лицам с инкурабельными заболеваниями. В Северной Осетии взаимодействие организаций должно обеспечить оперативное получение социального обслуживания больным при выписке из медицинской организации⁹. В Карелии такое сотрудничество, помимо обмена информацией о лицах, нуждающих-

⁹ Постановление Правительства Республики Северная Осетия-Алания от 04.03.2020 N 76 «Об утверждении ведомственной целевой программы Республики Северная Осетия-Алания "Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи" на 2020–2024 годы».



ся в помощи, предполагает «обучение соцработников и сиделок навыкам ухода за получателями социальных услуг с прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями»¹⁰. Таким образом, развитие паллиативной помощи может стать дополнительным стимулом для сотрудничества систем здравоохранения и социального обслуживания при оказании помощи населению. При этом необходимо понимать, что в помощи, оказываемой при участии нескольких систем, среди пожилого населения нуждаются не только инкурабельные больные, но и такая более массовая группа населения, как лица, страдающие от хронических неинфекционных заболеваний.

Помимо этого развитию вертикальной интеграции на мезоуровне в субъектах Российской Федерации в ближайшее время будут способствовать и инициативы pilotного проекта по созданию СДУ. Проект предполагает внедрение методики типизации – инструмента оценки степени нуждаемости индивида в социальном обслуживании – пригодной для использования как работниками здравоохранения (в первую очередь, врачами-гериатрами), так и социальными работниками. Формирование единого инструмента для оценки состояния здоровья пациентов, такого как interRAI в США, Австралии, Финляндии (Carpenter, Hirdes, 2013), и обмен информацией об обслуживаемом контингенте с целью координации совместной работы в текущий момент и планирования работы на перспективу являются одними из ключевых форм интеграции в СДУ зарубежных стран. Направление для выстраивания межведомственного взаимодействия выбрано верно. Важно, чтобы обмен информацией был дополнен совместной деятельностью организаций здравоохранения и социального обслуживания. В России проект методики оценки нуждаемости с расширенной сферой применения, создающей условия для обмена между ведомствами информацией об индивидах с дефицитом самообслуживания, был предложен Российской геронтологической научно-клинической центром Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Обмен информацией является на сегодняшний день основным каналом и задачей межведомственного взаимодействия здравоохранения и социального обслуживания. Такая конкретизация задач по выстраиванию межведомственного взаимодействия зафиксирована в федеральном проекте «Старшее поколение» и, наряду с другими задачами, в регламентах межведомственного взаимодействия субъектов Российской Федерации. Для обеспечения данной функции планируется использовать разрабатываемые в последние годы информационные системы здравоохранения и социальной поддержки.

Значительным пробелом в используемых механизмах интеграции является отсутствие общего планирования – как на мезоуровне, при организации отдельных программ, так и на макроуровне, при формулировании приоритетов для системы в целом. Здравоохранение и социальное обслужи-

¹⁰ Распоряжение Правительства Республики Карелия от 27.09.2019 N 683р-П «Об утверждении региональной программы Республики Карелия "Развитие системы паллиативной медицинской помощи в Республике Карелия на 2019–2023 годы"».

вание пытаются сейчас создать единый контур для обмена информацией, что позволит в ближайшее время осуществлять техническое планирование количества услуг «здесь и сейчас» и на ближайший период. Однако способов повлиять на изменение этих объемов в будущем у ведомств пока фактически нет. Финансовые или административные стимулы к сокращению тех или иных потоков клиентов остаются непроработанными.

