**Шутова Н.А., Малюченко А.Ю., Якименко И.В.**

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В РАБОТЕ**

**МЕДИКО–СОЦИАЛЬНЫХ СЛУЖБ**

Аннотация

*В условиях политических, экономических и социальных трансформаций последнего десятилетия на фоне ухудшения показателей здоровья усугубились медико-социальные проблемы. Все это обусловливает объективную потребность в развитии новых эффективных технологий решения взаимосвязанных проблем медицинского и социального характе­ра на качественно новом уровне. Во всем мире признана важность социологического образования для медицинских работников в сфере здравоохранения.*

*Ключевые слова: социальная помощь, медико-социальная служба, здравоохранение*

**Shutova N.А., Maluchenko A.Y., Yakimenko I. V.**

*Kharkov National Medical University, Kharkov,Ukraine*

**EFFICIENCY AND MODERN APPROACHES IN WORK**

**MEDICAL AND SOCIAL SERVICES**

*Annotation*

*In the conditions of political, economic and social transformations of last decade on a background of deterioration of indicators of health medico-social problems were aggravated. All this determines the objective need for the development of new effective technologies for solving interrelated problems of medical and social character at a qualitatively new level. People recognized the importance of sociological education for health care professionals around the world.*

*Key words: social assistance, medical and social services, health protection*

Актуальность вопросов сохранения и укрепления здоровья объясняется его значимостью для реализации индивидуальной жизненной программы каждого человека и обеспечения устойчивого развития общин, стран, мирового сообщества в целом. Именно здоровье является основой благосостояния любой страны и в системе иерархии человеческих ценностей занимает высшие ступени. Немецкий философ А. Шопенгауэр писал: «Здоровье настолько превышает все остальные блага жизни, что воистину здоровый нищий счастливее больного короля».[6]

Развитие населения и экономика страны в процессе общественного развития становятся все более взаимообусловленными и неразделимыми в своем влиянии на численность и качество народонаселения и эффективность трудовых ресурсов именно поэтому, социальная работа в здравоохранении является важным аспектом во всем мире. Она затрагивает интересы как каждого индивидуума, так и всего человечества, влияет на судьбы нынешнего и будущего поколений, предусматривает тесное взаимодействие с медицинским персоналом и четкое разграничение функций между медицинским работником и специалистом по социальной работе. К сожалению, социальные трансформации нарушают качество жизни, тем самым блокируя нормальные показатели психического и физического здоровья. Сравнительная характеристика социальной работы здравоохранения разных стран поможет нам определить преимущества и недостатки каждой системы, чтобы в дальнейшем ликвидировать неблагоприятные факторы, влияющие на показатели здоровья.[5]

В большинстве стран постсоветского пространства развитие социологии медицины базируется на теоретико-методологических достижениях предыдущих этапов, сохранились выработанные научные традиции и на этой основе сформировались новые теоретические направления. В этих странах медицинская помощь обеспечивается через поликлиники (первичная помощь), врачами – терапевтами и врачами-специалистами, а также в больницах (вторичная помощь) городского, районного и областного уровня. Помощь в сельских районах обеспечивают врачи амбулаторий и фельдшера. Социальная работа направлена на профилактику алкоголизма, наркомании, онкологических заболеваний, ВИЧ инфекций и просветительской работы среди молодежи. Она рассматривает функции медицины не только как излечение от болезней, облегчение физических страданий и помощь инвалидам, но и как социальную помощь общества всем нуждающимся; определяет вероятность заболевания и картину его лечения с учетом социальных, культурных, психологических факторов; изучает процессы социализации в сфере охраны здоровья, индивидуальное отношение к здоровью и болезни; анализирует, используя социологические методы, состояние общественного здоровья и организацию медицинской помощи с учетом социально-экономических факторов.

