

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ
БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ
ГУМАНИТАРНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ
Кафедра общей и клинической психологии**

И.В.ПАНТЮК

КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Теоретические основы социальной работы»

г.Минск, 2013 г.

Тема: ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ

Вопросы:

Основные определения

Цель, предмет, объект социальной работы

Сфера и виды профессиональной деятельности

Стандартные требования к специалистам по социальной работе

Должностные обязанности специалиста по социальной работе

Задачи и функции специалиста по социальной работе в здравоохранении

Основные определения

С позиций теории и практики социальной работы важно четко определить само понятие «социальной работы». Наиболее подробно и профессионально это понятие сформулировано в «Социальной энциклопедии» под редакцией А.П.Горкина с соавторами. В ней даны 3 определения: **социальная работа**

- это *вид социальной деятельности*, направленной на гармонизацию личностных и общественных отношений через оказание помощи отдельным индивидам, группам людей и общности, испытывающим затруднения в социальном функционировании, посредством защиты, поддержки, коррекции и реабилитации, а так же путем изменений и реформирования отдельных элементов социальной системы;

- это *теория, изучающая способы и методы воздействия* социальной адаптированности и реализации субъективности индивида и группы в соответствии с социальными нормами и ценностями общества в разных пространственно-временных ситуациях;

- это *учебная дисциплина*, многоуровневого характера, преподаваемая в средних специальных и высших учебных заведениях, а также в системе повышения квалификации работников социальной сферы.

Такое многогранное современное толкование социальной работы как профессиональной деятельности, теории научного познания современного общества и учебной дисциплины представляют ее как уникальное общественное явление. В настоящее время социальная работа является одной из важнейших гуманитарных профессий, необходимых для устойчивого социального развития общества.

Цель, предмет, объект социальной работы

Цель социальной работы – оказание помощи людям в трудной жизненной ситуации, установление гармоничного взаимодействия с окружающей средой. Эта цель содержит подцели: усиление степени самостоятельности клиентов, их способности контролировать свою жизнь, более эффективно разрешать свои проблемы, создание условий, в которых клиенты могут максимально проявить свои возможности и получить все полагающееся им по закону; адаптация и реабилитация клиентов в обществе; создание условий, при которых человек, несмотря на физическое увечье, душевный срыв и жизненный кризис, может жить, сохраняя чувство собственного достоинства и уважение со стороны окружающих.

Целью медико-социальной работы является достижение максимально возможного уровня здоровья, формирования и адаптации лиц с физическими и психическими отклонениями, а также социально неблагополучных. Как правило, такие лица оказываются в трудной жизненной ситуации: инвалидность, неспособность к самообслуживанию в связи с болезнью, преклонным возрастом, безнадзорность, сиротство, конфликты и жестокое обращение в семье, отсутствие определенного места жительства, безработица и т.д., т.е. ситуации, которые объективно нарушают жизнедеятельность человека, когда он не в состоянии справиться с проблемой без помощи специалистов.

Предметом теории и практики социальной работы – является система закономерностей, принципов и концепций, выражающих основные тенденции функционирования система социальной защиты и социальной помощи.

Объектом социальной работы выступают слабозащищенные слои населения: инвалиды, безработные, дети-сироты, пожилые и прочие категории и общественные группы, находящиеся в трудной жизненной ситуации. Объектами профессиональной деятельности специалиста являются: индивид, семья, группы, общность, находящиеся в трудной жизненной ситуации; система взаимоотношений человек-общество; взаимодействие человек-среда; социальная среда (социум) как условие жизнедеятельности человека; государственные и негосударственные учреждения и организации социальной поддержки и защиты населения; органы народного образования, производственные коллективы; пенитенциарные учреждения; научные и высшие учебные заведения.

Сфера и виды профессиональной деятельности

Социальная работа как практическая деятельность направлена на поддержку, развитие личности, реабилитацию индивидуальной и социальной субъективности человека. Она осуществляется на профессиональном и непрофессиональном уровнях. Непрофессиональный уровень – это добровольная (благотворительная), волонтерская помощь. Профессиональная социальная работа реализуется через функционирование целого ряда специализаций, направленных на решение конкретных проблем человека (медицинских, юридических, экономических, воспитательных т. д.). Специалист в области социальной работы - социальный работник – человек, который в силу должностных и профессиональных обязанностей оказывает все или отдельные виды социальной помощи в преодолении индивидом, группой возникших у них проблем.

Сфера профессиональной деятельности специалиста на основе совокупности фундаментальных, общенаучных, общепрофессиональных и специальных знаний: практическая работа в республиканских, региональных, местных органах, на предприятиях, в учреждениях, службах и организациях социальной поддержки и защиты населения; менеджмент социальной работы в государственных и негосударственных учреждениях, центрах, организациях и фондах социальной помощи; индивидуальная, групповая и

общинная работа с различными социальными группами населения; исследовательская работа в научных учреждениях.

Виды профессиональной деятельности

Специалист может осуществлять профессиональную деятельность по следующим направлениям:

- диагностическому и прогностическому;
- правозащитному;
- организационно-управленческому;
- предупредительно-профилактическому;
- социально-медицинскому;
- социально-педагогическому;
- психологическому;
- социально-бытовому;
- коммуникативному;
- реабилитационному;
- научно-методическому;
- научному (экспериментально-исследовательскому);
- лекторско-просветительскому;
- консультативному.

Стандартные требования к специалистам по социальной работе

К стандартным требованиям специалиста по социальной работе относительно навыков и умений относят:

- умение вести профессиональную практическую работу: консультирование, посредничество, специализируемая помощь и т.д. в лечебно-профилактических учреждениях и организациях здравоохранения и социальных службах;
- оказывать медико-социальные услуги лицам, находящимся в трудной жизненной ситуации;
- организовывать и координировать работу общественных и государственных организаций лечебно-профилактических учреждений и организаций здравоохранения и социальных служб;
- проводить научно-аналитическую деятельность по проблемам медико-социального положения населения;
- участвовать в организационно-управленческой и административной работе учреждений и организаций здравоохранения и социальных служб.

Специалист по социальной работе должен владеть практическими навыками:

- методами оказания консультативной медико-социальной помощи населению;
- методами психосоциальной помощи отдельным лицам и различным группам населения;
- методами проведения консультативных и профилактических мероприятий с объектами медико-социальной работы;

- методами социально-психологической профилактики, диагностики и лечения;
- методами психокоррекции;
- методами индивидуальной и групповой медико-социально-психологической терапии;
- методами проведения аналитической, прогнозно-экспертной и мониторинговой работы.

Профессиональные качества личности специалиста

Специалист должен обладать следующими профессиональными качествами: знанием целей, задач, законов и методов социальной работы, иметь хорошей профессиональной подготовкой, знаниями в различных областях: психологии, педагогики, физиологии, экономики и организации производства, информатики и т.д.; достаточно высокой общей культурой, быть эрудированным специалистом; информацией о современных политических, социальных и экономических процессах в обществе, иметь широкую осведомленность о различных социальных группах населения; умением предвидеть последствия своих действий, твердо проводить свою позицию в деле социальной помощи клиенту (группе, общности); профессиональным тактом, способностью вызвать симпатию и доверие у людей, соблюдать профессиональную тайну, быть деликатным во всех вопросах, затрагивающих интимные стороны жизни человека; эмоциональной устойчивостью, быть готовым к психическим нагрузкам, избегать невротических отклонений в собственных оценках и действиях, при всевозможных неудачах оставаться спокойным, доброжелательным и внимательным к клиенту, добросовестно исполнять свой долг; умением принимать решение в неожиданных ситуациях, четко формулировать свои мысли, грамотно и доходчиво их излагать, всегда поддерживать высокие стандарты своего поведения.

Профессиональные и духовно-нравственные качества специалиста по медико-социальной работе необходимы: сострадание, милосердие, чувство гражданской и социальной справедливости.

Профессиональная деятельность социального работника обусловлена совокупностью его личностных качеств, ценностными ориентациями и интересами, которые и оказывают решающее воздействие на систему формирующихся отношений. Основные качества, которыми должен обладать специалист по социальной работе это – эмпатия и умение устанавливать такие взаимоотношения с клиентом, которые помогли бы расположить его к себе, чтобы изменить трудную жизненную ситуацию.

Среди значимых личностных качеств, без которых социальный работник не состоятелен как профессионал, и которые необходимо вырабатывать, если они изначально ему несвойственны, выделяют 3 основные группы:

- 1.) психофизиологические характеристики, от которых зависят способности к данному виду деятельности;
- 2.) психологические качества, характеризующие социального работника как личность;

3.) психолого-педагогические качества, от которых зависит эффект личного обаяния.

Качества первой группы отражают *психические процессы* (восприятие, память, воображение, мышление); *психические состояния* (усталость, апатия, стресс, тревожность, депрессия); *внимание как состояние сознания, эмоциональные и волевые проявления* (сдержанность, индифферентность, настойчивость, последовательность, импульсивность).

Ко второй группе качеств относятся такие *психологические качества* как самоконтроль, самооценка своих поступков, характеристики Я-концепции, направленность его личности; а также стрессоустойчивые качества – физическая тренированность, самовнушаемость, умение переключиться и управлять своими эмоциями.

К третьей группе относят коммуникативность (умение быстро устанавливать контакт с людьми); эмпатичность (сопереживание, выявление ожиданий, установок, состояний других людей); аттрактивность (внешняя привлекательность); красноречие (умение внушать и убеждать словом)

Должностные обязанности специалиста по социальной работе

Выполняет и формирует банк данных о неблагополучных семьях, одиноких престарелых и нетрудоспособных граждан, проживающих в зоне обслуживания и нуждающихся в социальной поддержке. Устанавливает причины социального неблагополучия, определяет характер и объемы необходимой социальной помощи и услуг, содействует их предоставлению. Составляет «социальный паспорт» семьи. Осуществляет социальный патронаж социально-неблагополучных семей, семей, имеющих детей-инвалидов и детей с особенностями психофизического развития, семей беженцев и вынужденных переселенцев, семей воинов-интернационалистов и участников военных действий в мирное время; семей, где воспитываются сироты; одиноких престарелых и нетрудоспособных граждан, инвалидов.

Оказывает помощь в подготовке и оформлении документов для принятия нуждающихся на постоянное или временное социальное обслуживание, для опеки и попечительства, госпитализации. Содействует в трудоустройстве членов семьи, активизации ее собственного потенциала, расширению масштабов самопомощи.

Сотрудничает с органами внутренних дел по вопросам профилактики асоциальных форм поведения членов семьи. Участвует в организации оздоровительного отдыха детей.

Анализирует качество и ассортимент оказываемых услуг, прогнозирует перспективы их развития, динамику нуждающихся в социальном патронаже.

Принимает участие в работе по формированию и совершенствованию социальной и семейной политики в регионе, в подготовке и реализации региональных социальных программ. Участвует в работе методического совета, методических объединений социальных работников, в организации и проведении семинаров по социальным вопросам.

Консультирует граждан по социальным вопросам. Координирует деятельность различных государственных, общественных, религиозных

организаций и учреждений по оказанию помощи семьям с детьми, одиноким престарелым и нетрудоспособным гражданам. Содействует созданию клубов, групп самопомощи, способствующих объединению семей и граждан по интересам. Организует семейные, детские праздники, конкурсы, соревнования. Ведет необходимую документацию.

Права специалиста по социальной работе

Лица, оказывающие социальные услуги **имеют право**: на создание условий, необходимых для оказания социальных услуг; на защиту профессиональной чести и достоинства; повышать профессиональную квалификацию; самостоятельно выбирать формы и методы работы с различными категориями населения; устанавливать очередность проведения различных видов работ; составлять проекты программ исследований по избранному и согласованному с руководством направлению; участвовать в реализации социальных проектов.

Лица, оказывающие социальные услуги **обязаны**: добросовестно оказывать социальные услуги нуждающимся в них лицам; руководствоваться в своей деятельности принципами социального обслуживания, уважать достоинство граждан, семей и их право на самореализацию; не допускать негуманных дискриминационных действий по отношению к гражданам и семьям, получающим социальные услуги; предоставлять обслуживаемым лицам полную информацию о полагающихся им видах социальной помощи; сохранять в тайне информацию, полученную в процессе выполнения своих обязанностей, а также ту информацию, которая может быть использована против обслуживаемого лица; заботиться о поддержании необходимого уровня своих знаний, требуемых для оказания социальных услуг.

Ответственность специалиста по социальной работе

Несет персональную ответственность за ведение документации в соответствии с установленном порядком; за качество и своевременное выполнение своих обязанностей.

Практическая профессиональная деятельность осуществляется в учреждениях систем здравоохранения и социальной защиты: амбулаториях, больницах, специализированных диспансерах, стационарах, отделениях медико-социальной помощи, домах-интернатах, территориальных центрах социальной помощи населению, кризисных центрах и пр. В здравоохранении медицинские работники выполняют ряд функций социальных работников. При этом в следствие специфики современных клиник, когда персонал перегружен массой специфических документов, пациент со своими страхами и переживаниями, личными проблемами выпадает из поля зрения врача. У сотрудников не хватает времени, чтобы предоставить пациенту необходимые сведения и разъяснения, обеспечить душевный комфорт и социальную поддержку. В процессе нахождения пациента в стационаре у человека возникает множество проблем, которые он разрешить самостоятельно не в состоянии. Это и финансовые вопросы (например, получить пенсию), материальная заинтересованность (если прогнозируется неблагоприятный исход и ограничение физических возможностей, тогда необходимо оформить

инвалидность), юридические вопросы (оформить завещание, если болезнь неизлечима) и наконец сбор сведений для регистрации смерти и организации похорон. Специалист по социальной работе должен взять часть этих функций на себя, четко разграничив функции с медицинскими работниками.

Задачи и функции специалиста по социальной работе в здравоохранении

В здравоохранении медицинские работники выполняют ряд функций социальных работников. При этом в следствие специфики современных клиник, когда персонал перегружен массой специфических документов, пациент со своими страхами и переживаниями, личными проблемами выпадает из поля зрения врача. У сотрудников не хватает времени, чтобы предоставить пациенту необходимые сведения и разъяснения, обеспечить душевный комфорт и социальную поддержку. В процессе нахождения пациента в стационаре у человека возникает множество проблем, которые он разрешить самостоятельно не в состоянии. Это и финансовые вопросы (например, получить пенсию), материальная заинтересованность (если прогнозируется неблагоприятный исход и ограничение физических возможностей, тогда необходимо оформить инвалидность), юридические вопросы (оформить завещание, если болезнь неизлечима) и сбор сведений для регистрации смерти и организации похорон. Специалист по социальной работе должен взять часть этих функций на себя, четко разграничив функции с медицинскими работниками.

Специалист способен решать следующие ***профессиональные задачи***:

- управление процессом социальной помощи в ее государственных и негосударственных формах;
- регулирование отношений и взаимодействий в социальной среде на уровне структурной социальной работы;
- определение и использование оптимальных форм в процессе социальной помощи и защиты населения;
- организация социальной поддержки различным категориям нуждающихся (группа, общность);
- защита индивида в трудной жизненной ситуации;
- проведение научно-практических исследований.

В число **основных задач и профессиональных обязанностей** социального работника входит: оказывать помощь индивидам и группам, осознавать и устранять затруднения личного, социального, экологического и духовного характера, неблагоприятно влияющие на них; помогать людям справляться с этими затруднениями путем поддерживающего, реабилитирующего, защитного и коррекционного воздействия; защищать беспомощных в соответствии с законом; способствовать более широкому использованию каждым клиентом собственных возможностей для социальной самозащиты; использовать все средства и источники для социальной защиты нуждающихся в этом людей и др.

Задачи специалистов по социальной работе в здравоохранении:

в стационаре – участие в приеме и оформлении больного в приемном покое; адаптация больного к больничному режиму; морально-психологическая подготовка больных к операции, особенно детей; организация помощи и ухода после операции; содействие контактам между врачом, пациентом и его родственниками; составление программы работы с тяжелобольными и с лицами с ограниченными возможностями; оказание поддержки родителям, дети которых тяжело больны и проходят длительное лечение; работа с родственниками умерших в клинике; социальная помощь нуждающимся больным; непрерывный контроль за душевным самочувствием больных; овладение навыками первой медицинской помощи и ухода за больными.

после выписки больного из стационара – морально-психологическая поддержка (адаптация к новым условиям, если в результате заболевания или травмы индивид потерял работоспособность; психологическая поддержка родственникам, помощь родителям в общении с детьми-инвалидами и их адаптации в кругу своих ровесников и в школе); социальная поддержка (улучшение бытовых условий, подбор этажа проживания, организация ухода на дому, устройство в дом-интернат в случае отсутствия родственников, оформление опекуна, помощь в получении ортопедических приспособлений, протезов, колясок, помощь в выборе новой профессии, профессиональная ориентация детей-инвалидов); материальная помощь – оформление инвалидности, реализация льгот, предоставляемых государством, контроль выдачи больничных листов, спонсорская и гуманитарная помощь.

Функции профессиональной деятельности

Специалист может выполнять следующие функции:

- диагностическая;
- прогностическая;
- правозащитная;
- организационная;
- предупредительно-профилактическая;
- социально-медицинская;
- социально-педагогическая;
- психологическая;
- социально-бытовая;
- коммуникативная.

Функции специалистов в оказании медико-социальной помощи условно делят на 3 группы: медико-ориентированные; социально-ориентированные и интегративные.

Медико-ориентированные функции включают: - организация медицинской помощи и ухода за больными; - оказание медико-социальной помощи семье; - медико-социальный патронаж различных групп; - организация паллиативной помощи; - предупреждение рецидивов основного заболевания (вторичная и третичная профилактика); - санитарно-гигиеническое

просвещение; - информирование клиента его правах медико-социальную помощь и о порядке ее оказания с учетом специфики проблем.

В социально-ориентированные функции входят: - обеспечение социальной защиты прав граждан в вопросах охраны здоровья и оказания медико-социальной помощи; - представление в органах власти интересов лиц, нуждающихся в медико-социальной помощи; - содействие в предупреждении общественно-опасных действий; - участие в оформлении опеки и попечительства; - проведение социально-гигиенического мониторинга; - создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры для нуждающихся категорий населения; - обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, состоянию среды обитания, качества продовольственного сырья, продуктов питания; - информирование клиентов о льготах, пособиях и других видах социальной защиты; - содействие клиентам в решении социально-бытовых, жилищных проблем; - семейное консультирование и семейная психокоррекция; - психотерапия психическая саморегуляция; - коммуникативный тренинг, тренинг социальных навыков.

К интегративным функциям относятся: - комплексная оценка социального статуса клиента; - содействие выполнению профилактических мероприятий социально значимых нарушений соматического, психического, репродуктивного здоровья на индивидуальном, групповом и территориальном уровнях; - формирование установок клиента, группы населения на здоровый образ жизни; - вопросы планирования семьи; - проведение медико-социальной экспертизы; - осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов; - проведение социальной работы в психиатрии, наркологии, онкологии, гериатрии, хирургии и других областях клинической медицины; - содействие предупреждению распространению ВИЧ-инфекции, обеспечение социальной защиты инфицированных и членов их семей; - социально-правовое консультирование; - организация терапевтических сообществ само- и взаимопомощи реабилитационного, психолого-педагогического, социально-правового характера; - участие в разработке комплексных программ медико-социальной помощи нуждающимся группам населения на разных уровнях; - обеспечение преемственности при взаимодействии специалистов смежных профессий в решении проблем клиентов.

Таким образом, специалист в области социальной работы - социальный работник – человек, который в силу должностных и профессиональных обязанностей оказывает все или отдельные виды социальной помощи в преодолении индивидом, группой возникших у них проблем.