Интеграция здравоохранения и социального обслуживания на *макроуровне* намечена, но механизмы ее обеспечения недостаточно детализированы. В отличие от других стран, в России социальное обслуживание продолжает оставаться автономным и отдельным от здравоохранения ведомством даже в обновленной его модели – СДУ. Связь систем для оказания услуг пожилым людям обеспечивают механизмы и административные образования (проектный офис, административные центры СДУ в муниципальных образованиях, региональные соглашения о межведомственном взаимодействии, региональные органы исполнительной власти, уполномоченные контролировать взаимодействие), полномочия которых ограничены и могут быть недостаточными для координации работы двух крупных ведомств. На сегодняшний день отсутствует общий стратегический план совместных действий ведомств на долгосрочную перспективу. На короткий период функцию данного плана выполняют национальные цели и федеральные проекты, но они определяют задачи, решаемые интеграцией, в достаточно общем виде.

Не решена и такая важная задача интеграции медицинского и социального обслуживания, как подготовка кадров, готовых обеспечивать координацию работы ведомств. Организация образовательных программ для сотрудников социального обслуживания входит в дорожные карты pilotных регионов, но не вполне ясно, будут ли в эти программы включены блоки по межпрофессиональной коммуникации.

Также у интегрированной помощи пока отсутствуют специальные источники финансирования. Услуги по полномочиям системы здравоохранения планируется финансировать из средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования, услуги по полномочиям социального обслуживания (СДУ) – из средств Фонда социального страхования. В таких условиях велики риски отсутствия финансовой базы для реализации совместных программ.

Барьеры интеграции

Процесс перехода к совместной работе ведомств при оказании помощи пожилому населению в России запущен, но на его пути устраниены не все барьеры. Одним из наиболее существенных юридических барьеров является нерешенный вопрос о квалификационных требованиях к работнику, который мог бы, наряду с социально-бытовыми услугами, оказывать простейшие социально-медицинские услуги. Устраниению этого барьера будет способствовать поправка в Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» о разрешении оказывать простейшую медицинскую помощь не-медикам.

Интеграцию медицинского и социального обслуживания затрудняет и недостаточное понимание задач и формата междисциплинарной и межведомственной работы при оказании помощи пожилому населению, как на региональном, так и на федеральном уровне. На сегодняшний день на верхних уровнях управления здравоохранением с социальным обслуживанием, по-видимому, нет четкой программы или модели совместной работы ведомств. Нормативно-правовые акты разного уровня закрепляют возможность и необходимость развития такой работы, но лишь отчасти ее назначение, сферу применения и возможные формы. В результате далеко не все представители региональных органов управления здравоохранением и социальным обслуживанием демонстрировали детальное понимание необходимости межведомственного взаимодействия – некоторые собеседники из этой группы понимали преимущества использования такого управленческого механизма, но не были знакомы с практикой его использования. В отсутствие четкого понимания своих задач по развитию интеграции регионы и организации могут отказываться от работы на ее принципах, лишь формально принимая регламенты по ее реализации, или ограничиваться копированием федеральных директив.

Выстраивание интегрированной системы оказания помощи требует не только определения функций, которые могут выполняться организациями или сотрудниками совместно, но и вписывания такого взаимодействия в процессы финансирования систем оказания помощи (NHS, 2017). Как уже отмечалось, *механизмы оплаты услуг, оказываемых при межведомственном взаимодействии, остаются непроработанными*. Привлечение специалистов другого ведомства к оказанию услуг не получило отражения в тарифах на услуги.

Сдерживать развитие интеграции в сфере социального обслуживания «снизу» может и низкая доля негосударственных поставщиков социального обслуживания – самостоятельных агентов, которые могут иметь собственную заинтересованность в координации процесса оказания услуг (например, стремление оказывать за счет координации услуги более высокого качества).

