

INSTITUTIONALIZATION OF MEDICAL AND SOCIAL WORK IN MODERN RUSSIA

I. Krom¹, Doctor of Medical Sciences, Professor
I. Novichkova², Doctor of Sociological sciences, Head of a
Chair
E. Andriyanova³, Doctor of Sociological sciences, Full
Professor, Head of a Chair
T. Ilyina⁴, Candidate of Sociological sciences, Senior Lecturer
Russian State Social University, Russia^{1,2,4}
Saratov State Medical University named after
V. I. Razumovsky, Russia³

The process of institutionalization of the medical and social work takes place in modern Russia nowadays. The aim of this process is the achievement of the greatest possible level of health and re-socialization of people being in difficult life situations. In the analysis of an institutionalization of medical and social work authors use the set of four functions (AGIL) presented by T. Parsons to characterize the social system. Functions and dysfunctions of medical and social work institute in Russia are considered on the basis of the Federal state institution of medico-social expertise taken as an example.

Keywords: medical and social work, institutionalization, functions and dysfunctions, social institution.

Conference participants, National championship in scientific analytics

Медико-социальная работа определяется как «организованное социальное обслуживание в больнице или вне её, с особым упором на связанные со здоровьем социальные проблемы» [1]. Формирующийся в современной России институт медико-социальной работы предполагает решение социальных проблем, определяющих уровень здоровья, и повышения эффективности систем здравоохранения для обеспечения большего равенства в уровне здоровья, доступности медико-социальной помощи, уменьшения социального расслоения и социальной уязвимости отдельных социальных групп населения, введение требований безопасности физической и социальной среды и защиту населения от воздействий, угрожающих их здоровью, смягчение последствий неравенства в состоянии здоровья, приводящих к дальнейшему социальному расслоению. Люди хотят жить в обществе и в условиях, которые обеспечивают охрану их здоровья и содействуют его улучшению [2].

Институционализация медико-социальной работы в России как процесс формирования интегративного социального института наиболее рельефно можно проследить на примере рефункционирования Федерального государственного учреждения Медико-социальной экспертизы. Несмотря

на то, что институты здравоохранения и социальной защиты имеют четко специализированную цель и выполняют характерные для них функции, при формировании Федерального государственного учреждения Медико-социальной экспертизы они выступают совместно, составляя как бы особую систему, для выполнения некоторых наиболее важных функций всего общества [3]. Совокупность таких социальных функций образует общие социальные функции социальных институтов, которые определяют вид данной социальной системы.

Создание Федерального государственного учреждения Медико-социальной экспертизы предопределило принятие в 1995 г. Закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Основной функцией Федерального государственного учреждения Медико-социальной экспертизы является признание больных инвалидами на основании разработанных в России критериев с классификациями и критериями, утверждаемыми Министерством социальной защиты населения РФ, Министерством здравоохранения РФ [4] и определения комплексного подхода к медико-социальной реабилитации. В декабре 2004 г. служба Медико-социальной экспертизы была реорганизована в Федеральное государственное учреж-

ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Кром И.Л.¹, д-р мед. наук, проф.
Новичкова И.Ю.², д-р социол. наук, зав. кафедрой
Андрьянова Е.А.³, д-р социол. наук проф., зав. кафедрой
Ильина Т.Н.⁴, канд. социол. наук, старший преподаватель
Российский государственный социальный университет,
Институт социального образования (филиал) РГСУ в г.
Саратове, Россия^{1,2,4}
Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского, Россия³

В современной России происходит процесс институционализации медико-социальной работы, цель которой заключается в достижении максимально возможного уровня здоровья и ресоциализации лиц, находящихся в сложной жизненной ситуации. При анализе институционализации медико-социальной работы авторы используют набор четырех функций (AGIL), представленный Т. Парсонсом для характеристики социальной системы. На примере Федерального государственного учреждения Медико-социальной экспертизы эксплицированы функции и дисфункции института медико-социальной работы в России.

Ключевые слова: медико-социальная работа, институционализация, функции и дисфункции, социальный институт.

Участники конференции, Национального первенства по научной аналитике

дение Медико-социальной экспертизы [5]. Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов являются важными элементами системы обеспечения инвалидам условий для преодоления ограничений жизнедеятельности, направленными на создание им равных возможностей для участия в жизни общества [6].

Функционирование института медико-социальной работы может быть проанализировано в методологической плоскости системы социально-структурных функций (AGIL), предложенной Т. Парсонсом. Трансфер идеи Т. Парсонса о системе социально-структурных функций (AGIL) для характеристики функционирования института медицины был осуществлён И.Л. Кром [7]. Парсоновская макротейоретическая схема переведена на уровень социологических теорий среднего уровня и превращена таким образом из методолого-объяснительной в конкретно-аналитическую концепцию.