Одними из самих высоких показателей уровня медико-социальной работы достигли страны Западной Европы. На данный момент уровень медико-социальной помощи по показателям в процентном отношении имеет следующую картину и представлен в таблице 1.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Австрии | Дании | Швеция | Германия | Англия | США | Россия | Украина |
| 88,2%. | 88,1% | 74,7% | 74,3% | 70% | 68,18% | 54,6% | 48,06% |

**Табл. 1 Показатели социальной работы в здравоохранении в некоторых странах.**

Европейские страны занимают довольно высокие позиции среди других стран мира. Они успешно реализовывают задачи системы здравоохранения по укреплению, сохранению и восстановлению здоровья, обладают квалифицированными кадрами врачей и другими специалистами, финансовыми, техническими, материальными ресурсами. Однако, если какая-то из этих связей нарушена, то происходи сбой в эффективности работы всей системы. В европейских странах действует программа снижения вреда от ВИЧ-инфекции, проводится профилактическая работа с населением, в том числе и для людей, которые не являются гражданами стран Европы. Успехи службы социальной помощи в области здравоохранения вызвали повышение интереса к специальному медицинскому образованию. В 1975 г. Общество руководителей социальной работы в больницах при Ассоциации американских больниц и Совет по образованию в области социальной работы рекомендовали обеспечить более основательную научную базу для обучения социальных работников, что эффективно действует и в наше время. Проблемы здравоохранения решаются посредством неразрывности двух триад функций: специфических – наука, профилактика, лечение; и общесоциальных, присущих всем социальным системам, – кадры, ресурсы, управление. В большинстве стран Европейского региона элементы оценки деятельности системы здравоохранения включены в механизмы исчисления контроля. В то же время, в очень немногих странах разработаны системы, в рамках которых интегрированы все характеристики, способные существенно повысить эффективность деятельности. Рассмотрим особенности каждой системы на примере Великобритании (70%), Германия (74,3%) и Швеции (74,7%).[4]

В Великобритании общенациональная государственная служба здравоохранения провела реформу, согласно которой практически всему населению предоставляется бесплатная медицинская помощь (существует 4% платных коек). Медицинские услуги, как и вся деятельность медицинских учреждений, обеспечивается государственным бюджетом (остальные средства идут от частных источников). Социальная работа в здравоохранении Великобритании представлена тремя секторами: врачи общей практики, амбулаторно-поликлинические учреждения, аптеки, зубные врачи, глазные врачи; госпитали, больничные службы, амбулатории при госпиталях врачи-специалисты, в том числе стоматологи и офтальмологи; общественные, подведомственные муниципалитетам медицинские службы здравоохранения, включая санитарно-гигиенические организации. Социальная работа учреждений здравоохранения обеспечивается центральным органом управления – Департаментом здравоохранения.[7]

Германия разработала для себя три различных системы оценки социальной деятельности здравоохранения. Они основаны на анализе шести аспектов: улучшение здоровья, справедливый доступ, эффективное оказание соответствующей медицинской помощи, экономическая эффективность, удовлетворенность пациентов, конечные результаты для здоровья. С 2005 года действует рейтинговая система оценки деятельности, в рамках которой различные типы организаций оценивались по шкале от нуля (неудовлетворительно) до трех звезд (отлично) на основе результатов показателей социальной работы. Механизм действия данной деятельности охватывает качество, эффективность, сопоставление с аналогичными организациями национальной системы.[2]

В Швеции Национальный совет по здравоохранению и социальному обеспечению осуществляет мониторинг и оценку деятельности служб здравоохранения, для того, чтобы определить, соответствуют ли предоставляемые услуги целям. Совместно с ассоциацией местных органов, совет опубликовал отчет по вопросам качества и эффективности медицинской помощи, который заключается в информировании общественности и стимулировании обсуждения лучшего уровня жизни. Более того, социальная работа здравоохранения Швеции акцентирует пристальное внимание на восприятии больных и эффективном использовании ресурсов.[2]

Что касается Соединенных Штатов Америки, так же как и в Европе, практически в любых стационарах можно встретить социального работника, который помогает пациенту и его семье адаптироваться к новой ситуации – состоянию болезни. Социальные работники широко представлены в медицинских учреждениях и фактически во всех областях здравоохранения, включая медико-хирургическую, педиатрическую, акушерско-гинекологическую помощь, службу интенсивного лечения, неотложную помощь и реабилитацию в клиниках и стационарах, наркологических и психиатрических клиниках и хосписах. В Соединенных Штатах Америки медико-социальная работа может быть чрезвычайно высокой в связи с широким распространением программ на уровне отдельных штатов, частных и религиозных благотворительных обществ, иных территориальных программ. Широкое распространение в США получили группы само- и взаимопомощи, множество просветительских программ. Практикуется модель, которая называется менеджмент случая. Она характеризуется индивидуализированным подходом и непрерывностью помощи. В основе лежит метод бригадной внебольничной терапии. Специалист по социальной работе в этой модели становится главным куратором психически больного. Основной недостаток, с точки зрения психиатра – отсутствие, как правило, медицинского наблюдения, что затрудняет обеспечение совместных терапевтических и реабилитационных программ. Согласно данным, по качеству жизни из 173 стран, США занимает 15 место ( 68,18%), так как имеет особую структурированность, подход, культуру. Американский антрополог Л.Уайт пишет: «Поведение людей – функция культуры. Культура – константа, поведение – переменная; если изменится культура, изменится и поведение».[3]