Еще одним барьером интеграции ведомств выступает *дефицит необходимых кадров*. Внедрение института социального координатора в организациях социального обслуживания, способного управлять процессом оказания услуг различных профилей, требует подготовки большого числа работников, имеющих одновременно знания по медицинской помощи и бытовому обслуживанию, а также прослушавших курсы по основам интеграции. Подготовка таких специалистов требует разработки образовательных стандартов на стыке различных образовательных профилей. Из имеющихся специалистов наиболее подходящий уровень подготовки для управления всеми нуждами пожилого человека, относящимися к уходу, имеют участковые врачи и врачи-гериатры. Они осведомлены о схемах оказания медицинской помощи для пожилого человека, могут провести квалифицированную и оперативную оценку его нуждаемости в уходе, знакомы с интеграцией как принципом оказания медицинской помощи. Однако их массовое привлечение к работе в си-

стеме социального обслуживания едва ли возможно. В условиях неполной укомплектованности врачебных ставок (Sheiman, Shevsky, 2017) имеющиеся врачи первичного звена перегружены своей основной работой. В таких условиях обеспечить их высокую вовлеченность в работу бригад затруднительно. Врачей-териатров, которые также могли бы присоединиться к координации услуг для пожилых людей, в стране пока немного. Между достигнутым в стране уровнем обеспеченности населения врачами-териатрами и достаточным для оказания териатической помощи на уровне мировых стандартов пока наблюдается значительный разрыв (Soulis et al., 2020).

Рекомендации по развитию интеграции медицинского и социального обслуживания в России

Анализ результатов собственного исследования и аналогичных исследований обеспечения интеграции медицинского и социального обслуживания в Великобритании (Kaehne et al., 2017) позволил сформулировать ряд рекомендаций по стимулированию эффективной совместной работы ведомств в России.

Для интеграции медицинского и социального обслуживания на микро- и мезоуровнях необходимы: внесение дополнений в порядки оказания медицинской помощи и стандарты социального обслуживания, обеспечивающих более активную совместную работу ведомств; пересмотр нормативной базы – передача социальным работникам права оказывать населению простейшие медико-санитарные услуги, вести наблюдение за состоянием здоровья; включение вопросов межведомственного взаимодействия в образовательные программы для медицинских и социальных работников; разработка образовательных программ по подготовке кадров, способных координировать работу мультифункциональных бригад и команд с медицинскими и социальными работниками в составе; пересмотр тарифов на оплату медицинской помощи и социального обслуживания с учетом организации мультифункциональных команд для оказания услуг пожилому населению, привлечения работников иного ведомства к оказанию услуг; развитие информационных систем для совместного использования звенями систем здравоохранения и социального обслуживания.

Для интеграции на макроуровне следует: утвердить на федеральном уровне концепцию совместной работы здравоохранения и социального обслуживания, закрепляющую спектр задач для совместного решения ведомствами, условия привлечения специалистов ведомства к данной работе, модели информационных потоков между ведомствами; формировать методическую базу по развитию интеграции для субъектов Российской Федерации; выработать типовую региональную программу по межведомственному взаимодействию, базу лучших региональных практик по использованию интеграции; разработать на уровне субъектов Российской Федерации планы по межведомственному взаимодействию здравоохранения и социального обслуживания сроком на 3–5 лет, содержащие задачи и конкретные мероприятия для совместной работы; выделить отдельные бюджеты на реализацию мероприятий с межведомственным взаимодействием.



Выводы

Полученные результаты показали, что нынешний уровень интеграции социального и медицинского обслуживания в России можно оценить как невысокий. На каждом из рассматриваемых уровней (содержание услуг, организация процесса оказания услуг и функционирование системы в целом) в последние годы предпринимаются попытки перейти от строгого разделения сфер ответственности по ведомственному признаку к интеграции. Но, как показали интервью с работниками здравоохранения и социального обслуживания разных уровней, предложения по обеспечению такого перехода пока еще недостаточно проработаны, сохраняются значительные барьеры интеграции: юридические, концептуальные, кадровые, финансовые. Управленцы различных уровней не всегда четко понимают, в решении каких именно задач необходима интеграция медицинского и социального обслуживания. Наименьшее значение российские организаторы придают таким важным условиям интеграции, как подготовка специальных кадров (готовых к организации совместной работы и участию в ней) и финансовое обеспечение совместных программ.