Тема: ПОНЯТИЙНО-КАТЕГОРИЙНЫЙ АППАРАТ КУРСА

Вопросы:

Ключевые понятия, категории курса

Социальная работа как вид научного знания

Основные закономерности, принципы и методы социальной работы

Ключевые понятия

Междисциплинарный характер социальной работы находит свое выражение в понятийно-категорийном аппарате, используемый специалистами в этой области. С философской точки зрения – понятие – это форма мышления, отражающая существенные свойства и связи предметов и явлений. Наиболее важные, ключевые, фундаментальные понятия называются категориями.

Социальная защита – система мероприятий, осуществляемых обществом и его различными структурами по обеспечению гарантированных минимально достаточных условий жизни, поддержанию жизнеобеспечения и деятельного существования человека.

Социальная поддержка – специальные меры, направленные на поддержание условий, достаточных для существования «слабых» социальных групп, отдельных семей, личностей, испытывающих нужду в процессе своей жизнедеятельности и деятельного существования.

Социальная помощь – это система социальных мер в виде содействия, поддержки и услуг, оказываемых отдельным лицам или группам населения социальной службой для преодоления или смягчения жизненных трудностей, поддержания их социального статуса и полноценной жизнедеятельности, адаптации в обществе.

Социальная адаптация – процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды; вид взаимодействия личности или социальной группы с социальной средой. Ведущим компонентом социальной адаптации является согласование оценок, притязаний индивида, его личных возможностей (реальный и потенциальный уровень) со спецификой социальной среды, целей, ценностей, ориентацией личности со способностью их реализации в конкретной социальной среде.

Социальная реабилитация – процесс восстановления основных социальных функций личности, общественного института, социальной группы, их социальной роли как субъекта основных сфер жизни общества.

Социальная служба – структура, выполняющая определенные функции защиты, помощи и поддержки.

Социальная политика государства – определенная ориентация и система мер по оптимизации социального развития общества, отношений между социальными и другими группами, созданию тех или иных условий для удовлетворения жизненных потребностей их представителей.

Социальные гарантии - система мер, нормативных установок и условий, направленных на удовлетворение определенного набора благ и услуг, потребностей поддержания жизнеобеспечения и деятельного существования людей.

Социальное управление – вид управления в обществе регулирования социального положения всех участников общественной жизни, обеспечения их развития как субъектов общественных отношений.

Социальные условия – форма проявлений производственных отношений; способ общественного производства, социально-экономический строй, политическая структура общества.

Социальные факторы – проявление социальных условий для конкретного человека; условия труда, отдыха, жилье, питание, образование, воспитание и т.д.

Социальное образование – система подготовки кадров социальных работников в вузах и средних специальных учреждениях, обучение основам правил жизнедеятельности в обществе, коллективе, освоение знаний о человеке и обществе, строении, законах его развития, функционирования взаимодействия человека и общества.

Социальное обслуживание – деятельность социальных служб по социальной поддержке, оказанию социально-бытовых, социально-медицинских, социально-правовых, психолого-педагогических услуг, а также материальной помощи, проведению социальной адаптации и реабилитации человека, находящегося в трудной жизненной ситуации.

Трудная жизненная ситуация – ситуация, объективно нарушающая нормальную жизнедеятельность граждан (полная нетрудоспособность по причине возраста или инвалидности, неспособность к самообслуживанию в связи с болезнью, сиротство, безнадзорность, отсутствие определенного места жительства, конфликты и жестокое обращение в семье, одиночество, стихийные бедствия, катастрофы и т.п.) и сложная для него самостоятельного разрешения.

Социальная работа – специальность, предметной областью которой является воздействие на человека с целью обеспечения культурного, социального и материального уровня его жизни, оказания индивидуальной помощи человеку, семье или группе лиц.

Социальный работник – лицо (специалист), непосредственно оказывающее, либо организующее помощь человеку в трудной жизненной ситуации.

Теория социальной работы – система научных взглядов на социальную работу как социальное явление, выраженную в принципах, методах, идеях научных взглядах, закономерностях.

Технология социальной работы – совокупность приемов, методов и воздействий, применяемых социальными службами, учреждениями социального обслуживания и социальными работниками для достижения поставленных целей в процессе осуществления социальной работы, решения разного рода социальных проблем, обеспечения задач по социальной помощи населению.

Медико-социальная работа – профессиональная деятельность медицинского, психологического и социально-правового характера, созданная на междисциплинарной основе и направленная на восстановление, сохранение и укрепление здоровья населения.

Медико-социальная помощь населению – профилактическая, лечебно-диагностическая, реабилитационная, протезно-ортопедическая и

зубопротезная помощь, включающая меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, содержащая выплату пособий по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается в учреждениях системы здравоохранения и системы социальной защиты. Суть медико-социальной помощи заключается в координационной работе медицинских, социальных и иных специалистов, обеспечивающих оказание нуждающимся лицам медико-социальных услуг.

Понятие «медико-социальная работа» шире понятия «медико-социальной помощи». С одной стороны, медико-социальную работу рассматривают как разновидность социальной работы, направленной на охрану, поддержку физического и психического здоровья (индивида, коллектива, населения), а с другой стороны – это вид деятельности, направленный на достижение социального благополучия. Под «**социальным благополучием**» понимают такое состояние взаимодействия жизненных сил человека и социальных систем, которое обеспечивает конструктивность разрешения социальных конфликтов. Это – своеобразная единица измерения эффективности социальной работы. «Социальное благополучие» сопоставимо с понятиями «благополучие» человека, группы, общества и с «благополучием» в психическом, этическом, педагогическом и иных аспектах. Но «социальное благополучие» неадекватно, не тождественно этим аспектам, то есть это одно из направлений социальной работы, характеризующейся собственными формами и методами развития.

Здоровье – состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней; гармоническое единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями (болезнь – нарушение этого единства); состояние, позволяющее вести нестесненную в свободе жизнь, полноценно выполнять свойственные человеку функции (прежде всего трудовые), вести здоровый образ жизни, т.е. испытывать душевное, физическое и социальное благополучие.

Индивидуальное здоровье – здоровье отдельного человека; оценивают по персональному самочувствию, наличию или отсутствию заболеваний, физическому состоянию.

Групповое здоровье – здоровье отдельных сообществ людей: возрастных профессиональных и т.д.

Здоровье населения – здоровье людей, живущих на определенной территории.

Общественное здоровье – такое состояние общества, которое обеспечивает условия для активного продуктивного образа жизни, нестесненного физическими и психическими заболеваниями, т.е. это то, без чего общество не может создавать материальные и духовные ценности, это и есть богатство общества.

Потенциал общественного здоровья – мера количества и качества здоровья людей и его резервов, накопленных обществом.

Индекс общественного здоровья – соотношение здорового и нездорового образа жизни населения.

Инвалидность – состояние ограничения жизнедеятельности вследствие стойких расстройств функций организма, приводящих к необходимой социальной защите, т.е. это стойкая потеря работоспособности; сложное социальное явление, приводящее к изменению социального статуса человека и необходимости оказания ему социальной помощи, создания особых производственных условий.

Медико-социальные услуги населению – форма социальной работы, предусматривающая посредничество между учреждениями здравоохранения и населением.

Социальная работа как вид научного знания

Наука – это способ получения знаний на основе объективных наблюдений, которые проводятся таким образом, что исследователи с нормальным восприятием при использовании одних и тех же методик достигают одних и тех же результатов.

Наука определяется часто как деятельность, направленная на разрешение проблем. Первым шагом в любой науке является описание явлений, которые считаются важными для данной науки. Основной целью науки является разработка теорий, которые объясняют отношения, исследуемые в данной области. Теория – это возможное объяснение явлений. В широком смысле теория есть утверждение или группа утверждений, которые характеризуют отношения между переменными. В узком смысле слова теория есть утверждение или совокупность утверждений, которые устанавливают отношения между переменными. Эти утверждения включают по крайней мере одно понятие, которое отражает явления, не наблюдаемые непосредственно, и которое необходимо для объяснения отношений между переменными. Следовательно, теория есть совокупность взаимосвязанных понятий, определений и суждений, которые обеспечивают систематическое видение явлений, точно определяет отношения между переменными с целью объяснения и предсказания этих явлений. Переменная есть любая характеристика социального или физического окружения, которая может принимать различные значения. Примерами переменных являются цвет глаз или цвет волос человека, интеллект, свойства личности и т. д.

Наука не может быть чисто теоретической или чисто эмпирической. Для движения вперед наука использует как теории, так и эмпирические пробы, то есть эксперименты. Теория является продуктом научной деятельности и ее исходным пунктом. Она всегда должна рассматриваться как ложная априори, потому что не может быть ничем иным, как упрощением реальности.

Социальная работа - наука, изучающая способы и методы воздействия социальной адаптированности и реализации субъективности индивида и группы в соответствии с социальными нормами и ценностями общества в разных пространственно-временных ситуациях.

Социальная работа – специальность, предметной областью которой является воздействие на человека с целью обеспечения культурного,

социального и материального уровня его жизни, оказания индивидуальной помощи человеку, семье или группе лиц. Особенность социальной работы как науки заключается в единстве знаний и умений.

Междисциплинарные связи в изучении проблем человека, общества и характера их взаимодействия реализуются через комплексные исследования. Соотношение теории социальной работы с другими теориями опирается на традиционные модели системного подхода. Выявление взаимодействия социальной работы с другими науками показало ее междисциплинарный характер, отличие от таких смежных областей знания, как социология, психология и т.д. Общее между социальной работой как наукой и другими общественными науками заключается в том, что она опирается на основополагающие идеи философов, социологов, психологов, ставших классиками для всех наук об обществе и человеке, в том числе и для социальной работы.

Для социальной работы актуальны связи практики со всеми областями общественного знания: социальной педагогики, антропологии, социологии, правоведением. Социальная педагогика рассматривается как важнейшая основа социальной работы, учебная дисциплина, формирующая профессионализм социального работника.

Особое внимание заслуживает взаимосвязь социальной работы и антропологии, как науки, изучающей человека, преимущественно ранние формы социокультурной организации общества, традиции, быт, образ жизни социально-этнических отношений, этносов. Важнейшим звеном, органически соединяющим социальную работу и антропологию, является социальное пространство – социально освоенная часть природного богатства как среды обитания людей, пространственно-территориальный аспект жизнедеятельности общества и предметного мира человека.

Социология занимает ведущие позиции, как в процессе практической деятельности социального работника, так и в ходе его профессионально-теоретической подготовки. Изучая общество в целом, все виды общественных отношений, социология призвана исследовать прежде всего, социальные аспекты общественных отношений, социальные явления и социальные отношения. Социология позволяет социальным работникам ориентироваться в социуме, т.е. помогает понять, что собой представляет конкретное общество и те группы, которые слабо социально защищены. Отмечая связи социологии и социальной работы, выделяют несколько направлений: познавательное, методологическое, образовательное, организационно-методическое. Социология тяготеет к тем теориям социальной работы, которые ориентированы преимущественно на так называемую структурную социальную работу, связанную с оптимизацией работы учреждений социального обслуживания населения, повышением эффективности социальной политики в обществе в целом.

В настоящее время социальная работа как наука находится в стадии становления. В целом это новое явление в профессиональном отношении. В Республике Беларусь социальная работа находится в стадии становления. Ее

характерными признаками являются: наличие учебных кафедр, учебных пособий, специальных журналов и деятельность Белорусской Ассоциации Социальных Работников.

За последние 8-10 лет произошли существенные изменения в системе образования и практики социальной сферы. Во-первых, созданы кафедры по подготовке специалистов по социальной работе в ведущих ВУЗах страны: в Белорусском Государственном Университете, в Белорусском Государственном Педагогическом Университете им.М.Танка, в Брестском государственном университете им. А.С.Пушкина, в Институте современных знаний, в Белорусском Государственном Университете Культуры, Минском филиале Московского Государственного социального университета, в Минском институте социальных отношений и других ВУЗах страны.

Издается периодический журнал, посвященный проблемам социальной педагогики и социальной работы при БГПУ им.Танка. С 1997 г. выходит периодический научно-методический и информационный журнал «Социально-педагогическая работа». Белорусская Ассоциация Социальных Работников издает журнал «Социальная работа». Вышло в свет первое учебное пособие под редакцией проф. П.П.Украинец «Социальная работа: теория и организация» (2005).

При кафедре общей и клинической психологии гуманитарного факультета БГУ открыта магистратура по специальности «социальная работа». Ведется научная подготовка кадров.

Основные закономерности, принципы и методы социальной работы

Неотъемлемыми компонентами каждой науки являются закономерности, принципы и методы. Закономерности социальной работы делят на 2 группы: закономерности функционирования субъектов социальной работы; существенные связи между субъектом и объектом социальной деятельности и их динамика.

Основные закономерности социальной работы:

- взаимосвязь социальных процессов в обществе, социальной политики и социальной работы;
- обусловленность содержания, форм и методов социальной работы конкретными обстоятельствами жизнедеятельности различных групп, лиц, сообществ;
- решение социальных проблем через личностные потребности интересы клиентов;
- зависимость результативности социальной работы от профессионализма и нравственных качеств специалистов, возможностей социальной системы государства и общества.

Основные принципы теории социальной работы:

- I. Общефилософские: детерминизм, отражение, развитие;
- II. Общесоциальные: историзм, социальная обусловленность, социальная значимость;
- III. Специфические:

- 1) Содержательные – гуманизм, справедливость, альтруизм, самообеспечение, гармонизация общественных групп и личных интересов;
- 2) Психолого-педагогические – эмпатия, модальность, аттракция (привлекательность) доверие;
- 3) Методические – дифференцированный подход, преемственность, последовательность, непрерывность, компетентность;
- 4) Организационные – всеобщность, комплексность, посредничество, солидарность;
- 5) Нормативно-правовые – соблюдение прав человека, в сфере социального обслуживания, обеспечение социальных гарантий, равных возможностей при получении медико-социальных услуг, добровольное согласие граждан при получении услуг, доступность социального обслуживания, соблюдение конфиденциальности, преемственности всех видов и форм социального обслуживания, адресности, приоритета содействия гражданам, находящимся в ситуации, угрожающей их здоровью или жизни, профилактической направленности, содействие социальной реабилитации и адаптации, межведомственности и междисциплинарности, деятельного подхода, территориальной организации социальной службы, государственной поддержки, добровольной общественной деятельности по оказанию медико-социальной помощи.

Основные методы медико-социальной работы

Методы – способы достижения какой-либо цели; совокупность приемов и операций решения конкретной задачи. В социальной работе методы являются междисциплинарными, что определяется универсальностью характера практической деятельности. При изучении опыта социальной работы используют следующие методы, которые условно делят на общие и более частные. К общим методам относят: исторический, сравнительный, системный. К частным – метод наблюдения, анализ документов, опрос, анкетирование, мониторинг и пр.

Исторический метод позволяет изучать то, как зарождалась и развивалась профессиональная социальная работа в различные исторические периоды.

Сравнительный метод способствует выделению объектов сравнения, изучению их изменений в динамике в различные этапы общественно-политического и социально-экономического развития стран. При использовании этого метода учитывают типологию стран по сложившимся системам социальной работы и по роли государства в решении проблем социальной защиты населения. По этому признаку выделяют *американскую* и *европейскую* систему социальной помощи. Для американской характерно преобладание негосударственных форм помощи и поддержки социально слабых слоев. Для европейской системы – преобладание государственных форм социальной защиты населения. В бывших социалистических странах огромную роль играли общественные форды, профсоюзные организации и ассоциации специалистов.

Системный метод изучения опыта социальной работы позволяет изучать всю систему социальных отношений в стране. С помощью этого метода возможно выявление всех элементов структуры социальной работы. При применении системного метода сравнивают и анализируют разные системы социальной защиты отдельных стран или групп населения, отдельные элементы ее структуры. Закономерна и неизбежна при этом взаимосвязь изучения этих направлений. Все зависит от конкретной поставленной цели и задачи исследования социальной работы.

Частные методы позволяют провести анализ всего комплекса приемов, таких как, наблюдение, анализ документов, анкет, посещение учреждений и стран с целью ознакомления опытом, проведение международных конференций, учебных семинаров, «круглых столов», издание учебников, пособий, книг, обмен студентов и преподавателей.

Междисциплинарные методы социальной работы

- ◆ Экономические
- ◆ Правовые
- ◆ Психологические
- ◆ Медико-социальные
- ◆ Административно-управленческие
- ◆ Социологические
- ◆ Педагогические

Экономические методы: статистические; математические; метод принятия оптимальных решений; балансовый; индексный; выборочный; технологический анализ рядов динамики.

Правовые методы: законодательные акты, документы, распоряжения, декреты и пр.

Политические методы: разработка и реализация социальной политики государства.

Психологические методы: методы психологического исследования; диагностические; психогенетические; психодинамические; бихевиористические; когнитивные; гуманистические.

Медико-социальные методы: медицинский уход и медицинская помощь в учреждениях здравоохранения и на дому.

Педагогические методы: методы обучения; методы воспитания; методы убеждения; методы побуждения; методы поощрения; методы самовоспитания.

Организационно-распорядительные методы: регламентирующие; распорядительные; дисциплинарные; координационные; ориентационные; инструктивные.

Методы классификации социальной работы

- ◆ По направлениям и формам социальной работы
- ◆ По объектам социальной работы
- ◆ По субъектам социальной работы
- ◆ По степени общности

Все вышеперечисленные методы необходимы и важны при изучении теории и практики социальной работы для правильного понимания накопленного опыта в целях адаптации наиболее рациональных мер в практической и научной деятельности специалистов.

Тема: ЭВОЛЮЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Вопросы:

Факторы, влияющие на развитие социальной работы

Исторические этапы становления социальной работы

Теоретические подходы к оказанию социальной помощи

Основные модели социальной защиты населения в современном мире

Основные глобальные социальные проблемы в мире

Актуальные проблемы в области охраны здоровья

Факторы, влияющие на развитие социальной работы

История практики и теории медико-социальной работы своими корнями уходит в глубинные гуманистические традиции человеческого бытия. Социальная работа как общественное явление представляет собой модель социальной помощи, возникшей на основе предпосылок, сложившихся в истории культуры человечества. К историческим предпосылкам относят различные формы социальной помощи, развивавшиеся со времен древности на Востоке, Западе, Америки.

Факторы, повлиявшие на развитие профессиональной социальной работы: социально-культурные; социально-экономические; социально-политические; идеологические; социально-правовые; подготовка профессиональных кадров и создание научных школ.

Социально-культурные факторы включают деятельность филантропических и благотворительных организаций по координации социальных и медицинских учреждений;

социально-экономические проявляются вследствие социальных потрясений промышленного и технического прогресса;

социально-политическое испытывают влияние социальных и либеральных идеологий на общественное сознание;

развитие социального законодательства, создание специальных медико-социальных служб;

подготовка профессиональных кадров по оказанию медико-социальной помощи; создание специализированных кафедр и центров;

проведение научных исследований по формированию теоретической базы специальных знаний; издание профессиональных периодических изданий, монографий, учебников;

формирование научных школ по изучению теоретических основ медико-социальной работы;

деятельность профессиональных общественных организаций и ассоциаций.

Исторические этапы становления социальной работы

Установлено, что медико-социальная помощь в разные исторические эпохи оказывалась повсеместно, выражалась в специфических формах и имела несколько названий. Так, в первобытном обществе в эпоху неолита община обеспечивала врачебную помощь больным, старикам и детям. Процесс формирования современного человека завершился примерно около 40 тысяч лет назад. Становление первобытного общества происходило на основе коллективного разума, который проявлялся в отношениях взаимопомощи между людьми.