1. Адаптация

В ФГУ Медико-социальная экспертиза объектом медико-социальной помощи являются инвалиды, медицинские и социальные проблемы которых не имеют односторонних профессиональных решений. Работа с такими контингентами одинакова

тяжела и малоэффективна в здравоохранении и в социальных службах, поскольку проблемы выходят за рамки профессиональной компетенции и препятствуют узкопрофессиональной деятельности [8].

2. Целеполагание

Особенность медико-социальной работы состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей – здравоохранения и социальной защиты населения.

В литературе широко представлены исследования по проблемам профессионализации социальной работы и медицины, разработке моделей медицинского образования. Важнейшая цель современных образовательных программ в медицинском образовании определяется опережающим уровнем познания, предвидения и достижения социально значимых последствий будущего в ходе структурирования образовательного процесса [9].

Отечественный и зарубежный опыт организации медико-социальной работы показывает, что, несмотря на предпринимаемую координацию усилий в помощи лицам, имеющим как медицинские, так и социальные проблемы, координация ведомственных действий недостаточно эффективна. Оптимальные результаты возникают в том случае, когда действия представителей разных специальностей объединяют в лице одного специалиста – специалиста по медико-социальной работе. В связи с чем, возникает необходимость подготовки специалистов, выполняющих интегративные, медико-ориентированные и социально-ориентированные функции [8].

3. Интеграция

Интеграция определила создание в 1996 г. в России службы Медико-социальной экспертизы. Медицинская помощь при оказании медико-социальной помощи является инвариантом социальной помощи. Модели совместной работы могут рассматриваться в отношении структур управления, планирования работы, финансирования, организации профессиональной работы; в отношении различных направлений деятельности [10].

Следует согласиться с авторами «Концепции совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов» [6] в том, что основными направлениями решения задач совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы является улучшение межведомственного взаимодействия при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

4. Латентная функция (поддержание ценностного образа).

Функционирование института медико-социальной работы определяется принципами, предложенными Ю.В. Валентиком и соавт.: экосистемность, полимодальность, солидарность, конструктивная стимуляция, континуальность [11].

Специалистами ВОЗ прогнозируется, что при сохранении действующей системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов к 2015 году численность взрослых инвалидов в Российской Федерации составит 15,3 – 15,5 млн. человек [6].

Как и в прежние годы, установление группы инвалидности строится на мнении экспертов, работающих в бюро Медико-социальной экспертизы. «Медицина, основанная на мнении эксперта, противостоит доказательной медицине (или медицине, основанной на фактах) по трём основным критериям:

1. Доказательная медицина основывается на статистике, что повышает достоверность факта, но нивелирует индивидуальные реакции, эксперт, напротив, оценивает отдельные клинические наблюдения.

2. Эксперт в максимальной степени вносит в процесс общения с пациентом свой личностный компонент, невольно перенося индивидуальный положительный и отрицательный опыт, как клинический, так и социально-психологический, на принятие врачебного решения. Доказательная медицина декларирует обязательность максимально возможного исключения личности эксперта ..., так как индивидуальный опыт врача может не соответствовать потребностям его больного.

3. Доказательная медицина абстрагируется от метарассказа, от объяснительной системы в генезисе развития заболевания. Факт не зависит от его объяснения и интерпретации. Решение эксперта, напротив, максимально логочентрично и ориентировано на понимание» [12].

В некоторых случаях экспертных решений очевидны недостаточные профессиональные знания эксперта, что в сочетании с субъективизмом в принятии решений и отсутствием внешнего контроля может служить причиной недостоверной оценки тяжести состояния больного, создаёт ситуацию власти и дополнительных возможностей у врача-эксперта. Существование монополярной системы, устанавливающей и контролирующей степень инвалидизации больных, и доминирование экспертного мнения при проведении медико-социальной экспертизы создаёт возможность коррупции [7].

Критерии, определяющие практику установления инвалидности в России предполагают корреляцию тяжести соматического состояния, степени ограничения жизнедеятельности и социальных ограничений инвалида. У инвалидов вследствие болезней системы кровообращения в нетерминальной стадии болезни отсутствует корреляция функциональных нарушений и тяжести ограничений жизнедеятельности, определяемых в экспертной практике (г 0,2). Соответствие тяжести заболевания и степени ограничения жизнедеятельности возникает лишь в терминальной стадии болезни. Установление группы инвалидности больным, страдающим болезнями системы кровообращения, строится на мнении экспертов и в некоторых случаях противоречит положениям доказательной медицины. Оценка качества жизни и характеристика личности инвалида, определяющие степень ограничения жизнедеятельности и способность к социальному функционированию инвалидов вследствие болезней системы кровообращения в различные ситуации болезни до настоящего времени не учитываются в экспертной практике. Необъ-

ективная экспертная оценка (недооценка) тяжести состояния инвалида вследствие сердечно-сосудистой патологии, несоответствие группы инвалидности соматическим и социально-психологическим ресурсам инвалидов, являются одной из причин отсутствия перспектив медико-социальной реабилитации, нерационального трудоустройства, утяжеления соматического состояния, снижения качества жизни инвалида. Предполагаемая авторами практика имеет дисфункциональный характер.