Данное исследование является одной из первых работ, оценивающих интеграцию медицинского и социального обслуживания пожилого населения в России, и оно имеет ряд ограничений. Проблема интеграции рассматривалась в проекте с позиции потенциальных инициаторов этого процесса (руководителей разных уровней) и его реализаторов (работников здравоохранения и социального обслуживания). Оценки получателей услуг остались за пределами исследования. Опора на мнения представителей, прежде всего, региональных систем здравоохранения и социального обслуживания, по нашему мнению, могла привести к некоторой недооценке уровня интеграции на макроуровне. Указанные пробелы, а также развитие интеграции внутри внедряемой в субъектах системы долговременного ухода могут стать предметом дальнейших, более углубленных исследований интеграции медицинского и социального обслуживания пожилого населения.

ЛИТЕРАТУРА

- Гришина Е.Е., Цацура Е.А. Социальное обслуживание пожилых: что происходит и возможно ли развитие? // Власть. 2019. № 3. С. 145–154.
- Национальные цели социального развития: вызовы и решения: докл. к XX Апр. междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 9–12 апр. 2019 г. / Отв. ред. Я.И. Кузьминов, Л.Н. Овчарова. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2019.

3. Nolte E., McKee M. Интегрированная медицинская помощь и хронические заболевания: обзор // Оказание помощи при хронических состояниях: Взгляд с позиций системы здравоохранения. 2011. С. 69–99. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/136169/e91878R.pdf.
4. Шевский В.И., Шейман И.М. Проблемы формирования интегрированной системы здравоохранения // Вопросы государственного и муниципального управления. 2013. № 3. С. 24–47.
5. Шейман И.М., Шевский В.И. Процессы концентрации и интеграции медицинских служб в зарубежном и отечественном здравоохранении: есть ли приращение эффекта? // Вопросы государственного и муниципального управления. 2019. № 1. С. 111–135.
6. Briggs A., Valentijn P., Thiagarajan J., Araujo de Carvalho I. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews // BMJ Open. 2018. Vol. 8, no. 4. doi:10.1136/bmjopen-2017-021194.
7. Carpenter I., Hirdes J. Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care // A good life in old age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD/European Commission. 2013. P. 93–139.
8. Dowling B., Powell M., Glendinning C. Conceptualising successful partnerships // Health & Social Care in the Community. 2004. Vol. 12, no. 4. P. 309–137. doi:10.1111/j.1365-2524.2004.00500.x.
9. European Centre for Social Welfare Policy and Research. Providing integrated health and social care for older persons. A European overview of issues at stake. 2004. URL: <https://www.euro.centre.org/publications/detail/297#:~:text=%22Providing%20Integrated%20Health%20and%20Social,the%20new%20concept%20of%20an>.
10. Goodwin N., Peck E., Freeman T., Posaner R. Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors. National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D, London. 2004.
11. Kaehne A., Birrell D., Miller R.S., Petch A.J. Bringing integration home Policy on health and social care integration in the four nations of the UK // Journal of Integrated Care. 2017. Vol. 25, no. 2. P. 84–98. doi: 10.1108/JICA-12-2016-0049.
12. Kelly L., Harlock J., Peters M. et al. Measures for the integration of health and social care services for long-term health conditions: a systematic review of reviews // BMC Health Services Research. 2020. Vol. 20, no. 358. P. 1–11. doi:10.1186/s12913-020-05206-5.
13. Leichsenring K. Developing integrated health and social care services for older persons in Europe // International Journal of Integrated Care. 2004. Vol. 4, no. 3. doi: 10.5334/ijic.107.
14. Leutz W.R. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom // Milbank Quarterly. 1999. Vol. 77, no. 1. P. 77–110. doi: 10.1111/1468-0009.00125.