В Древнем Востоке, Месопотамии, Древнем Египте, Вавилоне и других древнейших цивилизациях развивались различные формы оказания медико-социальной помощи населению. Так, в Вавилоне в 1750 г. до н.э. учреждены Коды справедливости – гражданские акты, призывающие людей к заботе о бедных и любви к ближнему. Эти документы являются первыми письменными упоминаниями о социальной работе. В Древней Греции социальная работа рассматривалась как «филантропия»: проявление любви в отношении человека. В Древнем Риме медико-социальная работа отождествлялась с «народной традицией» помощи больным и бедным, а христианское понимание благотворительности рассматривалось как важнейшее направление церковной деятельности, получившая свое развитие в западноевропейской культуре в средние века. Христианская церковь участвовала в оказании помощи больным и нуждающимся, долгое время в странах Западной Европы играла главную роль в общественной и частной благотворительности.

В XIV в. Италии зародилось общественное движение, проникнутое идеями «гуманизма», которые относительно помощи нуждающимся оказали влияние на развитие социального законодательства: в XVI веке в Англии, в Северной Америке действовали законы о бедных. В странах Западной Европы в XVIII веке в сфере благотворительности идеи Просвещения нашли отражение в создании учебно-воспитательных учреждений, основанных на принципах человеколюбия. Так, в Англии в 1884 г. протестантский священник Барнетт создал благотворительное заведение: Тойнби-Холл, где бедным людям оказывали помощь студенты. В 90-е годы XIX в. Лондонским благотворительным обществом организовывались лекции, практические занятия по оказанию медико-социальной помощи населению. Таким образом, на данном этапе развития теории и практики медико-социальной работы ее занимались в основном представители различных филантропических движений.

В современном обществе развитие медико-социальной работы связывают с расцветом промышленного прогресса. Техническое усовершенствование производства вызвало обострение социальных проблем, проявившихся в виде безработицы, нищеты, преступности и социальных болезней. В конце XIX в. - начале XX в. в странах Западной Европы по данным статистических отчетов резко изменились медико-демографические показатели: снизилась

рождаемость, «помолодела» смертность, увеличилось число суицидов и преступлений.

В странах Европы проводились научные исследования в социальной сфере, изучались причины различных болезней от социальной среды. Научное обоснование медико-социальным процессам сформулировано в трудах немецкого врача А.Гротьяна, заслуга которого в том, что он обосновал науку о здоровье социологией, социальной и политической экономией. В монографии А.Гротьяна «Социальная патология» -- в первом учебнике по социальной медицине XX столетия – изучены основные группы заболеваний с точки зрения их социальной обусловленности, законов распространения, социальных последствий и путей социального противодействия.

К концу IX века в начале XX века в странах Европы и Америки сложилась **система государственной помощи населению, состоящая из:**

**законодательства, регулирующего отношения в социальной сфере;
специальных органов и учреждений, задача которых заключалась в проведении социальной политики государства;
учебных заведений, в которых проходили подготовку лица, оказывающие помощь нуждающимся профессионально и получающие за это материальное вознаграждение.**

В 90-е годы IX в. В Великобритании Лондонским благотворительным обществом организовывались лекции, практические занятия по социальной помощи. В 1899 г. в Амстердаме создан Институт подготовки социальных работников. В начале XX века в странах Европы и Америки действовало 14 школ социальных работников.

В 1940 г. в Оксфордском университете под руководством Дж.А.Райла создан Институт социальной медицины. Основной научной направленностью института было изучение состояния общественного здоровья. В организационном плане Институт социальной медицины абсолютно обособился от больниц, клиник, учреждений, занимающихся профилактикой заболеваний. Его деятельность была прервана Второй мировой войной, он превратился в обычный военный госпиталь.

В послевоенные годы повсеместно открывались институты, кафедры, лаборатории, организовывались ассоциации, фонды и в Европе и в США. Проходили научные конференции и симпозиумы по социальной медицине.

В 1946 г. в США при Нью-Йорской медицинской академии открыт Институт социальной медицины, в структуре которого действовали факультеты: истории медицины, философии и социологии медицины, гигиены, психологии, психиатрии, эпидемиологии, гигиены питания, социальной педагогики, социальной криминологии, планирования и маркетинга и др.

Под влиянием научных достижений в области социальной медицины в Европе и в Америке отрывались колледжи по подготовке социальных педагогов, социальных юристов, социальных медиков. В США эту профессию стали называть социальной работой, в странах западной Европы

– социальной медициной. Таким образом, повсеместно создавалась инфраструктура медико-социальной помощи населению, к середине XX в. завершилось становление медико-социальной работы.

Проведенный анализ литературных источников по теме позволяет выделить основные исторические этапы становления медико-социальной работы: I этап – помощь старикам, детям и немощным в первобытном обществе (от 1 млн. лет назад – до X-V тыс. до н.э.); II этап – формирование социальной структуры в государствах Древнего мира (от IV тыс. до н.э. – до V в. н.э.); III этап – филантропическая, благотворительная, монастырско-милосердная помощь в период средневековья (от V-X вв. – XI-XV вв.); IV этап – создание системы медико-социальной помощи населению в период технического и промышленного прогресса (от XVII в. – до XVIII-XX вв.); V этап – развитие медико-социального института в современном обществе (XX в. – н.в.).

В настоящее время медико-социальная помощь во всем мире оказывается профессионально, т.е. когда в постановке социального диагноза и выбора методов медико-социальной работы руководствуются не общими моральными филантропическими критериями, а научно-обоснованными подходами и технологиями. Во всех странах мира сформированы системы государственной помощи населению, состоящие из социального законодательства; специальных медико-социальных органов и учреждений; учебных заведений по подготовке специалистов по оказанию медико-социальной помощи.

Теоретические подходы к оказанию социальной помощи

Результаты научных поисков ученых различных школ нашли отражение в многообразии моделей теоретических подходов к оказанию социальной помощи населению. Выделяют три основные группы моделей теоретического обоснования практики социальной работы, определяющие ее содержание:

- 1) социально-ориентированные;
- 2) психолого-ориентированные;
- 3) комплексно-ориентированные.

Социально-ориентированные модели тесно связаны с социологическими концепциями, поскольку социология лежит в основе тех теорий социальной работы, которые опираются на структуру социальной работы, связанную с оптимизацией деятельности учреждений социальной сферы, обеспечивающих социальную защиту различным социальным группам нуждающимся и повышение эффективности социальной политики в обществе. Среди современных социально-ориентированных моделей выделяют: «модели жизни» экологической теории, социально-радикальную модель, марксистскую модель.

«Модели жизни» экологической теории представляет собой одну из концепций взаимодействия психологической и социальной систем. Деятельность социального работника в рамках этой модели связана с клиентом и его окружающей средой. Такой подход называется системно-экологическим. Он проявляется в организации работы системы социального

обслуживания и поддержки населения. Особое внимание уделяется проблеме взаимоотношений социального работника и клиента в контексте теории социальных ролей.

Социально-радикальная модель проявляется как модель защиты и развития самосознания представителей различных социальных групп. В ее основе – борьба с дискриминацией, за права человека.

Марксистская модель основывается на понимании деятельности социального работника как силы, способствующей осуществлению собственных коллективных действий, направленных на подъем самосознания и осуществление перемен в обществе. Социальный работник выступает в роли социального «контролера», социального «адвоката», социального «врача».

Психолого-ориентированные модели социальной работы связаны с возможностью социальной работы оптимизировать собственные усилия клиента по изменению ситуации, возникшей на личностном и социальном уровнях. Выделяют *психологодинамическую* модель (на основе работ по психоанализу З.Фрейда, А.Рейда, Э.Берна и др.); *экзистенциальную* модель (изменение смысла жизни); *гуманистическую* модель (работы В.Франкла, К.Роджерса, А.Маслоу и др.). Все эти модели связаны с оказанием индивидуальной помощи клиенту, с позиций его личностных проблем, с его самопознанием и самоактуализацией.

Комплексно-ориентированные модели – междисциплинарные и интегративные концепции теории и практики социальной работы. Выделяют: ролевую, социально-педагогическую, когнитивную модели и концепцию жизненных сил.

Ролевая модель построена на представлении о личностных ролях. Оказание социальной помощи осуществляется на понимании роли личности в различных жизненных ситуациях (Я.Морено, Дж..Г.Мид).

Социально-педагогическая модель рассматривает вопросы социальной помощи с педагогической точки зрения. Воспитание является частью процесса социализации, самоактуализации при непосредственном участии различных социальных факторов.

Когнитивная модель обосновывает возможности регуляции социального поведения клиента с помощью обучения разрешения конфликтов в конкретной социальной ситуации адекватными способами.

Концепция жизненных сил (витально-ориентированная модель) рассматривает понятие «жизненной силы» как способность человека к воспроизводству и осуществлению жизни как биосоциального существа. Социальная работа представляет собой деятельность по оптимизации формирования, осуществления и реализации жизненных сил человека.

Таким образом, различные подходы социальной работы предполагают разнообразные пути их реализации в зависимости от целей и социокультурных возможностей общества.

Основные модели практики социальной работы

Цель социальной работы – оказание помощи людям в трудной жизненной ситуации; решение проблем таким образом, чтобы сделать жизнь более эффективной; побудить личность к активному действию; установить гармоничное взаимодействие с окружающей средой.

Практика социальной работы проводится людьми и для людей, осуществляется через непосредственное обучение социального работника и клиента для решения какой-либо конкретной ситуации или проблемы. Социальная работа - это взаимоотношения людей, взаимодействие между ними и окружающей средой на разных уровнях вплоть до всего общества в целом.

Практика социальной работы – это процесс, в ходе которого лица с социальными проблемами вступают во взаимодействие с социальными работниками, в результате происходит изменение социальной ситуации или проблемы. В итоге происходит изменение самой личности клиента, изменение внутри какой-либо социальной организации (семьи, группы, общины) или изменение в рамках совокупности различных составляющих.

Процесс изменений распадается на несколько фаз или этапов:

- 1) на начальном этапе социальный работник и клиент принимают совместное решение о работе по изменению ситуации;
- 2) затем они сообща переходят к оценке достигнутых результатов и заканчивают процесс совместным решением о окончании работы.

Считается, что социальный работник руководит всем этим процессом, но главное действующее лицо процесса изменений – клиент, который должен самостоятельно принять решение относительно того, как он должен изменить ситуацию изнутри и вокруг себя, свое поведение, или как использовать свои способности, ресурсы для того, чтобы исправить создавшееся положение. Существуют различия в деятельности специалистов. Деятельность *социального педагога* направлена на детей и среду, в которой они развиваются. Работа связана с воспитанием и развитием ребенка, созданием условий, предупреждающих асоциальное поведение. Деятельность специалиста *по социальной работе* направлена на все категории населения. Работа с лицами, имеющими отклонения в физическом, социальном, психическом поведении.

Социальный работник управляет действиями клиента во время процесса изменений, выбирает наиболее приемлемые технологии и методы оказания помощи в достижении целей изменения ситуации и решении проблемы. Цель зависит от потребностей клиента. Достижение ее происходит на основе теоретически обоснованных подходах социальной работы с помощью разнообразных моделей практики. Выделяют следующие **модели практики социальной работы**: разрешающая; социально-радикальная; марксистская; психо-динамическая; ролевая; гуманистическая; коммуникативная; американская; европейская модели.

Разрешающая модель - позволяет устранить либо снижение отрицательного воздействия общества на отдельных его представителей. Ориентирована на оказание помощи всем, кто в ней нуждается и на

преодоление негативного отношения к тем, кто нуждается в помощи и к самим социальным работникам. Используется для помощи в семье, микрорайоне, общине.

Социально-радикальная модель – модель защиты клиента через развитие его самосознания. Она является частью движения за права человека, против расизма, национализма, предрассудков. В этой модели акцент ставится на роль властных структур, классовую принадлежность, например на развитие социальных потребностей, индивидуальности социального субъекта, клиента.

Марксистская модель - на практике деятельность социального работника рассматривается, как сила способная подвигнуть клиента к совместным действиям, повысить его самосознание, самоактуализацию, направленную на позитивные перемены в обществе. Функции социального работника сводятся к социальному контролю, когда социальный работник выступает в роли социального «адвоката», социального «врача», социального «педагога». Основу такой модели составляют соответствующие учреждения как Министерство здравоохранения, Министерство образования, Министерство внутренних дел, Министерство коммунального хозяйства и т. п.

Психодинамическая модель - основана на психоанализе. Отношения социального работника и клиента включают: индивидуализацию клиента; оценку специфики его проблемы; диагностику степени ее актуализации; использование недирективной терапевтической технологии оказания помощи. При анализе поведения клиента учитывают то, как он воспринимает и оценивает окружающий мир и свой социальный статус. Эффективно используется в работе с группами риска.

Гуманистическая модель – применяется тогда, когда социальный работник стремится помочь клиенту путем убеждения в своей искренней заинтересованности в его проблемах; положительном отношении к нему; сопереживании; сочувствии к клиенту.

Ролевые модели - роль личности рассматривается в социально-психологическом плане. Модель общения людей, играющих различные роли: посредника, наставника, друга.

Коммуникативная модель - основана на выявлении всех связей клиента. Главное расположить клиента к самовыражению и смысловому восприятию. Много зависит от умения социального работника анализировать, прогнозировать ситуацию.

Американская модель ориентация на работу с индивидом и его семьей; на улучшение функционирования личности, группы в существующей среде. Исторически сложилась вера на собственные силы, личную инициативу и стремление уменьшить влияние государства. Задача социального работника - заставить клиента поверить в себя. Отличительная черта американской системы – гибкость и децентрализация социального страхования, социальных программ для беднейших слоев населения.

Европейская модель - большое внимание уделяется изменению среды обитания, в отличие от американской модели, где уделяется внимание

изменению личности клиента, для поддержки клиента и его защиты. Европейская модель связана с социальным планированием, администрированием. Участие государства в определении финансирования и проведении социальной политики.

Таким образом, практика социальной работы проводится людьми и для людей; осуществляется через непосредственное общение социального работника и клиента для решения какой-либо ситуации или проблемы. Социальная работа – взаимоотношения людей, взаимодействие между ними и окружающей средой на разных уровнях, вплоть до всего общества в целом.

Основные модели социальной защиты населения в современном мире

Понятия социальная защита и социальное обеспечение родственны, но не тождественны. В системе научных знаний социальная защита включает в себя социальное обеспечение, как составную часть, кроме того охватывает гарантии по охране труда, здоровья и природной среды, минимальной оплате труда и прочие гарантии, которые обеспечивают нормальные условия жизнедеятельности человека.

Выделяют *3 основные модели социальных государств*: либеральная; консервативная (корпоративная); социально-демократическая.

Либеральная модель сформировалась в США, Канаде, Австралии, Великобритании. Основные условия функционирования этой модели: минимальная вовлечённость государства в рыночные отношения; ограничение применения мер государственного регулирования. Во внутреннем валовом продукте (ВВП) государственному сектору экономики принадлежит небольшая часть.

При либеральной модели социальная поддержка граждан осуществляется за счёт развитых систем страхования и при минимальном вмешательстве государства, которое регулирует предоставление определенных гарантий. Размеры страховых выплат невелики. Незначительны и трансферные платежи, т.е. переводимые со счетов госбюджета финансовые средства, полученные от налогов, непосредственно различным группам населения в виде пособий и субсидий. Материальная помощь имеет адресную направленность и предоставляется на основаниях проверки нуждаемости. Данная модель должна нормально функционировать при стабильной экономике, либо при экономическом подъеме.

Консервативная (корпоративная) модель характерна для стран с социально-ориентированной рыночной экономикой (страны континентальной Европы: Австрия, Германия, Италия, Франция). Позиции государства здесь сильнее: бюджетные отчисления на социальные мероприятия примерно равны страховым взносам работников и работодателей, основные каналы перераспределения находятся в руках государства, либо под его контролем. Вместе с тем государство стремится уступать материальную поддержку граждан системе страховой защиты. Поэтому величина социальных пособий находится в пропорциональной зависимости от трудовых доходов, от размеры отчислений на страховые

платежи. Особенностью этой системы является самоуправляемость страховых касс, которые находятся в совместном владении владельцев предприятий и влиятельных профсоюзов, которые представляют интересы работников.

Размер гарантийных выплат, в случае безработицы зависит от трудового стажа. А сроки выплат от продолжительности выплат страховых взносов, от их величины и возраста работников. Во многих странах период выплат пособия по безработице увеличен для лиц старше 50 лет.

Социально-демократическая (солидарная) модель подразумевает ведущую роль государства. Приоритетные задачи социальной политики являются, прежде всего, выравнивание уровня доходов населения и всеобщая занятость населения. Данная модель воплощена в странах северной Европы (Швеция, Норвегия, Финляндия, Дания, Нидерланды), а также Швейцария.

Основой финансирования социальной сферы служит развитый государственный сектор экономики. Он устойчив за счёт высокого уровня налогообложения. Доля государственных расходов в ВВП составляет: Швеция - 66%, Дания - 61%, Финляндия - 56%. Основная часть этих расходов идет на удовлетворение потребностей объектов социального назначения. Значительную часть среди них составляют трансферные платежи, благодаря которым происходит перераспределение национального продукта в пользу наименее обеспеченных слоев населения.

Наибольшую известность получила шведская доктрина социального государства, которую часто называют эгалитарной. Здесь забота государства о своих гражданах введена в ранг культа обещания обеспечить им «безопасность, надежность и защиту в угрожающих ситуациях, а также организацию и руководство защитой. Шведам нет необходимости зависеть от родни или благотворительности, а тем более от рынка. От колыбели до могилы о них будет заботиться государство».

Все модели не встречаются нигде в мире в чистом виде. На практике происходит сочетание либерально-корпоративной и социал-демократической моделей при явном преобладании черт одной из них.

Основные глобальные социальные проблемы в мире

В последнее десятилетие перед мировым сообществом возникла серьезная проблема старения населения. По прогнозам специалистов ООН к 2025 году число лиц старше 60 будет превышать 1 миллиард. Это составит 15% всего населения планеты. В связи с этим членами-государствами ООН в Вене в 1982 г. на Всемирной ассамблее по проблемам старения принят «Международный план действий», целью которого является «способствовать расширению участия пожилых людей в процессе производства и развития, их более активной интеграции в экономическую, социальную, культурную жизнь общества, углублять понимание важного гуманитарного характера проблем пожилых людей; развивать и стимулировать программы и мероприятия, направленные на обеспечение социальных гарантий пожилых; поощрять и развивать программы по профессиональной подготовке

персонала, работающего в органах социального обеспечения и специальных медицинских учреждениях для пожилых».

В 1990 году ООН приняла Резолюцию Комиссии социального развития ООН по осуществлению международного плана действий по проблемам старения и провозгласила 1 октября Международным днем пожилых людей. Впервые он был отмечен в 1991 г. В 1999 году ООН объявила Международным годом пожилых людей. Эти факты и решения ООН признают фактический и потенциальный вклад пожилых людей, обращают внимание общественности на проблемы старения в мире.

Вторая глобальная социальная проблема, это проблема инвалидов и инвалидности. В настоящее время в мире свыше 500 миллионов инвалидов. ООН занимается этой проблемой с 1950 г., приняв Резолюцию «Социальная реадaptация физически дефицитных», в которой впервые была провозглашена защита прав инвалидов в качестве глобальной проблемы. В 1965 году Экономический и Социальный совет ООН принял резолюцию «Восстановления трудоспособности инвалидов»; в 1971 г. – Декларацию «О правах умственно отсталых лиц», где отмечались их права на надлежащее медицинское обслуживание, образование, восстановление трудоспособности, покровительство. В 1975 г. Генеральная Ассамблея ООН утвердила Декларацию «О правах инвалидов». В 1982 г. ООН приняла Всемирную программу действий в отношении инвалидов, содействующую эффективным мерам в целях профилактики инвалидности, восстановлению трудоспособности и полного участия инвалидов в социальной жизни и развитии общества. В программе отмечается, что у инвалидов должна быть возможность участвовать в принятии решений на всех уровнях, создавать организации, представляющие их интересы.