Действующие в России классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, (разработаны на основе Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, которая впервые была опубликована Всемирной Организацией Здравоохранения в 1980 г.), не в полной мере обеспечивают объективность и достоверность оценки ограниченной жизнедеятельности инвалидов, с учетом влияния на жизнедеятельность инвалида факторов окружающей среды, что не позволяет разрабатывать и осуществлять эффективные индивидуальные программы реабилитации инвалидов. В связи с этим необходима разработка новых подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации. Достижение поставленной цели возможно при решении задачи создания условий для объективизации оценок ограничений жизнедеятельности инвалидов, потребностей инвалидов в различных видах социальной защиты, включая реабилитацию, для чего необходимо разработать новые классификации, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы [6].

Таким образом, анализ происходящего в России процесса институционализации медико-социальной работы может быть объективизирован при использовании системы социально-структурных функций (AGIL), предложенной Т. Парсонсом.

References:

1. Glossarij terminov po mediko-social'noj pomoshhi. Evropejskoe regional'noe bjuro VOZ. Kopenhagen [A glossary of medical and social care terms. The WHO European Regional office]. - 1976, pp. 399.
2. Sen A. Development as freedom. Oxford University Press, 1999.
3. Kravchenko S.A., Mnacakanjan M.O., Pokrovskij N.E. Sociologija: Paradigmy I temy [Sociology: Paradigms and topics]. – Moskva., Publisher Ankil, 1997., pp. 277.
4. Polozhenie o priznanii lica invalidom: postanovlenie Pravitel'stva RF ot 13.08.96 No 965, pp. 2.
5. O porjadke organizacii i dejatel'nosti Federal'nogo gosudarstvennogo uchrezhdenija Mediko-social'noj jekspertizy: postanovlenie Pravitel'stva RF ot 16.12.04. No 805. [About the order of organization and activity of the Federal State Establishment of Medical and Social Expertise: decree of the government of the RF of 16.12.04. No 805]
6. Koncepcija sovershenstvovanija gosudarstvennoj sistemy mediko-social'noj jekspertizy i rehabilitacii invalidov Minzdravsocrazvitija RF [The concept of improving the state system of medical and social expertise and rehabilitation of the disabled, Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation] <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/handicapped/3> Opublikovano na sajte 03/03/2011.
7. Krom I.L. Mediko-sociologicheskaja konceptualizacija fenomena invalidnosti pri boleznyh sistemy krovoobrashhenija [Medical and sociological conceptualization of the phenomenon of disability in the circulatory system diseases]: avtoref. dis. ... d-ra med. Nauk [Dissertation of doctor of Medical Sciences]. – Saratov., 2007. - 34 P.
8. Martynenko A.V. Mediko-social'naja rabota: teorija, tehnologii, obrazovanie [Medical and social work: theory, technology, education]. – Moskva., Nauka, 1999. - 240 P.
9. Andrijanova E.A. Social'nye parametry professional'nogo prostranstva mediciny [Social parameters of the professional medicine area]: avtoref. dis. ... d-ra soc. Nauk [Dissertation of Doctor

of Social Sciences]. – Volgograd., 2006. - 39 P.

10. Kachmazova B.A. Teorija i praktika interakcii sociologii mediciny i mediko-social'noj raboty [Theory and practice of interaction between the sociology of medicine and the medical and social work], avtoref. dis. ... d-ra soc. Nauk [Dissertation of Doctor of Social Sciences]. – Volgograd, 2008. - 19 P.

11. Sm. Valentik Ju.V., Vjaz'min A.M., Zykov O.V. i dr. Teorija i praktika mediko-social'noj raboty v narkologii [Theory and practice of medical and social work in narcology]. – Arhangel'sk., 1997.

12. Trubeckov A.D. Vrachebnaja jekspertiza: mezhdu faktom i narrativom. Sovremennoe rossijskoe obshhestvo: vlast' jekspertizy [Medical expertise: between fact and narrative. The modern Russian society: the power of expertise]. – Saratov., 2003., pp. 117-118.