15. Mui A.C. The Program of all-inclusive care for the elderly (PACE) an innovative long-term care model in the United States // Journal of Aging & Social Policy. 2002. Vol. 13, no. 2–3. P. 53–67.
16. NHS. The long term conditions year of care commissioning programme implementation handbook. 2017. URL: <https://www.england.nhs.uk/publication/the-long-term-conditions-year-of-care-commissioning-programme-implementation-handbook/>.
17. Selezneva E.V., Sinyavskaya O.V., Gorvat E.S. Assessing the needs of the elderly in integrated health and social services in the Russian Federation. World Bank, Moscow. 2020. URL: <http://hdl.handle.net/10986/34203>.
18. Sheiman I., Shevski V. Two models of primary health care development: Russia vs. Central and Eastern European countries, WP BRP 06/PSP/2017, NRU HSE. 2017. URL: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/7cgq28ni7l/direct/204178915>.
19. Soulis G., Kotovskaya Y., Bahat G. et al. Geriatric care in European countries where geriatric medicine is still emerging // European Geriatric Medicine. 2020. Vol. 12, no. 1. P. 205–211. doi: 10.1007/s41999-020-00419-7.
20. Threapleton D.E., Chung R.Y., Wong S.Y.S. et al. Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review // International Journal for Quality in Health Care. 2017. Vol. 29, no. 3. P. 327–334. doi: 10.1093/intqhc/mzx041.
21. World Health Organization. Framework on integrated, people-centered health services. World Health Organization, Geneva. 2016. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1.
22. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE). Implementation framework: guidance for systems and services. 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325669/9789241515993-eng.pdf>.

REFERENCES

1. Briggs, A., Valentijn, P., Thiagarajan, J. and Araujo de Carvalho, I. (2018) ‘Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews’, *BMJ Open*, 8(4). DOI:10.1136/bmjopen-2017-021194.
2. Carpenter, I. and Hirdes, J. (2013) ‘Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care’, in: *A good life in old age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD/European Commission. Pp. 93–139.

3. Dowling, B., Powell, M., and Glendinning, C. (2004) 'Conceptualising successful partnerships', *Health & Social Care in the Community*, 12(4), pp. 309–137. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2004.00500.x.
4. European Centre for Social Welfare Policy and Research (2004) *Providing integrated health and social care for older persons. A European overview of issues at stake*. Available at: <https://www.euro.centre.org/publications/detail/297#:~:text=%22Providing%20Integrated%20Health%20and%20Social,the%20new%20concept%20of%20an> (accessed 29 April 2021).
5. Goodwin, N., Peck, E., Freeman, T. and Posaner, R. (2004) *Managing across diverse networks of care: lessons from other sectors*. London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D.
6. Grishina, E.E. and Tsatsura, E.A. (2019) 'Sotsial'noe obsluzhivanie pozhilykh: chto proiskhodit i vozmozhno li razvitiye?' [Social Service for the Elderly: What is Happening and is Development Possible?], *The Power*, 3, pp. 145–154.
7. Kaehne, A., Birrell, D., Miller, R.S. and Petch, A.J. (2017) 'Bringing integration home Policy on health and social care integration in the four nations of the UK', *Journal of Integrated Care*, 25(2), pp. 84–98. DOI: 10.1108/JICA-12-2016-0049.
8. Kelly, L., Harlock, J., Peters, M., Fitzpatrick, R. and Crocker, H. (2020) 'Measures for the integration of health and social care services for long-term health conditions: A systematic review of reviews', *BMC Health Services Research*, 20(358), pp. 1–11. DOI: 10.1186/s12913-020-05206-5.
9. Kuz'minov, Ya.I. and Ovcharova, L.N. (eds.) (2019) *Natsional'nye tseli sotsial'nogo razvitiya: vyzovy i resheniya: dokl. k XX Apr. mezhdunar. nauch. konf. po problemam razvitiya ekonomiki i obshchestva, Moskva, 9–12 apr. 2019 g.* [National Goals of Social Development: Challenges and Solutions: Reports to XX April International Academic Conference on Economic and Social Development, Moscow, 9–12 April 2019]. Moscow: HSE.
10. Leichsenring, K. (2004) 'Developing integrated health and social care services for older persons in Europe'. *International Journal of Integrated Care*, 4(3). DOI: 10.5334/ijic.107.
11. Leutz, W.R. (1999) 'Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom', *Milbank Quarterly*, 77(1), pp. 77–110. DOI: 10.1111/1468-0009.00125.
12. Mui, A.C. (2002) 'The Program of all-inclusive care for the elderly (PACE) an innovative long-term care model in the United States', *Journal of Aging & Social Policy*, 13(2–3), pp. 53–67.
13. NHS (2017) *The long term conditions year of care commissioning programme implementation handbook*. Available at: <https://www.england.nhs.uk/publication/the-long-term-conditions-year-of-care-commissioning-programme-implementation-handbook/> (accessed 20 October 2021).