В конце XX в. во все мире выделилась еще одна проблема – распад и трансформация семьи и связанная с этим проблем молодежи и детей. ООН определила специфику положения семьи в современном обществе, сформулированы основные направления деятельности государств и общественных организаций по социальной защите интересов детей и молодежи. В 1985 г. ООН объявила Международным годом молодежи; 15 мая каждого года – Международным днем семьи; 14 октября – Международным днем матери. Основные проблемы семьи в современном обществе: бедность, эмиграция, низкое качество жизни, злоупотребление наркотиками, заболевания СПИДом, дискриминация женщин и детей и пр..

Таким образом, основная мысль всех документов ООН по глобальным социальным вопросам современности – для лечения социальных болезней человека необходимо развивать, преумножать ресурсы личности, ее социального окружения, прежде всего семьи.

Актуальные проблемы в области охраны здоровья:

- ✓ изучение теоретических и организационных основ здравоохранения в мире;
- ✓ изучение влияния социальных условий и образа жизни на здоровье населения;

- ✓ разработка критериев общественного здоровья;
- ✓ разработка научных прогнозов;
- ✓ исследование социально-гигиенических проблем народонаселения и их связи с общественным здоровьем и здравоохранением; влияние на здоровье промышленного и сельскохозяйственного производства, культуры, условий быта и отдыха;
- ✓ исследование процессов урбанизации;
- ✓ исследование социальной, экономической и медицинской значимости здравоохранения как общественной системы и разработка рациональных путей ее развития;
- ✓ изучение правовых и этических основ здравоохранения;
- ✓ изучение медицинских аспектов социального страхования и социального обеспечения;
- ✓ изучение потребности населения в медико-социальных услугах, разработка наиболее эффективных методов и форм ее удовлетворения;
- ✓ разработка социально-экономических и медицинских мероприятий для профилактики заболеваний;
- ✓ разработка мероприятий по пропаганде и реализации здорового образа жизни;
- ✓ изучение демографических аспектов воспроизводства населения; исследование физического развития населения;
- ✓ изучение проблем инвалидности и инвалидов; восстановление трудоспособности;
- ✓ выбор оптимальных форм и методов медико-социального обслуживания населения и другие.

Таким образом, вышеперечисленные аспекты являются традиционными проблемами медицины и общественного здравоохранения. Однако, периодически возникают политические, экономические, природные потрясения, резко изменяющие общественное бытие. Поэтому актуальным является знание проблем и практической деятельности систем здравоохранения и социальной защиты в экстремальных условиях.

Тема: СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Вопросы:

Основные компоненты (элементы) социальной работы

Структура системы социального обслуживания Республики Беларусь

Виды социального обеспечения в Республике Беларусь

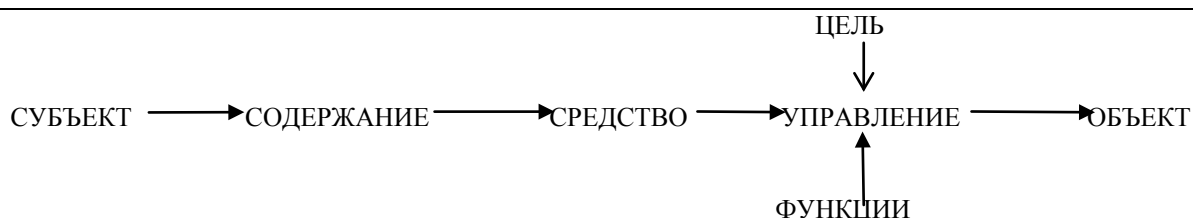
Виды социальных услуг

Основные принципы социальной политики государства

Основные компоненты (элементы) структуры социальной работы

Структура социальной работы состоит из нескольких самостоятельных, но взаимосвязанных компонентов (элементов): субъект, содержание, управление, объект и связывающие их в единое целое средства, функции, цели (См. схему).

Схема Основные компоненты социальной работы



Познавательный смысл этой схемы состоит в том, что она дает наглядное представление обо всей структуре социальной работы. Последовательное перечисление основных компонентов не случайно: любая деятельность в медико-социальной работе совершается от субъекта к объекту, который хоть и стоит в конце этой цепочки, является главным и определяющим фактором социальной деятельности.

Субъекты социальной работы выполняют функции по оказанию помощи нуждающимся. К субъектам относятся лица и организации, которые ведут социальную работу и управляют ей (в том числе и государство в целом, общественные благотворительные организации, Общество милосердия Красного креста, профессиональные организации, ассоциации специалистов, общественные движения). Главным субъектом социальной работы являются люди, занимающиеся социальной работой профессионально и на общественных началах. Всего в мире около 500 тысяч социальных работников, имеющих в дипломе запись «социальный работник».

Объекты социальной работы в Республике Беларусь

Объектами социальной работы выступают слабозащищенные слои населения: инвалиды, безработные, дети-сироты, пожилые и прочие категории и общественные группы, находящиеся в трудной жизненной ситуации. Объектами профессиональной деятельности специалиста являются: индивид, семья, группы, общность, находящиеся в трудной жизненной ситуации; система взаимоотношений человек-общество; взаимодействие человек-среда; социальная среда (социум) как условие жизнедеятельности человека; государственные и негосударственные учреждения и организации социальной поддержки и защиты населения; органы народного образования, производственные коллективы; пенитенциарные учреждения; научные и высшие учебные заведения.

Численность населения в Республике Беларусь на 1 января 2006 года составила 9 750,5 тыс. человек. Пенсионеры представляют примерно 21,5% от общей численности населения: 2 500 000 человек. Число инвалидов на 2006 год составляло 505 000 человек (взрослых); детей-инвалидов – 28 500 человек; ветераны ВОВ, труда, семьи погибших военнослужащих – 100 000; дети дошкольного возраста – 360 000; дети школьного возраста (средняя школа) – 1 200 000; семьи, воспитывающие три и более детей – 90 000; учащиеся профессионально-технических учреждений – 100 000; учащиеся учреждений средних специальных учреждений – 200 000; студенты высших учебных заведений – 380 000; безработные – 60 000; граждане, пострадавшие в результате военных действий в Афганистане – 5 000; граждане, пострадавшие в результате ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС –

128 000 человек. Количество беженцев и вынужденных переселенцев официально около 10 000 в год, а не официально от 100-300 тыс. в год.

Это не полная социально-демографическая характеристика Республики Беларусь, поскольку названы не все группы людей нуждающихся в медико-социальной помощи (граждане с заболеваниями, входящими в специальный перечень; несовершеннолетние дети, проживающие в зонах радиоактивного загрязнения; граждане, чей месячный доход составляет ниже 3 евро в день и расходы на жилищно-коммунальные расходы превышают 20% расходов домашнего хозяйства и другие социальные группы.).

Содержание и средства социальной работы. Обязательным компонентом медико-социальной работы является ее содержанием, которое вытекает из функций социальной работы. Социальная работа выполняется с помощью средств (предметов, приспособлений, действий, с помощью которых достигаются цели деятельности). Многообразие функций вызывает многообразие средств (слово, специальные средства связи, приемы психотерапии, личное обаяние и т.д.). Чем богаче арсенал средств, тем эффективнее медико-социальная деятельность.

Управление и цели социальной работы. Управление включает: оценку состояния объекта, планирование, выработку принятия решения, учет и контроль, координацию, организационное и материально-техническое обеспечение. И все эти управленческие действия выполняет любой социальный работник независимо от его должностного уровня.

Управление медико-социальной работой выполняется оперативно потому, что объект находится в тяжелой жизненной ситуации и откладывание решения проблемы, может стать причиной непоправимых последствий.

Таким образом, *объект, содержание, средства, управление, субъект*, составляют **основу структуры социальной работы**, но эта структура еще не система, а деятельность становится системой, если все компоненты объединяются в единое целое с помощью функций и целей.

Главная цель социальной работы - оказание помощи нуждающимся, и этой цели подчиняются деятельность субъекта, соответственно ей складывается содержание, организация, управление, подбор адекватных средств, форм и методов социальной работы. Цель связывает все компоненты единую систему и объединяет функции.

Структура системы социального обслуживания Республики Беларусь

Социальное обслуживание – деятельность юридических и физических лиц по оказанию социальной поддержки, представлению бытовых, правовых, медицинских, психолого-педагогических услуг и оказанию материальной помощи, созданию условий для социальной адаптированности и реабилитации граждан и семей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О социальном обслуживании» социальное обслуживание населения Республики Беларусь основывается на **принципах**: адресности, гуманизма, социальной справедливости, социального равенства, доступности, добровольности, конфиденциальности, общей профилактической направленности.

Целями социального обслуживания являются:

оказание содействия гражданам в преодолении трудных жизненных ситуаций, которые они не в состоянии разрешить при помощи собственных средств и имеющихся возможностей;

прогнозирование и предупреждение возникновения трудных жизненных ситуаций;

активизация собственных усилий граждан и семей, создание условий для самостоятельного решения возникающих проблем.

Система социального обслуживания включает:

государственные органы, осуществляющие управление в области социального обслуживания в пределах своей компетенции;

территориальные центры социального обслуживания семей и различных категорий населения, нуждающихся в социальном обслуживании (детей, молодежи, граждан пожилого возраста, инвалидов и других категорий населения);

социально-реабилитационные центры; специальные клиники для безнадежных больных людей (хосписы);

социальные приюты;

центры психолого-педагогической помощи; центры (отделения) социальной помощи на дому; центры временного (дневного, ночного) пребывания и патронажа; стационарные учреждения социального обслуживания (дома-интернаты для престарелых и инвалидов, психоневрологические интернаты, детские дома-интернаты для детей с особенностями психофизического развития, специальные дома для одиноких престарелых и др.);

геронтологические центры;

организации социального обслуживания, изготавливающие средства реабилитации (протезно-ортопедические изделия, инвалидную технику и т.п.);

реабилитационно-трудовые мастерские;

иные юридические лица, предоставляющие социальные услуги в пределах своей компетенции и в соответствии с законодательством;

физические лица, в том числе индивидуальные предприниматели, предоставляющие социальные услуги, чье право на занятие социальным обслуживанием в рамках системы социального обслуживания официально подтверждено в порядке, установленном законодательством.

В Беларуси создается единая структура социальной защиты, которая объединяет следующие учреждения:

1. Министерство труда и социальной защиты;
2. Областные, районные управления и отделы (управления, комитеты) социальной защиты;
3. Фонд социальной защиты населения Республики Беларусь;
4. Центры по назначению выплаты пенсии и пособий;
5. Специальные учреждения и предприятия;
6. Негосударственные общественные организации;

7. Территориальные центры социального обслуживания населения.

Все эти организации принимают участие в формировании и реализации государственной политики в области социальной защиты населения.

Министерство труда и социальной защиты управляет финансами социального страхования, руководит системой органов, которые организуют социальное страхование, пенсионным обеспечением, социальной помощью населения. Готовит предложения по совершенствованию социальной защиты населения, участвует в разработке общих принципов государственной политики. Разрабатывает и осуществляет мероприятия по развитию сети социальной защиты. Министерство готовит проекты законов, программ, соглашений. Министерство координирует деятельность других министерств, сотрудничает с министерствами здравоохранения, архитектуры и строительства, органами миграции и т.д.

Фонд социальной защиты населения Республики Беларусь был образован на базе Пенсионного фонда и Фонда социального страхования. Этот фонд является самостоятельной финансово-кредитной организацией и подчиняется Совету министров Республики Беларусь.

Задачи и функции Фонда социальной защиты населения Республики Беларусь:

1. Финансирование расходов на пенсии, пособия, стипендий и другие социальные выплаты;
2. сбор и аккумуляция страховых взносов;
3. осуществление расширенного производства средств фонда;
4. международное сотрудничество, связанное с социальным страхованием;

Фонд подготовит Положения о размерах страховых взносов, определяет порядок использования средств и контроль их правильного расходования; координирует работу местных органов фонда; организует государственный банк данных по всем категориям плательщиков страховых взносов в фонд.

Средства фонда образуются за счет средств страховых взносов нанимателей и лиц, занимающихся предпринимательской деятельностью, из обязательных взносов всех работающих граждан и ассигнаций из государственного бюджета, из добровольных взносов от физических и юридических лиц и доходы за счет капиталов самого фонда.

Все предприятия, учреждения, организации, работающие граждане обязаны платить страховые взносы в Фонды социальной защиты населения. Взносы начисляются на все виды оплаты труда.

Социальный работник должен уметь грамотно использовать фонды при решении проблем клиента.

Территориальные центры социального обслуживания населения осуществляют деятельность на основании следующих актов: Закон Республики Беларусь «О социальном обслуживании» от 22.05.2000 г. № 395-3 (в ред. 29.06.2006); Примерное положение о Территориальном центре социального обслуживания населения, утверждённое Постановлением Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь № 86 от

23.07.2003 г. (в ред. 31.03.2005); Устав учреждения «Территориальный центр социального обслуживания населения, Положение о Территориальном центре социального обслуживания и др.

Примерное положение не относится к нормативным правовым актам. В соответствии с Законом Республики Беларусь «О местном управлении и самоуправлении в Республике Беларусь» решения по вопросам определения структуры и штатной численности территориальных центров социального обслуживания, отвечающие потребностям населения, принимают местные исполнительные и распорядительные органы по предложению соответствующих органов по труду, занятости и социальной защите.

Виды социального обеспечения в Республике Беларусь

Все граждане Республики Беларусь при наступлении старости, болезни, полной или частичной потери трудоспособности, при потере кормильца, в помощь семьям воспитывающих детей обеспечиваются видами социального обеспечения.

Виды социального обеспечения:

- пенсии;
- надбавки и доплаты к пенсиям,
- пособия,
- льготы,
- натуральные услуги,
- материальные блага.

Пенсия (от «латинского платеж») – это материальное обеспечение граждан в старости, при инвалидности, в случае потери кормильца, пенсии, выплачиваемые из средств Фонда социальной защиты Республики Беларусь. Виды пенсий: трудовые (назначаются по возрасту, по инвалидности, за особые заслуги, за выслугу лет, по потере кормильца); социальные (назначаются инвалидам с детства, лицам, достигшим возраста 55(ж) – 60 (м) лет, детям в случае потери кормильца; детям-инвалидам в возрасте до 18 лет).

Пособие - это денежные выплаты гражданам. Они могут быть разовые и ежемесячные; осуществляются за счет средств государства, предприятий всех форм собственности или колхозов. Выплачиваются с целью возмещения или восполнения утраченного заработка по причине болезни, беременности или родов; покрывают дополнительные расходы, вызванные рождением ребенка, смертью близкого человека; необходимостью санаторно-курортного лечения; оказывают помощь многодетным семьям, малообеспеченным семьям, одиноким матерям и женам солдат срочной службы в воспитании детей, а также всем семьям и гражданам с целью их социальной защиты в связи с инфляцией и безработицей. Пособия выплачиваются в размерах, зависящих от прошлого заработка или в твердой сумме.

Льготы – это социально-экономические мероприятия проводимые государством, предприятиями и колхозами за счет своих средств, имеющие целью облегчение материального положения граждан и их семей, которые

вследствие престарелого возраста, инвалидности, семейного положения и прочих причин не в состоянии нести полные расходы по удовлетворению своих бытовых и других нужд.

К льготам относят:

- приобретение лекарств;
- оплата расходов на содержание детей в детских дошкольных учреждениях;
- оплата расходов в организации детского отдыха в оздоровительных лагерях;
- частичная оплата путевок в санатории, профилактории, дома отдыха, пансионаты, туристические базы, детские санатории и дома отдыха для матери и ребенка;
- оплата протезно-ортопедических изделий;
- пользование общественным транспортом;
- оплата стоимости топлива, электроосвещения, газа и квартиры.

Материальные блага - предоставление в соответствии с законодательством рабочих протезов, ортопедической обуви, слуховых аппаратов, средств лечебной физкультуры, специальных средств для передвижения инвалидов. Натурально-материальные блага оказываются предприятиями и колхозами за счет своих средств и носят алиментарный характер.

Виды социальных услуг

Услуги – это те социально-экономические мероприятия, которые осуществляют государство, предприятия или колхозы за счет своих средств в форме различных действий:

- предоставление санаторно-курортного лечения и отдыха;
- содержание и социальное обслуживание в домах интернатах для престарелых и инвалидов;
- содержание, воспитание и обслуживание детей-инвалидов в дошкольных, школьных и в других учреждениях.

В отличие от пенсии и отдельных видов пособий предоставление услуг не зависит от продолжительности общественно-полезной деятельности. Их размер не определяется от заработка и других условий.

Социальные услуги включают:

- предоставление консультативно-информационных услуг;
- оказание материальной помощи в денежной и натуральной форме;
- предоставление временного пребывания в социальных приютах;
- обеспечение дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания;
- осуществление социального обслуживания в стационарных учреждениях социального обслуживания и на дому;
- оказание социально-реабилитационных услуг;
- оказание посреднических услуг;
- оказание иных социальных услуг, определенных законодательством.

Основания предоставления социальных услуг

Социальные услуги предоставляются в случаях:
малообеспеченности;
сиротства;
бездомности;
безнадзорности лиц, нуждающихся в постоянном уходе, воспитании и иной социальной помощи;
безработицы;
инвалидности;
временной нетрудоспособности или ограниченной (утраченной профессиональной трудоспособности);
неспособности к самообслуживанию в связи с возрастом или по иным причинам;
токсикомании, наркомании, алкоголизма;
семейного неблагополучия;
возвращения из мест лишения свободы;
стихийного или экологического бедствия, техногенной катастрофы;
в иных случаях, когда необходима социальная поддержка.

Приоритетным направлением в решении вопросов социальной защиты является оказание услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам в нестационарных условиях. Для оказания помощи одиноким нетрудоспособным престарелым гражданам в системе Министерства труда и социальной защиты функционирует служба социальной помощи на дому. Когда исчерпаны возможности обслуживания на дому, применяется стационарная форма (дома-интернаты).

Основные принципы социальной политики государства

Формирование государственной политики в области социальной защиты осуществляет Парламент — Национальное собрание Республики Беларусь. Основными звеньями управления социальным развитием и проводниками государственной социальной политики являются Правительство - Совет Министров Республики Беларусь, Министерство труда и социальной защиты, Министерство здравоохранения, а на местах (на уровне областей, городов и районов) — специально созданные структуры.

Основные принципы социальной политики государства в условиях трансформации общества:

- всесторонние возможности для обеспечения достаточного дохода через заработную плату;
- самообеспечение, (если не зарплата, то другие законные доходы);
- защита населения от социальных рисков (болезнь, инвалидность, безработица, старость, потеря кормильца и др.), увязанная с доходом и различными потребностями (страховые системы);
- забота о малообеспеченных гражданах с особыми потребностями;
- единая система социальной помощи;

Основные условия для проведения данной социальной политики:

- бюджетная устойчивость;
- нейтральность
- поддержка формирования человеческого капитала и накопление сбережений;
- экономическая эффективность.

Таким образом, социальная защита – это система, призванная обеспечивать определенный уровень благосостояния граждан, которые в силу обстоятельств не могут обеспечивать себя доходами. Социальное обеспечение осуществляется в разнообразных видах, способствующих социальной защите граждан в сложных современных условиях. Основная проблема государственного значения – разработка новой социальной политики интегративной системы программ общего охвата и целевых программ для предотвращения бедности и помощи тем, кто обеднел.

Тема: ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В ОБЛАСТИ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Вопросы:

Права граждан при оказании медико-социальной помощи

Пенсионное обеспечение

Государственная социальная поддержка

Адресная социальная помощь

Иностранная безвозмездная гуманитарная помощь

Спонсорская помощь

Социальные стандарты

Социальная помощь физически ослабленным лицам

Права граждан при оказании медико-социальной помощи

Права граждан при оказании им социальной помощи имеют законодательную основу и закреплены определенными правовыми актами: Конституцией Республики Беларусь, законами Национального собрания Республики Беларусь, Указами Президента Республики Беларусь, приказами и постановлениями министерства здравоохранения Республики Беларусь, министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь; международными правовыми документами, декларациями ООН, ВОЗ, МОТ и других организаций.