Литература:

1. Глоссарий терминов по медико-социальной помощи. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 1976, С. 399.
2. Сен А. Развитие как свобода. Oxford University Press, 1999.
3. Кравченко С.А., Мнацаканян М.О., Покровский Н.Е. Социология: Парадигмы и темы. – М.: Изд-во «Анкил», 1997. – С. 277.
4. Положение о признании лица инвалидом: постановление Правительства РФ от 13.08.96 № 965, п.2.
5. О порядке организации и деятельности Федерального государственного учреждения Медико-социальной экспертизы: постановление Правительства РФ от 16.12.04. № 805.
6. Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Минздравсоцразвития РФ <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/handicapped/3> Opublikovano na sajte 03/03/2011.
7. Кром И.Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 2007. – 34 с.
8. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии,

образование. – М: Наука, 1999 – 240 с.

9. Андриянова Е.А. Социальные параметры профессионального пространства медицины: автореф. дис. ... д-ра соц. наук. – Волгоград, 2006. – 39 с.

10. Качмазова Б.А. Теория и практика интеракции социологии медицины и медико-социальной работы: автореф. дис. ... д-ра соц. наук. – Волгоград, 2008. – 19 с.

11. См. Валентик Ю.В., Вязьмин А.М., Зыков О.В. и др. Теория и практика медико-социальной работы в наркологии. – Архангельск, 1997.

12. Трубецков А.Д. Врачебная экспертиза: между фактом и нарративом. Современное российское общество: власть экспертизы. – Саратов, 2003. – С. 117-118.

University; address: Russia, Saratov city; e-mail: kromil@km.ru

2. Irina Novichkova - Doctor of Sociological sciences, Head of a Chair, Russian State Social University; address: Russia, Saratov city; e-mail: mssu@bk.ru

3. Elena Andriyanova - Doctor of Sociological sciences, Full Professor, Head of a Chair, Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky; address: Russia, Saratov city; e-mail: elena-andriyanova@yandex.ru

4. Tatyana Ilyina - Candidate of Sociological sciences, Senior Lecturer, Russian State Social University; address: Russia, Saratov city; e-mail: mssu@bk.ru

Саратове; адрес: Россия, Саратов; электронный адрес: kromil@km.ru

2. Новичкова Ирина - доктор социологических наук, заведующий кафедрой, Российский государственный социальный университет, Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове; адрес: Россия, Саратов; электронный адрес: mssu@bk.ru

3. Андриянова Елена - доктор социологических наук профессор, заведующий кафедрой, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского; адрес: Россия, Саратов; электронный адрес: elena-andriyanova@yandex.ru

4. Ильина Татьяна - кандидат социологических наук, старший преподаватель, Российский государственный социальный университет, Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове; адрес: Россия, Саратов; электронный адрес: mssu@bk.ru

Сведения об авторах:

1. Кром Ирина - доктор медицинских наук, профессор, Российский государственный социальный университет, Институт социального образования (филиал) РГСУ в г.

Information about authors:

1. Irina Krom - Doctor of Medical Sciences, Professor, Russian State Social

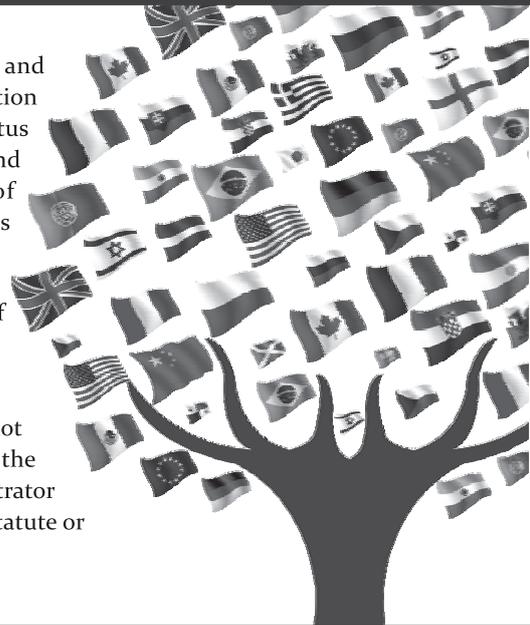


WORLD RESEARCH ANALYTICS FEDERATION

Research Analytics Federations of various countries and continents, as well as the World Research Analytics Federation are public associations created for geographic and status consolidation of the GISAP participants, representation and protection of their collective interests, organization of communications between National Research Analytics Federations and between members of the GISAP.

Federations are formed at the initiative or with the assistance of official partners of the IASHE - Federations Administrators.

Federations do not have the status of legal entities, do not require state registration and acquire official status when the IASHE registers a corresponding application of an Administrator and not less than 10 members (founders) of a federation and its Statute or Regulations adopted by the founders.



If you wish to know more, please visit:

<http://gisap.eu>