В заключение можно сказать, что социальная работа здравоохранения помогает выявлять наиболее актуальные медико-социальные проблемы и доводит их до широких кругов общественности и лиц, принимающих решения на всех уровнях управления в системе здравоохранения, способствует долгосрочному планированию организации медицинской помощи, играет основную роль на этапе трудовой реабилитации больных, определения их трудоспособности и работоспособности, трудового прогноза, профессиональной переориентации, создания определенных производственных условий для поддержания социальной активности индивидуума. Для эффективности медико-социальных служб необходимо очертить круг основных медико-социологических факторов, построить типовые модели основных процессов, определить силу и характер влияния каждого из факторов на состояние здоровья населения, а также на функционирование медицинских учреждений. Главной задачей медико-социальных служб является повышение уровня образования населения, формирование у него представления о здоровом образе жизни и его значении для предупреждения заболеваний. Именно поэтому можно выделить два направления в развитии медико-социальных служб:

- использование радио, печати, лекций, семинаров, индивидуальной просветительской работы среди населения.

 - устранение социальных факторов, оказывающих отрицательное влияние на здоровье человека и непосредственное их ликвидирование или уменьшение влияния на организм:

- оказание материальной помощи малообеспеченным или многодетным семьям, психологическая коррекция состояния, патронаж семей « социального риска», оказание помощи в решении проблем с питанием, лекарствами, предоставление социальных гарантий в целом.

Для того, чтобы социальная работа в учреждениях здравоохранения развивалась, необходимо:

- создать в учреждениях здравоохранения кабинетов медико-генетической консультации;

- проводить санитарно-просветительные работы с будущими родителями посредством издания соответствующей научно-публицистической литературы;

- обучать на базе разнонаправленных консультаций и т.п.;

- проводить комплексы мероприятий по воспитанию у населения здорового образа жизни, углубленно обследовать населения с целью формирования «групп риска», лиц, у которых развиваются патологические состояния, а также больных с целью предупреждения развития и прогрессирования у них осложнений.[1]

Таким образом, в возникновении и развитии значительного количества заболеваний, работа медико-социальных служб играет если не основную, то решающую роль, поэтому проблема профилактики появления заболевания и эффективная борьба с ним возложена на медико-социальную работу, а именно специально обученного медицинского персонала. Нужно помнить, что главная цель всех медико-социальных служб в мире – уменьшить смертность и увеличить рождаемость. Как сказал известный древнегреческий философ и врач: «Здоровье есть высочайшее богатство человека».[8]

Литература:

1. Шмелёва С.В. Содержание и методика социально-медицинской работы. - М.: Академия, 2014. – 56с.

2. Приходько Е. Реформа здравоохранения: европейский вектор // Apteka.ua. 24.08.2009. - №704 (33). – С. 264

3. Татаренко О. Система здравоохранения в Соединенных Штатах Америки: страхование нации // Здоровье Украины. – 2008. – 151с.

4. Первичная медико-санитарная помощь // Всемирная Организация Здравоохранения. Вопросы здравоохранения. – 2012. – 86с.

5. Марков М. Технология и эффективность социального управления. — М., 2012.

6. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002. – 302с.

7. А.В. Горбачева. Развитие общей врачебной практики Великобритании // Врач. практ. – 2013. – С. 108-115.

8. Н.И. Кольцова. М.М. Рожко. Р.В. Казакова. Социальная медицина и организация охраны здоровья 2013.

Р.Б. Салтман, Дж.Фигейрас. Реформы системы здравоохранения в Европе.