Законом называется нормативный акт, принятый в установленном порядке Национальным собранием Республики Беларусь. Законы регулируют основы общественных отношений. Они обладают высшей юридической силой.

Вопросы законодательства здравоохранения и социальной защиты населения требуют применения норм различных отраслей права – государственного, административного, трудового, гражданского, семейного, международного.

Права граждан Республики Беларусь на оказание медико-социальной помощи и охрану здоровья законодательно представлены: Конституцией

Республики Беларусь, Законами Республики Беларусь «О здравоохранении», «О санитарно-эпидемическом благополучии населения», «О правах ребенка», «О социальной защите инвалидов», «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», «О трансплантации органов и тканей», «О минимальных социальных стандартах», «О социальном обслуживании», «О пенсионном обеспечении», «О ветеранах» и др.

Все другие нормативно-правовые акты, принимаемые органами власти и управления, называются подзаконными. Они издаются на основе законов, во исполнение их и должны соответствовать законам.

Основным законом Республики Беларусь является Конституция, в ней закреплены главные принципы общественного и государственного строя, провозглашены права и свободы человека, гарантии на социальную защиту населения Республики Беларусь.

В статье 45. Конституции Республики Беларусь отмечено, что «гражданам Республики Беларусь гарантируется право на охрану здоровья, включая бесплатное лечение в государственных учреждениях здравоохранения. Государство создает условия доступного для всех граждан медицинского обслуживания.

Это право граждан Республики Беларусь обеспечивается развитием физической культуры и спорта, мерами по оздоровлению окружающей среды, возможностью пользования оздоровительными учреждениями, совершенствованием охраны труда».

В статье 46. Конституции Республики Беларусь отмечено, что «каждый имеет право на благоприятную окружающую среду и на возмещение вреда, причиненного нарушением этого права. Государство осуществляет контроль за рациональным использованием природных ресурсов в целях защиты и улучшения условий жизни, а так же охраны и восстановления окружающей среды».

Обязанности граждан Республики Беларусь в отношении охраны здоровья определены в статье 55. Конституции Республики Беларусь: «охрана природной среды и собственного здоровья – долг каждого гражданина».

Таким образом, в Конституции Республики Беларусь охрана здоровья, социальная защита населения и обеспечение благоприятных условий жизни и деятельности провозглашены одной из важнейших государственных задач.

В законе Республики Беларусь «О здравоохранении» определены государственная политика в области здоровья граждан, правовые, социально-экономические и организационные основы системы здравоохранения. В соответствии с этим законом закреплён правовой статус пациента.

При обращении за медико-социальной помощью пациент имеет право:

- уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников и других лиц, участвующих в оказании медицинской помощи;

- информацию об имени, фамилии, должности, квалификации его лечащего врача и других лиц, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;

- обследование, лечение и нахождение в организации здравоохранения в

условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и противоэпидемическим требованиям;

облегчение боли, связанной с заболеванием или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами;

перевод к другому лечащему врачу с разрешения руководителя организации здравоохранения (ее структурного подразделения);

отказ от оказания (прекращение) медицинской помощи, от госпитализации, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом;

обжалование поставленного диагноза, применяемых методов обследования и лечения, организации оказания медицинской помощи;

сохранение медицинскими работниками в тайне информации о факте его обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе, иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами;

получение в доступной для него по форме информации о состоянии своего здоровья, применяемых методах диагностики и лечения, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья.

При нахождении на стационарном лечении пациент имеет право на допуск к нему священнослужителя, а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает правил внутреннего распорядка организации здравоохранения для пациентов, санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований.

В случае нарушения прав пациента он может обращаться с жалобой к должностным организации здравоохранения и должностным лицам государственных органов и в суд.

Пациент обязан:

принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья;

уважительно относиться к медицинским работникам и лицам, участвующим в оказании медицинской помощи;

предоставлять информацию о состоянии своего здоровья, в том числе и о противопоказаниях к применению лекарственных средств, ранее перенесенных и наследственных заболеваниях;

выполнять медицинские предписания;

соблюдать правила внутреннего распорядка организации здравоохранения и бережно относиться к имуществу организации здравоохранения.

Лечащий врач, заведующим отделением, иные должностные лица организации представляют в доступной для пациента форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе, прогнозе, методах обследования и лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, об их последствиях, о результатах проведенного лечения и возможных осложнениях. Информация о состоянии здоровья пациента

сообщается членам его семьи, если пациент не запретил сообщать им об этом или не назначил лица, которому должна быть передана такая информация. Информация должна сообщаться в форме соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии. Информация, содержащаяся в медицинской документации, представляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия пациента только по основаниям, предусмотренным законодательными актами (ст.30).

Законом «**О донорстве крови и ее компонентов**» регулируются отношения, связанные с развитием донорства крови и ее компонентов, обеспечения комплекса социальных, экономических, правовых, медицинских мер по организации донорства крови и ее компонентов, защите прав доноров в Республике Беларусь.

Законом «**О трансплантации органов и тканей человека**» регулируются отношения, связанные с трансплантацией органов и тканей человека, в целях обеспечения прав граждан Республики Беларусь на охрану здоровья и жизни. Действие закона не распространяется на использование органов, их частей и тканей, имеющих отношение к процессу воспроизводства (яйцеклетка, сперма, яичники, яички либо эмбрион), крови и ее компонентов, тканевые компоненты, используемые для приготовления препаратов и пересадочных материалов. Органы и ткани человека не могут быть объектом гражданско-правовых сделок, за исключением сделок, носящих безвозмездный характер. Совершение возмездных сделок, а также рекламирование потребностей в органах и тканях человека с целью предложения вознаграждения за их получение влечет уголовную ответственность в соответствии с действующим законодательством (ст.3). Забор органов и тканей человека осуществляется только в государственных учреждениях здравоохранения, а трансплантация органов и тканей человека - в специализированных подразделениях учреждений здравоохранения (ст.4).

Забор органов и тканей для трансплантации у совершеннолетнего лица разрешается при соблюдении следующих условий:

предупреждение донора о возможном ухудшении его здоровья в связи с будущим оперативным вмешательством;

наличие его согласия на забор органов и тканей, выраженное в письменной форме и заверенное нотариально;

всестороннее медицинское обследование донора и наличие заключения консилиума врачей-специалистов о возможности изъятия у него органов и тканей;

уведомление органов прокуратуры.

У лица, не достигшего 18-летнего возраста, разрешается проводить забор только костного мозга с письменного согласия его родителей (усыновителей) и органа опеки и попечительства. При возражении несовершеннолетнего забор костного мозга не допускается. У донора могут быть взяты для трансплантации парный орган, часть органа и ткань, отсутствие которых не вызывает необратимых процессов в организме. Принуждение любым лицом

донора к согласию на забор у него органов и тканей влечет за собой уголовную ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь (ст.5).

Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» определяет правовые основы государственного регулирования оказания психиатрической помощи, гарантий и прав граждан при ее оказании и порядок защиты их прав.

Если в результате нарушения обязанностей медицинскими работниками причинен вред пациенту, тогда наступает гражданско-правовая ответственность медицинского учреждения перед пациентом, состоящая в проведении санкций имущественного характера, взыскиваемых по заявлению потерпевшего. Согласно ст.933 Гражданского Кодекса Республики Беларусь, вред, причиненный личности или имуществу гражданина, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред. На должностных лицах медицинских учреждений за совершение административных проступков налагаются следующие виды административных взысканий: предупреждение, штраф, принудительные работы и пр. К нарушителям дисциплинарного или трудового проступка (невыполнение или ненадлежащее выполнение работником трудовых обязанностей) применимы следующие дисциплинарные взыскания: замечание, выговор, строгий выговор с занесением в трудовую книжку, увольнение с работы. Медицинские и фармацевтические работники за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих профессиональных обязанностей несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Пенсионное обеспечение

В Республике Беларусь право на государственное пенсионное обеспечение в старости, инвалидности, потери кормильца и других случаях, предусмотренных законодательством, гарантируется Конституцией Республики Беларусь каждому нетрудоспособному члену общества и реализуется через систему государственного социального страхования и пенсионного обеспечения.

В Республике Беларусь действуют Законы «О пенсионном обеспечении» (1992 г.), «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС» (1991 г.), «О пенсионном обеспечении военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел» (1992 г.), «Об основах государственного социального страхования» (1995 г.) и другие.

Государственное пенсионное обеспечение предоставляется лицам, постоянно проживающим в республике, независимо от гражданства. Согласно Закону «О пенсионном обеспечении» в Республике Беларусь назначаются следующие виды пенсий: трудовые (по возрасту, по инвалидности, по случаю потери кормильца, за выслугу лет, за особые заслуги перед Республикой) и социальные пенсии.

Право на трудовую пенсию имеют лица, которые в период работы или занятия иными видами деятельности подлежали государственному

социальному страхованию и за них, а также ими самими в предусмотренных законодательством о государственном социальном страховании случаях уплачивались страховые взносы.

Право на социальную пенсию имеют нетрудоспособные лица, которые не получают трудовую пенсию. Это дети-инвалиды в возрасте до 18 лет; инвалиды 1 и 2 групп, в том числе с детства; дети-сироты (при отсутствии у умерших родителей трудового стажа); лица в возрасте старше пенсионного и другие.

Право на пенсию по возрасту на общих основаниях имеют мужчины – по достижении 60 лет и при стаже работы не менее 25 лет; женщины – по достижении 55 лет и при стаже работы не менее 20 лет.

В трудовой (страховой) стаж засчитывается работа, в период которой работник подлежал государственному социальному страхованию и за него, а также им самим уплачивались страховые взносы. При этом, если фактический заработок, из которого уплачены страховые взносы, за календарный год оказался ниже минимально допустимого уровня оплаты труда, стаж работы для назначения пенсии определяется с применением поправочного коэффициента. Кроме периодов фактической уплаты страховых взносов, в трудовой стаж засчитываются иные периоды, когда взносы не вносились. Это - служба в армии (обязательная и по контракту); обучение в учебных заведениях (школы, училища, средние специальные и высшие) и на курсах по подготовке кадров, повышению квалификации и переквалификации, в аспирантуре, клинической ординатуре, докторантуре; уход за детьми до достижения возраста 3 лет (не более 9 лет в общей сложности); получение пособия по безработице, временной нетрудоспособности и другие виды деятельности.

Пенсия исчисляется из индивидуального фактического заработка за любые 5 лет подряд (по выбору обратившегося за пенсией) из последних 15 лет работы независимо от имеющихся перерывов (исключение установлено для лиц, имеющих небольшой стаж работы, например, при назначении пенсии по инвалидности). Начиная с 1 января 2000 года ежегодно при назначении пенсии указанные 5-летний и 15-летний периоды увеличиваются на 1 год. Заработок для исчисления пенсии корректируется в связи с ростом средней заработной платы в республике при условии, что этот рост составляет более 10 процентов. На основании откорректированного заработка производится соответствующие перерасчеты пенсий. Дополнительная индексация пенсий в связи с изменением стоимости жизни не производится. Социальные и минимальные трудовые пенсии перерасчитываются 4 раза в год в связи с ежеквартальным изменением бюджета прожиточного минимума в среднем на душу населения (кроме того, минимальные, как и другие трудовые пенсии перерасчитываются в связи с ростом средней заработной платы в Республике).

Пенсионное обеспечение государственных служащих в республике осуществляется в соответствии с Законом Республики Беларусь от 14 июня

2003 г. «О государственной службе в Республике Беларусь», вступившим в силу с 26 июля 2003 г.

К государственным служащим Республики Беларусь отнесены граждане Республики Беларусь, занимающие в установленном законодательством порядке государственную должность, наделенные соответствующими полномочиями и выполняющие служебные обязанности за денежное вознаграждение из средств республиканского или местных бюджетов либо других предусмотренных законодательством источников финансирования.

Назначение пенсий производится районными отделами социальной защиты. Заявление о назначении пенсии подается в отдел социальной защиты, как правило, через администрацию предприятия по месту последней работы.

Выплата пенсий производится органами социальной защиты (через предприятия связи и банковские учреждения) без учета получаемого пенсионером заработка (дохода), кроме пенсий за выслугу лет, выплата которых не осуществляется при поступлении пенсионера на работу, дающую право на эту пенсию, а также пенсий безработным, которые не выплачиваются при возвращении безработного к трудовой деятельности. Пенсии обложению налогами не подлежат. Пенсии, назначенные в Республике Беларусь (кроме пенсий вследствие трудового увечья или профессионального заболевания), при выезде на постоянное жительство за границу не выплачиваются, если иное не установлено соглашениями о социальном обеспечении между Республикой Беларусь и другими государствами.

Государственная социальная поддержка

В соответствии с мероприятиями Республиканской комплексной программы социальной поддержки пожилых людей, ветеранов и лиц, пострадавших от последствий войн, на 2006-2010 годы проводятся обследования условий жизни одиноких и одиноко проживающих пожилых людей, ветеранов и лиц, пострадавших от последствий войн, и принимаются меры по решению их проблем. Координирует деятельность республиканских органов государственного управления, местных исполнительных и распорядительных органов, общественных объединений по реализации мероприятий данной Программы Межведомственная комиссия, созданная при Министерстве труда и соцзащиты. В ходе реализации названной программы при определении нуждаемости одиноких граждан пожилого возраста и ветеранов в социальной поддержке применяется выявительный подход, что позволяет обеспечить адресность предоставляемой помощи.

Создана система социальной защиты ветеранов и пожилых людей, в соответствии с которой указанным категориям граждан предоставляются, в соответствии с законодательством, различные льготы и социальные гарантии. Одиноким гражданам пенсионного возраста за счет средств местных бюджетов устанавливаются индивидуальные пожарные извещатели, приборы учета расхода воды.

Адресная социальная помощь

Одним из компонентов государственной системы социальной защиты населения – общественное вспомоществование. Под общественным вспомоществованием понимается финансирование из бюджетных средств жизненно важных потребностей отдельных лиц или групп населения, при котором в качестве ориентира выступает их индивидуальная нуждаемость. Оно направлено на поддержание уровня жизни бедных независимо от уплаты страховых взносов. Такая социальная помощь рассматривается как временная поддержка и может осуществляться как в денежной, так и натуральной форме.

Данная компонента социальной защиты населения в Республике Беларусь реализуется, прежде всего, посредством системы государственной адресной социальной помощи, которая в нашей стране была введена в 2001 году.

Целью этой системы является оказание малообеспеченным гражданам (семьям) материальной помощи для преодоления или смягчения трудной жизненной ситуации, в которой они оказались, и потому их среднедушевые доходы стали ниже гарантированного уровня бюджета прожиточного минимума, то есть ниже критерия нуждаемости. Размер адресной социальной помощи равен разнице между критерием нуждаемости и среднедушевым доходом семьи или гражданина.

Основные нормативные акты регулирующие выделение адресной социальной помощи:

Указ Президента Республики Беларусь № 638, согласно которому государство гарантирует поддержку в форме адресной социальной помощи наиболее нуждающимся слоям населения.

Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 11 марта 2008 г. № 374 утверждено Положение о порядке учета доходов и расчета среднедушевого и совокупного дохода семьи (гражданина) для предоставления государственной адресной социальной помощи и безналичных жилищных субсидий.

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 25 апреля 2007 г. № 526 «О внесении изменений в постановления Совета Министров Республики Беларусь от 6 августа 2004 г. № 951 и от 14 декабря 2005 г. № 1449» отменен категориальный подход при назначении государственной адресной социальной помощи: право на получение данного вида социальной поддержки получили все граждане (семьи), оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, при условии не превышения их среднедушевого дохода над критерием нуждаемости.

Постановлением Министерства труда и социальной защиты от 14 января 2008 г. № 10 утверждена форма журнала регистрации заявлений о назначении государственной адресной социальной помощи.

С 17 декабря 2007 года в Беларуси вступил в силу закон «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан» (принят 14 июня 2007г. №2393). Этим законодательным актом значительно сокращен круг лиц, которые могут рассчитывать на поддержку со стороны государства.

Адресная социальная помощь регулируется «Положением о порядке назначения и выплаты государственной адресной социальной помощи, утверждено Постановлением Совета Министров Республики Беларусь 14.12.2005 №1449».

В целях обеспечения объективного учета доходов граждан, претендующих на государственную адресную социальную помощь, Министерством здравоохранения издан приказ от 14 марта 2008 г. № 198, которым предусмотрено осуществление льготного отпуска лекарственных средств по картам учета льготного отпуска лекарственных средств и перевязочных материалов.

К 2011 году предполагается довести критерий нуждаемости до уровня основного критерия признания граждан малообеспеченными – бюджета прожиточного минимума. По определению Министерства труда и социальной защиты, бюджет прожиточного минимума – это стоимостная величина минимального набора материальных благ и услуг. Необходимых для обеспечения жизнедеятельности человека и сохранения его здоровья, а также обязательные платежи и взносы. Этот показатель используется для определения размера государственной социальной помощи малообеспеченным гражданам (семьям), обоснования минимальных государственных социально-трудовых гарантий, расчета пособий, размера пенсий, норматива индексации денежных доходов населения, для определения права на бесплатное обеспечение продуктами питания детей первых двух лет жизни.

На начало 2007 г. бюджет прожиточного минимума составил 185360 белорусских рублей в среднем на душу населения, в том числе для трудоспособного населения – 203770 белорусских рублей, для пенсионеров – 162110 белорусских рублей, студентов – 195020 белорусских рублей, для детей в возрасте от 3 до 16 лет – 220420 белорусских рублей, для детей в возрасте до 3 лет – 158070 белорусских рублей.

Другим критерием малообеспеченности является минимальный потребительский бюджет – это расходы на приобретение набора потребительских товаров и услуг для удовлетворения основных физиологических и социально-культурных потребностей человека. Он утверждается ежеквартально для 18 социально-демографических групп населения. Данный показатель служит основой для определения права граждан на получение льготных кредитов и субсидий на строительство (реконструкцию) или приобретение жилых помещений.

В начале октября 2007 г. на основании постановления МСинистерства труда и социальной защиты населения от 13 июля 2007 г. № 99 действовали следующие показатели минимального потребительского бюджета: семьи из 4-х человек – 282630 белорусских рублей, мужчины трудоспособного возраста – 342710 белорусских рублей, женщины трудоспособного возраста – 347670 белорусских рублей, молодая семья с 2-я детьми - 267870 белорусских рублей, для юношей в возрасте от 14-ти до 18 лет – 330170 белорусских рублей и т.п.

Иностранная безвозмездная гуманитарная помощь

В соответствии с Декретом Президента Республики Беларусь от 28 ноября 2003 года № 24 «О получении и использовании иностранной безвозмездной помощи», а также согласно изменениям и дополнениям к Инструкции Управления делами Президента РБ № 7 от 30 июня 2004 года «О порядке регистрации, получения и использовании иностранной безвозмездной помощи», вступившим в силу с 24 марта 2005 года, иностранной безвозмездной помощью являются денежные средства, в том числе в иностранной валюте, товары (имущество), безвозмездно предоставляемые в пользование, владение, распоряжение физическим лицам – гражданам Республики Беларусь иностранными государствами, международными организациями и гражданами, а также лицами без гражданства и анонимными жертвователями.

Основными нормативными правовыми актами Республики Беларусь, регламентирующими порядок получения и использования денежных средств физическими лицами, в качестве иностранной безвозмездной помощи, являются:

1. Декрет Президента Республики Беларусь № 24 от 28.11.2003г. «О получении и использовании иностранной безвозмездной помощи»;

2. Постановление Управления делами Президента РБ №7 от 30.06.2004г. (в редакции постановления №2 от 18.03.2005г. рег.№7/501 от 21.03.2005г.) «Инструкция о порядке регистрации, учета, получения и использования иностранной безвозмездной помощи» (в редакции постановления Управления делами Президента Республики Беларусь №1 от 10.01.2008г. рег.№7/789 от 17.01.2008г.).