14. Nolte, E. and McKee, M. (2011) ‘Integrirovannaya meditsinskaya pomoshch’ i khronicheskie zabolevaniya: obzor’ [Integration and Chronic Care: a Review], in: *Okazanie pomoshchi pri khronicheskikh sostoyaniyakh: Vzglyad s pozitsii sistemy zdravookhraneniya* [Caring for People with Chronic Conditions: a Health System Perspective]. Pp. 69–99. Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/136169/e91878R.pdf (accessed 20 October 2021).
15. Selezneva, E.V., Sinyavskaya, O.V. and Gorvat, E.S. (2020) *Assessing the needs of the elderly in integrated health and social services in the Russian Federation*. Moscow: World Bank. Available at: <http://hdl.handle.net/10986/34203> (accessed 20 October 2021).
16. Sheiman, I. and Shevski, V. (2017) *Two models of primary health care development: Russia vs. Central and Eastern European countries*. WP BRP 06/PSP/2017, NRU HSE. Available at: <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/folder/7cgq28ni7l/direct/204178915> (accessed 20 October 2021).
17. Sheiman, I.M. and Shevskii, V.I. (2019) ‘Protsessy kontsentratsii i integratsii meditsinskikh sluzhb v zarubezhnom i otechestvennom zdravookhranenii: est’ li prirashchenie effekta?’ [Concentration and integration of medical services provided in the international and Russian health care: Is there an increment in effect?], *Public Administration Issues*, 1, pp. 111–135.
18. Shevskii, V.I. and Sheiman, I.M. (2013) ‘Problemy formirovaniya integrirovannoj sistemy zdravookhraneniya’ [Problems of developing integrated health care system], *Public Administration Issues*, 3, pp. 24–47.
19. Soulis, G., Kotovskaya, Y., Bahat, G., Duque, S., Gouiaa, R., Ekdahl, A., Sieber, C., Petrovic, M. and Benetos, A. (2020) ‘Geriatric care in European countries where geriatric medicine is still emerging’, *European Geriatric Medicine*, 12(1), pp. 205–211. DOI: 10.1007/s41999-020-00419-7.
20. Threapleton, D.E., Chung, R.Y., Wong, S.Y.S., Wong, E., Chau, P., Woo, J., Chung, V.C.H. and Yeoh, E. (2017) ‘Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review’, *International Journal for Quality in Health Care*, 29(3), pp. 327–334. DOI: 10.1093/intqhc/mzx041.
21. World Health Organization (2016) *Framework on integrated, people-centered health services*. Available at: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1 (accessed 20 October 2021).
22. World Health Organization (2019) *Integrated care for older people (ICOPE). Implementation framework: guidance for systems and services*. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325669/9789241515993-eng.pdf> (accessed 20 October 2021).

Статья поступила в редакцию 29.04.2021; одобрена после рецензирования 29.10.2022; принятая к публикации 03.03.2022.