Регистрацией иностранной безвозмездной помощи занимается Департаменте по гуманитарной деятельности Управления делами Президента Республики Беларусь по заявлениям получателей.

Спонсорская помощь

Спонсорская помощь регулируется Указом Президента Республики Беларусь от 1 июля 2005 года №300 «О предоставлении и использовании безвозмездной (спонсорской) помощи».

Указом под спонсорской помощью понимается безвозмездная помощь в виде денежных средств, в том числе в иностранной валюте, товаров (имущества), работ, услуг, имущественных прав, включая исключительные права на объекты интеллектуальной собственности, оказываемая юридическими лицами и предпринимателями республики другим организациям, индивидуальным предпринимателям и физическим лицам республики.

Исходя из определения, действие данного указа не распространяется на помощь, получателями которой выступают иностранные физические или юридические лица, а также на помощь, оказываемую физическими лицами вне зависимости от того, кто выступает получателем такой помощи— юридическое лицо, предприниматель либо физическое лицо.

С принятием Указа любая безвозмездная сделка должна совершаться с соблюдением норм данного указа. Так, например, организации не смогут безболезненно предоставить в безвозмездное пользование имущество либо дать беспроцентный кредит, поскольку все это рассматривается как безвозмездная передача имущественных прав и регулируется данным указом.

При предоставлении спонсорской помощи необходимо заключить договор. В договоре указываются: стороны; размер спонсорской помощи и цель ее предоставления; виды товаров (работ, услуг), которые будут приобретены на денежные средства безвозмездной (спонсорской) помощи; порядок представления получателем спонсорской помощи отчета о ее целевом использовании; сведения об оказании спонсорской помощи в установленных пределах (для организаций, которые ограничены в размерах предоставляемой спонсорской помощи). Стороны вправе предусмотреть в договоре и иные условия.

Социальные стандарты

Государственный минимальный социальный стандарт – минимальный уровень государственных гарантий социальной защиты, обеспечивающий удовлетворение основных потребностей человека, выраженный в нормах и нормативах предоставления денежных выплат, бесплатных и общедоступных социальных услуг, социальных пособий и выплат.

Система государственных минимальных социальных стандартов – комплекс взаимосвязанных государственных минимальных социальных стандартов. Система государственных социальных стандартов определила минимальный уровень гарантий для жителей Беларуси во всех социально значимых сферах. Другими словами, это та планка, относительно которой недопустимо снижать объем и качество услуг населению.

Правовой основой для реализации социальных стандартов стал Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах», принятый в 1999 году. Этот закон определяет критерии формирования и применения государственных минимальных социальных стандартов, обеспечивающих реализацию закрепленных Конституцией Республики Беларусь социальных прав граждан.

Условия и порядок установления государственных минимальных стандартов определены Трудовым и Жилищным кодексами Республики Беларусь, законами «О прожиточном минимуме», «О пенсионном обеспечении», «Об образовании» и другими нормативно-правовыми документами.

Государственные минимальные социальные стандарты применяются для решения следующих *задач*:

удовлетворения основных потребностей граждан в материальных благах и услугах;

нормативного обеспечения формирования и использования средств республиканских и местных бюджетов и средств государственных внебюджетных фондов на социальные нужды;

обеспечения государственной поддержки развития социальной сферы и социальной защиты граждан;

оказания необходимой социальной помощи малообеспеченным и находящимся в трудной жизненной ситуации.

Система государственных социальных стандартов по обслуживанию населения Республики Беларусь, была разработана и утверждена на основании Постановления Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 г. №724 «О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики» и включает 44 норматива. В систему государственных минимальных социальных стандартов включаются государственные минимальные социальные стандарты в области: оплаты труда; пенсионного обеспечения; образования; здравоохранения; культуры; жилищно-коммунального обслуживания; социальной поддержки и социального обслуживания.

Принципы формирования и применения государственных минимальных социальных стандартов:

соблюдения конституционных прав граждан в области социальных гарантий на основе обеспечения государственных минимальных социальных стандартов;

всесторонней обоснованности установления и применения государственных минимальных социальных стандартов исходя из экономических возможностей государства;

общедоступности обеспечения социальной защиты и социальных услуг, оказываемых государственными учреждениями;

целевого и адресного финансирования государственных минимальных социальных стандартов;

широкой информированности граждан через средства массовой информации о государственных минимальных социальных стандартах;

социального партнерства.

Таким образом, социальные стандарты призваны обеспечить государственную поддержку развития социальной защиты граждан, оказать необходимую помощь малообеспеченным и находящимся в трудной жизненной ситуации гражданам.

Социальная помощь физически ослабленным лицам

Одним из приоритетных направлений государственной социальной политики является социальная защита инвалидов. Функционирует сеть реабилитационных учреждений, осуществляющих мероприятия в рамках медицинской, профессиональной и социальной реабилитации, в том числе Белорусский протезно-ортопедический восстановительный центр и Республиканский реабилитационный центр для детей-инвалидов. Нуждающиеся инвалиды обеспечиваются протезно-ортопедическими изделиями, изделиями лечебного протезирования, техническими средствами реабилитации бесплатно или на льготных условиях.

В Республике разработана и утверждена Государственная программа безбарьерной среды жизнедеятельности физически ослабленных лиц на 2007-

2010 годы (постановление Совета Министров Республики Беларусь от 3 апреля 2007 г. № 424).

Основной ее целью является обеспечение равных возможностей в части доступности инфраструктуры для инвалидов путем создания без барьерной среды.

Инвалиды из числа ветеранов войны полностью обеспечиваются инвалидными креслами-колясками, протезами и другими средствами реабилитации; имеют право на предоставление им жилья, телефонизации квартир.

Основными законами, регулирующими социальную помощь инвалидам являются:

1 Об утверждении Государственной программы о без барьерной среде жизнедеятельности физически ослабленных лиц на 2007-2010 годы: Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 3 апреля 2007 года (Зарегистрировано в Национальном реестре правовых актов Республики Беларусь 6 апреля 2007 г. N 5/24995);

2 О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь: Закон Республики Беларусь от 11.11.1991 N 1224XII (“Ведомости Верховного Совета Республики Беларусь”, 1991, N 34, ст. 611);

3. Об административных правонарушениях: Кодекс Республики Беларусь 21 апреля 2003 года № 1943, (Зарегистрировано в Национальном реестре правовых актов Республики Беларусь 20 мая 2003 г. N2/946);

Законодательство непрерывно изменяется. Ежемесячно выходит около 1000 нормативных актов. Это и новые документы, и документы изменяющие, разъясняющие содержание уже принятых. Поиск, изучение, систематизация опубликованных - отнимает много времени. При этом, масса документов проходит мимо заинтересованных лиц. Всё это ведёт к неоправданным издержкам и штрафным санкциям, так как незнание закона не освобождает от ответственности за его неисполнение.

В настоящее время система социальной защиты в Белоруссии находится в стадии совершенствования, что связано с изменением законодательства в этой области.

Тема: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВАЖНЕЙШИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Вопросы:

Социальная значимость общественного здоровья

Болезни системы кровообращения

Злокачественные образования

Эпидемия ВИЧ-инфекции

Социальная значимость общественного здоровья

Общественное здоровье – такое состояние общества, которое обеспечивает условия для активного продуктивного образа жизни, нестесненного физическими и психическими заболеваниями, т.е. это то, без чего общество не может создавать материальные и духовные ценности, это и есть богатство общества.

Окончательная ответственность за всю работу страны лежит на правительстве, которое в свою очередь, должно привлекать к управлению все секторы общества. Тщательная и ответственная организация, забота о благосостоянии населения, то есть правильное хозяйствование, составляют суть деятельности хорошего правительства. Здоровье людей всегда является первоочередной задачей, правительство несет постоянную и непрерывную ответственность.

Сегодня в большинстве развитых стран правительства играют центральную роль в вопросах социальной политики и медико-санитарной помощи. Медико-санитарная помощь может быть чрезвычайно дорогой, потребность в ней трудно предсказать, механизм совместной ответственности за факторы риска и обеспечение финансовой защиты чрезвычайно важны.

Системы здравоохранения являются одним из наиболее крупных секторов всемирной экономики. Глобальные расходы на медико-санитарную помощь составляют приблизительно 2985 миллиардов долларов США, почти 8% от всемирного внутреннего валового продукта. Ресурсы, выделяемые системам здравоохранения, распределяются неровно и непропорционально самих проблем здравоохранения. Страны с низким и средним уровнем доходов дают лишь 18% глобальных доходов и 11% глобальных расходов на здравоохранение (4% от ВВП в этих странах). Тем не менее, 84% населения мира живут в указанных странах и на их долю приходится 93% общего бремени заболеваемости в мире. Страны с низким и средним уровнем дохода сталкиваются со многими сложными проблемами в обеспечении медико-социальных потребностей своего населения, обеспечивая мобилизацию достаточных финансовых средств равноправным и доступным образом, пытаясь извлечь максимум пользы из скудных ресурсов.

Факторы, определяющие увеличение роста стоимости медицинских услуг мире:

- 1) внедрение новейших медицинских технологий;
- 2) рост численности населения и его постарение;
- 3) увеличение количества заболеваний, требующих дорогостоящего лечения;
- 4) заработной платы врачей и численности административного аппарата в здравоохранении.

В странах с низким уровнем дохода, где общественные средства на все виды расходов являются недостаточными (менее 20% ВВП), финансирование и оказание медико-санитарной помощи находится в частном секторе. Во многих странах значительная часть бедняков до сих пор не имеют доступа к основным и эффективным видам медико-санитарной помощи.

Многие страны не используют свой потенциал, а усилия многих недостаточны для обеспечения необходимого и справедливого финансирования. В результате в каждой стране не удастся избежать большого числа смертей и инвалидностей, которые можно было бы предотвратить; много ненужных страданий, несправедливости,

неравноправия и необеспечения основных прав личности. И удар этот сильнее сказывается на малоимущих, которые в результате становятся еще беднее из-за отсутствия финансовой возможности себя защитить от болезней.

По рекомендациям ВОЗ доля валового национального продукта (ВНП), выделяемого на здравоохранение, должна быть не менее 5%. К странам, затрачивающим, на здравоохранение менее 5% валового национального продукта относится, Греция (4,2%). Большинство развитых стран выделяет на здравоохранение более 6% валового национального продукта: Дания – 6,2%; Япония – 6,6%; Австрия – 7,0%; Финляндия – 7,3%; Италия – 7,4%; Германия – 8,1%; Швеция – 9,3%; Франция – 9,4%; США – 10,8%.

Если в начале XX века – в 1920-х г. увеличение расходов на здравоохранение на 10% приводило к улучшению здоровья на 12%, то в конце XX века – в 1980-90-е года в развитых странах этот показатель снизился до 1,8%. Это обусловлено тем, что в конце XX века здравоохранение перестало воздействовать на причины заболеваний.

Состояние здоровья во многом зависит от социального неравенства и социальных факторов риска. *Социальными детерминантами здоровья* являются: доходы граждан, занятость населения, образование, качество жизни и жизненные ценности. В современном мире в условиях повышения уровня безработицы на 2-3% наблюдается одновременный рост хронической патологии среди населения на 7-8%. Рост безработицы всего на 1% сопровождается увеличением общей смертности населения на 1,9%; числа убийств и самоубийств на 5,7% и 4,1% соответственно, уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и цирроза печени на – 1,9%; увеличением числа лиц, помещаемых в психиатрические клиники – на 3,3%. и т.д. Что касается младенческой смертности, то ее снижение на 40% связывают с улучшением социальных условий жизни, 30% – с общим развитием экономики страны; и 30 % – с медико-организационными мероприятиями, то есть медико-социальными.

В США 60% визитов к врачу связаны с заболеваниями, в основе которых лежат стресс. А затраты на лечение этих заболеваний ежегодно оцениваются в 150 млрд. \$. В Великобритании – ежегодно умирают от заболеваний, связанных с курением 110 тыс. человек, в США только пассивное курение приводит к смерти ежегодно 32 тыс. человек.

За рубежом в области охраны здоровья важная роль принадлежит социальной помощи. В США до 30% практических работников социальной помощи вовлечены в деятельность, связанную со здоровьем населения (посещение больных на дому, работа в больницах, поддержка и психологическая адаптация пациента и т. д.).

Реализация общенациональной политики охраны здоровья на межминистерском уровне в зарубежных странах осуществляется через законодательные акты, различные общественные организации и фонды. Во всех странах мира сформированы системы государственной помощи населению, состоящие из социального законодательства; специальных

медико-социальных органов и учреждений; учебных заведений по подготовке специалистов по оказанию медико-социальной помощи.

Например, в Финляндии с 1920 года действует Лига помощи детям, которая располагает 13 районными местными отделениями и имеет всего 40 служащих и 50 тыс. добровольцев. Лига помощи детям занимается вопросами санитарного просвещения, здорового образа жизни, программами социального планирования и планирование семьи и др. вопросы.

В скандинавских странах имеются давние традиции и законодательные акты, поощряющие деятельность добровольных обществ и населения в области охраны здоровья.

В США в программах здравоохранения ежегодно заняты 10 млн. добровольцев. Эти программы способствуют созданию инфраструктуры низовых общественных организаций самопомощи при сотрудничестве с государственными органами здравоохранения.

В экономически развитых странах высоко число конторских работников медицинских учреждений; так в США их насчитывается 700 тыс. человек (это 16% общего числа занятых в отрасли); то есть 886 чиновников на 10 тыс. врачей и медицинских сестер. В больницах США работают 185 тыс. администраторов, не имеющих медицинского образования, в их функции входит управление.

Затраты на обеспечение административной деятельности медицинских учреждений из средств на здравоохранения; в США составляют 22% средств; в Великобритании - 6%; Канаде-8%. Однако, исследования, выполненные в разных странах мира, показали, что на здоровье населения в целом в современных условиях наибольшее влияние оказывают:

1. - образ жизни (52-55%);
2. - наследственная предрасположенность к болезням (20-22%);
3. - окружающая среда (18-20%);
4. - здравоохранение (7-12%).

Системы здравоохранения несут ответственность не только за улучшение здоровья людей, но и за защиту их финансовых расходов, связанных с болезнью, и сохранение их достоинства при лечении. Сегодня люди обращаются за помощью не только за тем, чтобы их освободили от боли, или оказали помощь в лечении как физических недугов, так и при эмоциональных нарушениях, но и в отношении консультаций по вопросам питания, воспитания детей и сексуального поведения. Пациенты рассчитывают на конфиденциальность, достоинство и право выбора при лечении.

Уважение человека включает:

- Уважение достоинства человека. В самых крайних проявлениях это означает отказ от стерилизации отдельных людей с генетическими нарушениями или отказ от полной изоляции людей с инфекционными заболеваниями, так как в противном случае это явилось бы нарушением основных прав человека. В широком смысле это означает отсутствие уважения пациента.

- Конфиденциальность или право определить, имеет доступ к информации о здоровье конкретного человека.
- Автономность в отношении выбора вариантов, касающихся собственного здоровья.

Службы здравоохранения должны быть ориентированы на потребности людей. В целях быстрого обслуживания необходимо: незамедлительная помощь в неотложных ситуациях при разумном времени ожидания в других случаях. Надлежащие условия, чистота. Достаточное пространство и качественное больничное питание. Доступ к системам социальной поддержки для людей, получающих помощь. Свобода выбора тех, к кому обращаются за помощью, отдельного лица или организации.

Национальная политика должна начинаться с программ ликвидации или уменьшению роли социальных факторов риска как 1-ого уровня мероприятий; а совершенствование здравоохранения является 2-ым уровнем управления здоровьем нации. И тогда через определенное время существенно снизятся показатели здоровья нации и значительно уменьшится уровень нагрузки на медицинские учреждения.

К сожалению, происходит неправильное использование и распределение потенциальных возможностей служб здравоохранения. При плохой и неэффективной организации, неправильном руководстве, недостатке фондов системы здравоохранения могут принести больше вреда, чем пользы. Совершенствование здравоохранения осуществляется через первичную медико-санитарную помощь и систему мероприятий по оказанию лечебной и реабилитационной помощи заболевшим. Практически во всех странах мира отсутствуют органы способные координировать межведомственную политику в области охраны здоровья.

Таким образом, здоровье населения зависит от рационального использования имеющихся ресурсов; формирования здорового образа жизни; снижения влияния факторов социального риска и в меньшей степени от уровня финансирования здравоохранения.

Болезни системы кровообращения

В настоящее время происходит изменение структуры смертности и заболеваемости. Если в прошлом были распространены инфекционные заболевания, составляющие главную причину смертности, то теперь – преобладают неинфекционные заболевания, т.е. хронические: болезни сердечно сосудистой системы, онкологические, нейropsychический заболевания, эндокринные, травмы. Это связано с достижениями медицины в борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями: вакцинацией, мерами по охране труда и внешней среды (ликвидация природных очагов малярии, чумы и пр.) и санитарным просвещением.

Так, на 1 месте в мире по причинам смерти стоят сердечно-сосудистые заболевания, затем – онкологические – и травмы. Изменению характера заболеваний способствовало быстрое изменение образа жизни, приводящее к нарушению адаптации человека к окружающей среде. Возникла теории болезней цивилизации, согласно которой хронические, неэпидемические

болезни возникают потому, что цивилизация (урбанизация) приводит к бурному нарастанию темпов жизни, вырывает человека из привычных для него условий жизни, к которым он приспособился в течении многих поколений, и человек остается беззащитным перед ритмами современной жизни. В результате биологические ритмы человека перестают соответствовать социальным, и возникают болезни.

Одной из самых актуальных проблем научной медицины XX века являлись болезни системы кровообращения. Медико-социальные значения этих заболеваний определяется не только частичной, но и тяжестью заболеваний. Проведенные исследования показали, что с 1970-х годов уровень смертности от таких заболеваний в Западной Европе и в США уровень смертности от различных заболеваний снизился на 46%, а уровень смертности от коронарной болезни сердца и инсульта снизился на 51% и 60% соответственно.

По мнению специалистов ВОЗ 1/3 снижения смертности от заболеваний в США связывают с развитием лекарственной терапии и клинических вмешательств, а 2/3 относятся за счет изменения привычек в образе жизни, среди которых – правильное сбалансированное питание; контроль гипертонической болезни; физические упражнения и прекращение курения.

И все равно сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной смертности в экономически развитых странах: на их счет относится 42% всех смертей в США; и 49% в Западной Европе; 53 % в Восточной Европе.

За последнюю четверть века смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в США и Западной Европе снижается, в тоже время в Центральной и Восточной – возрастает. Если в 1970 году – уровень смертности от болезней кровообращения на Западе составил 490 на 100.000 населения, то в 1990 году – 310 на 100.000 населения; в Восточной Европе – 100 на 580%% - и 660%%.

По мнению экспертов ВОЗ, половину всех смертей, вызываемых сердечно-сосудистыми заболеваниями, можно предотвратить. Специалисты ВОЗ подчеркивают, что для экономически развитых стран и для развивающихся самый практичный и наиболее дорогостоящий путь профилактики, это не медицина, а здоровый образ жизни. Среди изменений в образе жизни, которые помогают в предотвращении основных болезней системы кровообращения: при коронарной болезни сердца, гипертонии, инсульте - прекращение курения, низкое содержание солей в питании, обезжиренное питание, физические упражнения; контролирование массы тела.

Во многих странах и таким рекомендациям относятся весьма внимательно. Например, В Финляндии с 1994 года многие пекари перешли на выпечку хлеба с почти вдвое меньшим содержание соли – 0,7 гр. на 1 кг хлеба, (вместо 1,2 гр.). Это по предварительным подсчетам приводит к уменьшению случаев смертности от инсульта на 2000, и от инфаркта миокарда – на 1.600 в год. Соответственно снижаются расходы на лечение и

приобретение лекарств.

В организации медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо сочетание лечебных мероприятий и профилактики.

В конце XX века больших успехов в мире достигла сердечно-сосудистая хирургия. В Европе в среднем в год выполняется около 1.000 операций на 1.000.000 жителей.

Злокачественные новообразования

Второй острой проблемой современной медицины является злокачественные новообразования. Специалисты называют их «убийцей №2», отмечая тем самым, что во многих странах мира злокачественные новообразования занимают второе место (после заболевания системы кровообращения) среди причин смерти. Прежде всего этим, а также высокими экономическими потерями объясняется медико-социальное значение таких заболеваний. Злокачественные новообразования характерны фатальной обреченностью для больных при многих локализациях. Если в начале 20 в. среди всех причин смерти в экономически развитых странах составляли 3-7%, то в настоящее время на их долго приходится 14-20%. И уровень и структура смертности от злокачественных новообразований находится в зависимости от пола и возраста. У мужчин: в структуре смертности 1 место занимает рак органов дыхания; 2 место – рак желудка; 3 место – пищевода. У женщины: 1 место – рак желудка; 2 место – рак молочной железы; 3 место – рак шейки матки.

Смертность от рака у мужчин значительно выше, чем у женщин. Показатели смертности от злокачественных новообразований интенсивно растут с увеличением возраста, что отражает возрастные особенности заболеваемости.

Более высокий уровень смертности мужчин в целом и в отдельных возрастных группах (кроме 30-и летних), объясняется прежде всего тем, что у мужчин чаще, чем у женщин встречается рак внутренних органов: пищевода (в 7,2 раза чаще), желудка, трахеи, легких (в 7,2 раза чаще), т.е. рак таких локализаций, где ранняя диагностика до настоящего времени затруднена. У женщин значительную часть составляют опухоли молочной железы, половых органов, то есть локализаций, при которых имеется большой шанс своевременного выявления.

По данным ВОЗ динамике смертности от злокачественных новообразований растет повсеместно во всех странах мира. По данным ВОЗ в 1995 году в Европейском регионе умерли 84 больных на 100 тыс. населения до 65 лет. При анализе динамики смертности от таких заболеваний эксперты ВОЗ рекомендуют учитывать 3 обстоятельства:

1. за последние 70-80 лет во всем мире сильно изменилось качество диагностики рака; появилось достаточное количество специалистов-онкологов; качественные изменения произошли в гистологическом, рентгенологическом, диагностическом исследовании опухолей.

2. усовершенствовался статистический учет таких заболеваний;

3 произошло изменение возрастной структуры населения в сторону его старения. Уровень смертности от рака женщин в возрасте 60-70 лет в 50-60 раз выше, а у мужчин того же возраста в 100-115 раз выше, чем у лиц в возрасте до 30 лет. Стандартизованные по возрасту показатели смертности от рака за последние годы в мире у мужчин стабилизировались. Из всех показателей рака не попадают в эту закономерность рак органов дыхания. Рак легких имеют выраженную тенденцию к росту и в уровне заболеваемости и в смертности. Увеличение распространенности рака легких все исследователи и практически врачи связывают с распространением курения.

В 1998 году в Праге на совещании национальных координаторов плана действий «За Европу без табака» под эгидой Европейского регионального бюро ВОЗ отмечено:

1) около 1,1 млрд. человек, то есть 1,3 взрослого населения мира являются курильщиками, 80% из них начинают курить в подростковом возрасте;

2) в глобальном масштабе курят 47% мужчин и 12% женщин;

3) по оценке ВОЗ табак вызывает 3,5 смертей ежегодно, или 10 тыс. – каждый день;

4) согласно Экспертам ВОЗ, по прогнозам к 2020 г. табак может стать ведущей причины смертельных исходов и заболеваний, унося более 10 млн. жизней в год. Это больше, чем ВИЧ, туберкулез, материнская смертность, дорожно-транспортные происшествия, самоубийства и убийства вместе взятые.

Курение усугубляет течение таких болезней, как язва желудка, 12-иперстной кишки, хронический гепатит, туберкулез. Показатель общей смертности среди курящих в 2 раза выше, чем у некурящих. Около 30% случаев смертности от рака всех локализаций относят за счет курения. Курящие в среднем в 2-3 раза чаще заболевают ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда по сравнению с некурящими.

В Республике Беларусь регистрация злокачественных новообразований производится с 1939 года в городах, а с 1953 года – повсеместно. На протяжении многих лет в Республике Беларусь отмечается онкологический заболеваемости (с 240,0 на 100 тыс. населения в 1987 году до 329,1 на 100 тыс. человек в 1998 году) и увеличение числа случаев в 1,4 раза. Рост онкологической патологии в 1998 году отличается во всех возрастах групп, кроме лиц в возрасте 30-34 и 40-44 года. Увеличение частоты возникновения заболевания опухолей произошло за счет роста числа больных среднего возраста. В Республике Беларусь сохраняется тенденция роста первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи, гортани, бронхов, легких, трахеи, молочной железы. И наблюдается некоторое снижение заболеваемости раком полости рта, пищевода и желудка.

По прогнозам ВОЗ состояние здоровья населения Земли будет ухудшаться в дальнейшем за счет неблагоприятной экологической ситуации, урбанизации, нездорового образа жизни, употребление «здоровой пищи», курения, употребление алкоголя, дальнейшего старения населения,

политических и экономических проблем.

Эпидемия ВИЧ-инфекции

Эпидемия ВИЧ-инфекции стала настоящим бедствием мирового масштаба. Сегодня основных причин, вызывающих смертельность в мире, при сохранении темпов распространения может перемениться в число первых пяти факторов.

Согласно оценкам ВОЗ, в мире более 33 млн. человек по состоянию на конец 1998 году заражены и 11,7 млн. умерли от ВИЧ/СПИД. Распространенность вируса растет стремительно – 11 мужчин, женщин и детей заражаются этой болезнью каждую минуту, в день – 16 тыс. новых заболевших человек. От СПИДА ежегодно умирает 2,5 млн. человек, что в 2 раза больше, чем от малярии (1 млн. человек в год). СПИД – сегодня это болезнь бедных, т.е. 95% ВИЧ-инфицированных больше проживает в развивающихся странах. Только в 1997 году жертвами СПИДА стали 5,8 млн. жителей земного шара, около 600 тыс. детей заразились ВИЧ в 1997 году от своих матерей, около 2,3 млн. человек умерли от СПИДА.

СПИД отрицательно влияет на средней продолжительности жизни. Так, в странах Африки, где масштабы заражения ВИЧ составляют 10% и более – в Кении, Руанде – средняя продолжительность жизни согласно прогнозам ВОЗ к 2010 году снизится до 47 лет, т.е. до уровня 1960-х годов.

До середины 1990-х годов эпидемия СПИД не коснулась стран Восточной Европы. Ситуация изменилась в 1995-1996 гг. годах в странах бывшего СССР (Российская Федерация, Молдова, Украина, Беларусь). Это связано с инъекциями наркотиков. Наихудшая картина в Восточной Европе – на Украине. В 1994 году здесь было зарегистрировано только 44 ВИЧ-инфицированных, в 1995г – их число увеличилось в 30 раз, в 1996 году – их количество составило уже 12 тыс. человек, в 1997 году – свыше 15 тыс. новых случаев заражения.

На 6 Международной конференции в 1998 году в Петербурге – «СПИД, рак - родственные проблемы»; отмечено, что Россия, Украина и Беларусь находятся на грани крупномасштабной вспышки ВИЧ-инфекции, которая еще не встречалась ни в одном регионе мира. В России с 1987 году по 1998 гг. зарегистрировано 10.972 инфицированных граждан Российской Федерации, из них 450 – дети, 125 – дети, инфицированные от матерей; 357 – пациентам поставлен диагноз СПИД, 370 – ВИЧ-инфицированных умерло. В Республике Беларусь зарегистрировано с 1987 года по 2000 год 3 279; в 1997 году – было зарегистрировано 653 случая; в 1998 году – 554; в 1999 году – 411; 2000 году – 527 случаев.

В Республике Беларусь зарегистрировано 18 ВИЧ-инфицированных детей: 2 из них – инфицировали в России; 13 – родились от ВИЧ-инфицированных матерей; 3- инфекционные наркоманы. Всего за период с 1987 года в РБ умерли 38 человек, от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 62 ребенка; 21 – ВИЧ- больному поставлен диагноз СПИД, из них умерло 13 человек.

В настоящее время происходит изменение структуры смертности и заболеваемости. Если в прошлом были распространены инфекционные заболевания, составляющие главную причину смертности, то теперь – преобладают неинфекционные заболевания, т.е. хронические: болезни сердечно сосудистой системы, онкологические, нейропсихический заболевания, эндокринные, травмы. Это связано с достижениями медицины в борьбе с массовыми инфекционными заболеваниями: вакцинацией, мерами по охране труда и внешней среды (ликвидация природных очагов малярии, чумы и пр.) и санитарным просвещением.

Так, на 1 месте в мире по причинам смерти стоят сердечно-сосудистые заболевания, затем – онкологические – и травмы. Изменению характера заболеваний способствовало быстрое изменение образа жизни, приводящее к нарушению адаптации человека к окружающей среде. Возникла теории болезней цивилизации, согласно которой хронические, неэпидемические болезни возникают потому, что цивилизация (урбанизация) приводит к бурному нарастанию темпов жизни, вырывает человека из привычных для него условий жизни, к которым он приспособился в течении многих поколений, и человек остается беззащитным перед ритмами современной жизни. В результате биологические ритмы человека перестают соответствовать социальным, и возникают болезни.

Таким образом, сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, СПИД являются болезнями цивилизации, проявляются выражением неприспособленности к среде существования. Поэтому одна из важнейших задач социальной работы совершенствование методов адаптации населения к современным условиям окружающей среды, т.е. способствовать снижению хронических заболеваний, не эпидемиологических болезней.

Тема: ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ КАК ОСНОВА ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Вопросы:

Основные определения

Принципы и структура образа жизни

Основные аспекты здорового образа жизни

Медико-социальное значение основных факторов риска здоровья

Основные определения

По мнению экспертов ВОЗ - «здоровый образ жизни (образ жизни, способствующий сохранению здоровья) является сознательным санитарным поведением, направленным на укрепление, сохранение и восстановление здоровья, на обеспечение жизнерадостности, работоспособности, на достижения активной продолжительности жизни» (Дрезден, 1985 год).

Многочисленными медико-социальными исследованиями установлено, что здоровье население обусловлено:

1. образом жизни (52-55%)
2. наследственной предрасположенностью к болезням (20-22%)
3. окружающей средой (18-20%)

4. организацией здравоохранения (7-12%)

Таким образом, ведущую роль в формировании здоровья населения играет здоровый образ жизни. Не следует путать образ жизни и условия жизни.

Условия жизни – это факторы, определяющие или сопутствующие образу жизни. Это - материальные, социально-политические, духовно-нравственные, культурные и другие условия, а также другие условия, определяющие образ жизни, а также природные условия, которые не являясь определяющими, оказывают влияние на образ жизни. Условия жизни – материальные и нематериальные факторы, воздействующие на образ жизни.

Образ жизни – это деятельность людей, которые определенным образом реагируют на условия жизни и используют их. С образом жизни связывают такие понятия как «уклад жизни», «качество жизни», «стиль жизни», «уровень жизни». Эти термины могут применяться при условии правильного, научно обоснованного толкования.

Образ жизни включает, обобщает 4 категории:

1. экономическую - «уровень жизни»;
2. социологическую - «качество жизни»;
3. социально-психологическую – «стиль жизни»;
4. социально-экономическую – «уклад жизни».

Уровень жизни характеризует размер национального дохода, приходящийся на душу населения; общий объем благ и услуг, потребляемых населением за год, долю питания в структуре потребления. Уровень жизни характеризует лишь жизнеспособность людей в сфере потребления.

Качество жизни – это качество жилищных условий, продуктов питания, уровень комфорта, удовлетворенность работой, общением и т.д.

Стиль жизни – это индивидуальные особенности поведения, образа мыслей, стиля мышления.

Уклад жизни – это порядок общественной жизни, быта, культуры, в рамках которой проходит жизнедеятельность людей.

В самом широком понимании выделяются 2 основные сферы жизнедеятельности: производственная; внепроизводственная, каждая из них включает целый ряд своих показателей.

Структура образа жизни:

1. трудовая деятельность, условия труда, профессиональная и социальная активность работающих;
2. хозяйственно-бытовая деятельность, вид жилища, жилая площадь, затраты времени на бытовую деятельность;
3. рекреационная деятельность, направленная на восстановление физических сил и взаимодействие с окружающей средой;
4. социализаторская деятельность в семье (уход за детьми, престарелыми родственниками);
5. планирование семьи и взаимоотношения членов семьи;
6. медико-социальная активность (отношение к здоровью, медицине, установка на здоровый образ жизни).

Таким образом, **здоровый образ жизни** – это такие способы активной биосоциальной деятельности людей, которые в максимальной и непосредственной степени укрепляют здоровье населения при наличии благоприятных материальных и общественных условий. В здоровом образе жизни обнаружено единство социального, психологического и биологического. Формирование здорового образа жизни – это важнейшая задача учреждений здравоохранения и системы социальной защиты.

Основные принципы формирования здорового образа жизни:

1. государственный характер, т.е. государство финансирует деятельность учреждений по гигиеническому воспитанию населения, обеспечивает развитие их материально-технической базы, подготовку кадров, правовую основу деятельности учреждения службы;

2. научность: соответствие пропагандируемых современных медицинских и гигиенических знаний современному состоянию науки и практики;

3. массовость: участие в работе по гигиеническому обучению и воспитанию, формированию здорового образа жизни всех медицинских работников и специалистов социальной сферы, вовлечение специалистов других ведомств в пропагандистскую, воспитательную и оздоровительную работу;

4. доступность: при изложении материала нужно избегать непонятных медицинских терминов, речь должна быть понятна и доступна для понимания;

5. целенаправленность: работу следует проводить по выбранному направлению, дифференцированно, с учетом различных групп населения;

6. оптимистичность: для достижения эффекта важно подчеркивать возможность успешной работы с заболеванием и пропагандировать знания по профилактике тяжелых заболеваний;

7. актуальность: выбор направления должен быть актуальным в данный момент времени.

Основные факторы риска здорового образа жизни - это факторы связанные гипотетически с развитием того или иного заболевания, ассоциирующегося как с большим распространением, так и с повышенной вероятностью новых случаев заболевания.

Отрицательные факторы здорового образа жизни:

- неправильное питание;
- гиподинамия, адинамия;
- злоупотребление лекарствами;
- употребление алкоголя, наркотиков;
- курение;
- вредные условия труда;
- стрессы;
- неблагоприятные материально-бытовые условия;
- низкая общеобразовательный и культурный уровень;
- высокая степень урбанизации;

- и т.д.

Главные основные аспекты здорового образа жизни: рациональное питание; двигательная активность; гигиена; режим труда и отдыха; исправление вредных привычек и т.д.

Неправильное питание - один из факторов возникновения важнейших заболеваний. Это – несбалансированное, некачественное питание, недо- и переизбыток. Несбалансированность питания заключается в несоответствии между энергопоступлением и энергозатратами, в неадекватной структуре питания, в том числе в нарушении соотношения между компонентами питания (белки, жиры, углеводы, минеральные соли, витамины) в несоответствии времени приема пищи и ее объема.

За последние годы в стране происходит увеличение употребления хлебобулочных продуктов, уменьшение потребления на 7% ниже нормы белоксодержащих продуктов, на 30% фруктов и овощей. В развитых странах от 20% до 50% людей страдают избыточным весом и ожирением. В 85% случаев ожирение является следствием нарушения питания. Лишний вес приводит к сердечно-сосудистым заболеваниям, заболеваниям опорно-двигательного аппарата, заболеваниям периферической нервной системы и ряда онкологических заболеваний. Установлено, что ожирение неблагоприятно влияет на потомство. Установлено, что, если один из родителей имел избыточный вес, то в 50% случаев ребенок получает наследственность к ожирению; если оба родителя страдали ожирением, то 75% детей склонны к ожирению. В большинстве случаев люди с избыточной массой тела умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, болезней печени, диабета, чем люди, страдающие от болезней печени.

При недоедании появляется предрасположенность к анемии, склонность к инфекционным заболеваниям, дистонии, к гиповитаминозу. К росту числа важнейших заболеваний приводит и низкое качество пищи. Если продукты содержат вредные вещества, пестициды, то в сочетании с кофе, чаем, газированными безалкогольными напитками и лекарственными средствами, они обладают мутагенным и канцерогенным эффектом. Также установлено, что чрезмерное употребление соли влияет на уровень артериального давления, сосудистых дистоний и на канцерогенез желудка. Канцерогенным эффектом обладают копченые продукты и жареная птица.

Эксперты ВОЗ установили 7 основных факторов в области питания, направленных на преодоления риска несбалансированного питания:

- избегать переизбытка; а при избыточной массе тела снижать энергопотребление, и увеличивать энергозатраты;
- увеличивать потребление сложных углеводов, натуральных сахаров до 48% общей калорийности;
- снижать потребление рафинированных сахаров до 10% общей калорийности;
- уменьшать потребление жира до 30% общей калорийности за счет употребления мяса, яиц, обезжиренного молока;

- снижать употребление холестерина до 300 мг;
- ограничить потребление натрия, снизив прием соли до 5 гр. в день;
- снизить потребление насыщенных жиров до 30% от общей калорийности.

Следующий аспект здорового образа жизни - **двигательная активность**: гиподинамия – крупная проблема процесса урбанизации. Еще в середине XIX века различные машины и устройства, сделанные человеком производили не более 4% вырабатываемой энергии. В настоящее время лишь 1% вырабатывается мускульной силой, остальные 99% вырабатываются результатом механизации и автоматизации. В результате - энергетический природный потенциал человека оказался не востребуемым. Это приводит к возникновению сердечно-сосудистых заболеваний, болезней нервной системы, суставов, связок, позвоночника. Мышечная активность ослабляется, развиваются артриты, артрозы, болезни в спине. В профилактике этих заболеваний особое место отводится соблюдению режима питания, режима труда и отдыха, избавление от вредных привычек.

Важнейший фактор нездоровья – **курение**. Оно превратилось в эпидемию повсеместно. Так, в США курит 28% взрослого населения. Доля курящих женщин в разных странах: в Испании – 10%; в Дании – 49%. Доля курящих мужчин в мире колеблется: в Великобритании – 43%, в Польше до 75%. Установлена зависимость среди мужчин: чем ниже уровень образования и квалификации, тем выше доля курящих. У женщин курящих больше среди образованных с высоким уровнем доходов.

Наблюдается тенденция уменьшения числа курящих с возрастом, при этом отмечается снижение возраста начала курения – 10 – 11 лет. В возрасте от 20-24 среди мужчин 78%, среди женщин 15%, 50 лет и старше снижается курение среди мужчин до 55%, а женщин до 3%. Установлено, что при курении сокращается жизнь на 8-15 лет. Среди курильщиков уровень смертности выше на 70%. Курение вызывает: злокачественные новообразования трахеи, бронхов легких, новообразований губы, пищевода, полости рта, глотки, гортани. У курящих развивается эмфизема, хроническая обструктивная болезнь легких, ишемическая болезнь.

По данным ВОЗ в Европе ежегодно умирают курения 1,2 миллиона человек) В США ежедневно умирает 1 миллион человек. Курящие в 14 раз чаще умирают от хронического бронхита, в 8 раз чаще от рака легких, в 4 раза от рака пищевода. В настоящее время с курением связано 90% всех смертельных исходов от рака легких и бронхов, 85% от бронхита и эмфиземы легких, 70% от рака полости рта, 50% от рака поджелудочной железы, 47% от рака мочевого пузыря, 30% от рака пищевода, 20% от рака почек.

Следующий фактор риска нездорового образа жизни **употребление алкоголя**. В разных странах от 1 до 10% больны хроническим алкоголизмом. Самый высокий уровень потребления алкоголя на душу населения – в России – 14,0 л, в Германии 12,1 л, во Франции 11,9 л, в Италии 11 л. По статистике

15% мужчин и 5% женщин регулярно употребляют алкоголь ежедневно, из них от 3 до 6% становятся хроническими алкоголиками. Чаще употребляют алкоголь люди трудоспособного возраста, рабочие по сравнению со служащими, жители больших городов, лица с низким уровнем образования, разведенные.

С биологической точки зрения женщины более уязвимы, чем мужчины по отношению к алкоголю. У мужчин процесс привыкания к алкоголю заканчивается полной зависимостью длится до 15 лет, а у женщин за 3-4 года. В одном и том же возрасте, при одной массе тела, содержание в крови алкоголя у женщин выше по сравнению с мужчинами и у них возникают быстрее тяжелые органические повреждения. Число пьющих женщин растет. Отрицательное влияние алкоголя на здоровье проявляется в сокращении продолжительности жизни населения на 20 лет. Уровень смертности среди пьющих в 2-3 раза выше, чем у не пьющих.

Структура причин смертности у лиц, злоупотребляющих алкоголем:

1. несчастные случаи, отравления, травмы (почти 50%);
2. сердечно-сосудистые заболевания (30%);
3. злокачественные новообразования.

Уровень общей заболеваемости алкоголиков в 1,3 раза выше, чем среди населения. Имеются многочисленные данные о связи злоупотребления алкоголем с бытовым, производственным травматизмом, отравлениями, самоубийствами, психическими расстройствами. Основные причины, способствующие злоупотреблению алкоголем:

1. нездоровые традиции, подражание взрослым, влияние ближайшего окружения;
2. семейные неурядицы;
3. недостатки в проведении противоалкогольной работы среди населения.

В 80% случаев и более пьянство начинается под влиянием товарищей по двору, учебы и работы.

Значительное место среди факторов здорового образа жизни занимают наркомания, токсикомания. Поэтому в основе здорового образа жизни наряду с профилактикой заболеваний и причинами, связанными с психологией, традициями и культурой лежат следующие факторы:

1. диспропорция между диагностическими возможностями и относительной низкой эффективностью лечения;
2. доступность медицинской помощи, её бесплатность, уверенность в возможности излечения многих заболеваний;
3. простота методов профилактики;
4. неправильное толкование медицинских терминов и информации.

Здоровье зависит от здорового образа жизни, от условий жизни, от окружающей среды и работы служб здравоохранения.

В 1990-ые годы ВОЗ разрабатывала программу действий «Здоровье для всех к 2000 г.». В ней предполагался высокий уровень развития медико-санитарной помощи, способный обеспечить полноценное существование

всех групп населения. В 2005 г. ВОЗ дорабатывала основные принципы программы «Здоровье для всех к 2020 г.»:

- обеспечение справедливости в области охраны здоровья;
- увеличение средней продолжительности жизни и полноценного физического развития;
- обеспечения здорового образа жизни путем снижения заболеваемости и инвалидности.

Эксперты ВОЗ подчеркивают, что сокращение сердечно-сосудистых заболеваний, психологических расстройств требуют единых подходов в профилактике, лечении, в обеспечении качества жизни на должном уровне для всех.

Тема: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Вопросы:

Проблемы национальной системы здравоохранения

Основные тенденции развития проблем, связанных со здоровьем населения

Проблемы национальной системы здравоохранения

Изменение общих социально-экономических условий в Республике Беларусь объективно определило необходимость решения ряда проблем здравоохранения. Важнейшей из них является приведение в оптимальное соответствие потребностей граждан и возможностей общества в защите и поддержке здоровья нации.

Проблемы национальной службы здравоохранения:

- недостаток бюджетного финансирования;
- отсутствие единых стандартов медицинской помощи;
- экстенсивный путь развития за счет постоянного увеличения числа врачей, больничных коек, поликлиник;
- узкая специализация;
- низкая заработная плата;
- падение престижа профессии медика.

Наиболее значимые проблемы управления и экономики здравоохранения в Республике Беларусь:

- недостаток финансовых средств;
- низкая адаптируемость имеющихся организационных структур к изменившейся внутренней и внешней среде их деятельности;
- неэффективная мотивация труда работников здравоохранения;
- отсутствие четкой программы развития платных медицинских услуг;
- дублирование механизмов централизации и децентрализации;
- отсутствие научного информационного сопровождения инноваций в здравоохранении;
- низкий уровень материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений.

Проблемы, существующие на всех уровнях отечественного здравоохранения, подразделяют на 3 группы: социально-медицинские, организационно-управленческие и экономические проблемы. В настоящее время приоритетный характер имеют **экономические проблемы**, состоящие в ограниченных объемах централизованного финансирования и необходимости эффективного использования имеющихся ресурсных возможностей.

Организационно-управленческие проблемы заключаются:

- в несоответствии эффективно-действующих административно-организационных структур и форм оказания медико-социальной помощи,
- в отсутствии системы стандартов деятельности учреждений органов управления здравоохранением,
- в необходимости реструктуризации системы подготовки кадров;
- делегирования управленческих полномочий общественным структурам,
- в создании соответствующих систем мотивации медперсонала.

Социально-медицинские проблемы – это снижение продолжительности жизни населения, отсутствие культуры здоровья у большинства населения, необходимость развития первичного уровня медико-санитарной помощи посредством института врача общей практики, семейного врача. Стратеги решения этих проблем заключается в этапном реформировании действующей системы путем экспериментальной проверки возможных механизмов и инструментов, их закрепления и последующего широкого внедрения.

Выйти из экономического и организационного кризиса в здравоохранении невозможно без повышения эффективности управления на основе научно обоснованных подходов. Успех решения этой задачи определяется обоснованной методологией информационного обеспечения, разработкой и применением передовых организационных технологий информатизации.

Основные тенденции развития проблем, связанных со здоровьем белорусской нации

В целом здравоохранение страны характеризуется высоким уровнем доступности медицинской помощи для населения, наименьшими среди стран СНГ показателями младенческой и материнской смертности, заболеваемости рядом инфекционных заболеваний.

Основные негативные тенденции:

- низкий уровень рождаемости и высокая смертность населения, снижение средней продолжительности жизни;
- изменение возрастной структуры населения, его старение, высокий уровень инвалидности. Число детей-инвалидов увеличилось вдвое по сравнению с 1992 г. и составило более 20 тыс. человек;
- высокий уровень смертности мужчин молодого возраста. Так, в возрастной группе 20-40 лет смертность с 1985 г. увеличилась почти на 50 % , что связано, в основном с алкоголизмом, курением, травматизмом, снижением физической активности, ростом смертности от насильственных причин;
- рост заболеваемости населения, особенно детской;

- рост социально опасных заболеваний, их «омолаживание», увеличение числа психических расстройств, интенсивное распространение ВИЧ-инфекции, наркомании, алкоголизма;
- высокий показатель профессиональной заболеваемости, связанный с неблагоприятными санитарно-гигиеническими условиями труда и несоблюдение правил охраны труда;
- высокий уровень загрязнения окружающей среды, медленное улучшение санитарного благополучия городов и населенных пунктов;
- снижение физиологической полноценности питания; белковая и витаминная недостаточность продуктов;
- обострение проблем финансового, лекарственного, материально-технического обеспечения отрасли;
- высокий износ основных фондов, недостаток средств для поддержания на надлежащем уровне материально-технической базы отрасли (более одной трети зданий построено до 1941 г., более половины медицинского оборудования физически и морально устарели, до 40 % больничных коек имеют малую площадь размещения, на 1 койку в среднем приходится от 1,5 до 3,5 кв.м.);
- по статистическим данным Республика Беларусь обеспечена врачами и коечным фондом, превосходящим в 1,5 раза средние показатели экономически развитых стран;
- потребительское отношение населения к собственному здоровью;
- нерешенность проблем материально-технического обеспечения, диспропорции в укомплектованности кадрами в отдельных регионах и учреждениях здравоохранения, особенно в районах, пострадавших от аварии на ЧАЭС;
- недостаточность подготовки специалистов в области ведения больничного хозяйства, экономических отношений в здравоохранении, по теории и практики международного здравоохранения.

Таким образом, многие проблемы здоровья населения Республики Беларусь имеют глубокие социальные корни. Несмотря на некоторую стабилизацию и даже улучшение ситуации остается высокая заболеваемость социально обусловленными болезнями. Продолжается рост заболевания не инфекционными болезнями. Большой экономический ущерб обществу наносят потери в результате травматизма, несчастных случаев, инвалидность.

Тема: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Вопросы:

Медико-социальные проблемы Чернобыля

Социально-психологические проблемы пострадавших от аварии

Особенности психологического состояния лиц, пострадавших от аварии на ЧАЭС

Роль СМИ в снижении социально-психологической напряженности

пострадавшего от аварии населения

Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от аварии на ЧАЭС

Медицинские проблемы Чернобыля

В 1989 г. Верховный Совет БССР объявил Республику зоной национального экологического бедствия: 23 % территории загрязнено выброшенными из реактора радионуклидами. Прежде всего это – цезий-137 и стронций-90. Наиболее пострадали Гомельская (1 528 населенных пунктов), Могилевская (866 населенных пункта) и Брестская (167 населенных пунктов). В соответствии с законодательством Республики Беларусь пострадавшими признаны около двух миллионов человек, проживающих на территориях с плотностью загрязнения почвы цезием-137 более 37 кБк/кв.м (килоБеккерелей на кв.м.), среди них 430 тыс. детей и подростков в возрасте до 17 лет. Кроме того, в раннем периоде аварии облучению радионуклидами йода подверглось почти все население республики, за исключением отдельных регионов.

Медицинское обеспечение населения реабилитируемых территорий базируется на следующих основных принципах:

- развитие специализированных видов медицинской помощи на основе характерных для данной территории тенденций заболеваемости;
- специальная диспансеризация пострадавшего населения;
- развитие Государственного регистра лиц, пострадавших от аварии на ЧАЭС;
- приоритетное развитие превентивных мер по преодолению медицинских последствий катастрофы.

По данным государственных статистических отчетов на конец 2003 г. в республике на специальном диспансерном учете состояло 1 624 049 человек, в том числе 282 355 детей, 83 216 подростков, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС.

«Чернобыльские» регионы Беларуси характеризуются искаженной демографической структурой. Более 135 тыс. человек было переселено, не менее 200 тыс. человек стали вынужденными переселенцами, покинувшими загрязненные районы неорганизованно. Наиболее интенсивно уезжали и уезжают молодые люди, интеллигенция и квалифицированные специалисты. В некоторых пострадавших районах доля лиц пенсионного возраста в настоящее время составляет около 70 % численности населения, что почти в 3 раза больше, чем в целом по республике.

С 1994 г. абсолютная численность населения прогрессивно снижалась, до настоящего времени население Беларуси сократилось почти на 300 тыс. человек (что составляет около 3 %). Число умерших в загрязненных районах в 2 и более раз превышает число родившихся, ситуация не имеет тенденции к улучшению.

После аварии изменилось состояние здоровья населения республики, наблюдается дозовая зависимость онкологической заболеваемости и смертности, продолжается рост заболеваемости по всем классам болезней:

- Увеличился рост заболеваемости раком щитовидной железы. За период с 1974 по 1985 гг. зарегистрировано было 8 случаев заболевания у детей и 1 383 случая у взрослых рака щитовидной железы; после аварии за период наблюдения с 1986 г. по 2001 г. среди когорты облученных в возрасте 0-18 лет и внутриутробно облученных выявлено 1 685 заболевших раком щитовидной железы; у взрослого населения за 17 послеаварийных лет выявлено более 6,4 тысячи случаев рака щитовидной железы. Это обусловлено тем, что в начальный период после аварии неправильно проводилась йодная профилактика и высокая нагрузка на щитовидную железу за счет радионуклидов йода. Прогнозируется, что до 2036 г. возможно развитие около 15 тыс. случаев радиационно-индуцированного рака щитовидной железы.

- Среди населения, проживающего в зонах первоочередного и последующего отселения, а также отселенного и самостоятельно выехавшего из этих зон после аварии, за период с 1993 по 2002 гг. зарегистрировано 2 448 впервые выявленных случаев злокачественных новообразований, что составило 40 % от всех выявленных случаев среди пострадавшего населения.

- Среди пострадавшего населения увеличилась заболеваемость органов пищеварения, системы кровообращения, нервной системы, органов дыхания и эндокринной системы. В структуре первичной заболеваемости.

- У лиц, подвергнувшихся воздействию радиационного облучения, отмечается снижение уровня психической адаптации, вызванное неуверенностью в себе, неустойчивой самооценкой и пессимистической оценкой будущего. Отмечается повышенная истощаемость нервной системы, снижение работоспособности. В целом у 74 % пострадавших отмечается повышенная соматизация тревожных ожиданий, высокая распространенность дезадаптационных форм поведения.

- Продолжается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы, мочевого пузыря, почек, раком легких.

- Наблюдаются неблагоприятные тенденции роста генетических аномалий, т.е. увеличилась частота рождаемости детей с врожденными пороками развития (ВПР). С 1979г. функционирует Реестр врожденных пороков развития. В 1995 г. показатель частоты ВПР на 1 тыс. родившихся живыми и мертвыми составлял 18,36 ‰, в 1996 г. – 22,52 ‰, в 1997 г. – 23,0 ‰, в 1998 г. – 27,07 ‰. Анализ отдельных видов врожденных пороков строгого учета показал, что в период интенсивного возрастания их частоты наблюдался наибольший прирост множественных пороков и полидактилий, т.е. тех пороков развития, в происхождении которых большой вклад вносят мутации. Их основной причиной является радиационный фактор.

- Происходит постоянное увеличение числа детей с хронической патологией: 1 место – высокая заболеваемость раком щитовидной железы (увеличение в 50 раз), 2-е место – болезни органов пищеварения (в 3,74 раза),

3-е место – болезни уха, горла носа и эндокринной системы (в 1,97 раз). Негативные тенденции наблюдаются в состоянии здоровья детей, проживающих на загрязненных радионуклидами территориях. У них наблюдаются высокие показатели общей заболеваемости, хронической патологии ЛОР-органов, болезней органов пищеварения, эндокринной системы, функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы. По сравнению со своими сверстниками из наиболее экологически благополучных районов у них отмечается и более низкая умственная работоспособность.

- В 2003 г. структуре причин смертности взрослого населения занимают болезни системы кровообращения (60,0 %), второе – новообразования – (13,4 %), третье – травмы и отравления – (9,8 %); у подростков – первое место занимали травмы и отравления (65,7 %), второе – новообразования – (11,4 %), третье – симптомы и не точно обозначенные признаки (8,6 %); у детей – первое место занимали травмы и отравления (24,1 %), врожденные аномалии (22,5 %), третье отдельные состояния, возникающие перинатальном периоде (21,9 %).

Состояние здоровья ликвидаторов

Наиболее выраженные изменения в динамике заболеваемости выявлены среди лиц, принимавших участие в ликвидации последствий катастрофы на ЧАЭС. По состоянию на 01.01.99 г. в стране насчитывалось 115 578 участников ликвидации аварии, из них 4 545 инвалидов. Более 60 % имеют хронические заболевания. У ликвидаторов отмечается самый низкий среди всего пострадавшего населения процент здоровых (3,3%), самый высокий больных (85,2 %). При сравнении по регионам максимальный процент здоровых ликвидаторов отмечен в Гродненской области (12,7 %), минимальный – в Гомельской и в г.Минске (по 1,2 %). Доля больных ликвидаторов 1986-1987 гг. (третья группа здоровья) была наименьшей в Брестской области (66,1 %), наибольшей – в Гомельской области (93,6 %).

В период 1993-2002 гг. среди ликвидаторов отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями легкого, мочевого пузыря, кожи, желудка по сравнению с контрольной группой. Особого внимания заслуживает динамика заболеваемости раком желудка, ежегодно увеличивается в среднем на (9,7 % ($p < 0,05$)). Отмечается высокая заболеваемость болезнями щитовидной железы, сердечно-сосудистой системы, нервной, костно-мышечной, новообразованиями всех локализаций, отмечается высокая психическими болезнями. Высокая смертность ликвидаторов и ее рост в 1994 г. – 574,0 на 100 тыс.; в 1996 г. – 670,9 на 100 тыс.; 1998 г. – 875,1 на 100 тыс. человек. Среднестатистический показатель смертности от самоубийств на 100 тыс. чел. у участников последствий аварии в 1986 г. – 1991 г. равнялся 2,9 случая на 100 тыс.; у переселенцев старше 15 лет – 2,9 случая на 100 тыс.; в 1991 – 1995 гг. 14,2 и 9,3 соответственно; в 1996 – 2000 гг. – более 20 случаев на 100 тыс. чел. у ликвидаторов и более 30 случаев у переселенцев.

Важная роль в медицинском обеспечении пострадавшего населения

принадлежит выездным диагностическим бригадам, работа которых осуществляется по графику, утвержденному МЗ РБ, координируется Республиканским научно-практическим центром радиационной медицины и экологии совместно с Международной федерацией общества красного Креста.

В настоящее время Министерством здравоохранения Республики Беларусь разработана новая Концепция оказания медицинской помощи пострадавшему населению, которая исходит из того, что латентный период развития радиогенных стохастических эффектов в основном завершен и наступает этап возможного их проявления в популяции пострадавшего населения, что подтверждается специальными эпидемиологическими исследованиями.

Основными принципами концепции являются:

- ограничение наблюдаемых когорт по дозовому принципу с выделением групп повышенного радиационного риска для оптимизации проводимой диспансеризации, повышение ее эффективности, снижение затратности;
- увеличение объемов профилактических мероприятий;
- совершенствование оказания специализированной медицинской помощи и внедрение современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения;
- первоочередное оснащение медицинских учреждений аппаратурой, обеспечивающей снижение дозовых нагрузок за счет облучения в медицинских целях;
- повышение эффективности реабилитационных мероприятий;
- стандартизация объемов обследования и лечения;
- научно-методическое, информационное и материально-техническое обеспечение проводимой диспансеризации
- совершенствование профессиональной подготовки и переподготовки медицинского персонала.

Социальные проблемы Чернобыля

На территории пострадавших районов закрыто более 600 школ и детских садов, 95 больниц, 54 крупных сельскохозяйственных объединений, более 300 объектов народного хозяйства, более 5,5 сотен предприятий торговли, общественного питания, бытового обслуживания. С загрязненных территорий переселено 135 тыс. жителей. Переселенцы, граждане, жившие на загрязненных территориях, на 90 % обеспечены школами, детскими садами, медицинскими учреждениями; на 85 % - педагогическими и медицинскими кадрами. В настоящее время наблюдается текучесть кадров, причины которой заключаются в необеспеченности жильем, низкой заработной платой, боязнью за здоровье детей и семьи, проблемы с транспортом, дорогами и пр.

Последствия Чернобыльской катастрофы постоянно находятся в центре внимания Президента и Правительства Республики Беларусь. За период с 1986 г. по 2001 г. было принято более 200 различных указов и постановлений, утверждены 3 государственные программы по ликвидации

последствий аварии на ЧАЭС.

В 1991 г. Верховный Совет Республики Беларусь принял законы: «О социальной защите граждан, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС» и «О правовом режиме территорий, подвергшихся радиоактивному загрязнению в результате катастрофы на ЧАЭС». В 1998 г. Национальным собранием Республики Беларусь принят закон «О радиационной безопасности». Законы гарантируют защиту прав и интересов граждан, принимавших участие в ликвидации последствий катастрофы, отселенных и выехавших на новое место жительства с территорий радиоактивного загрязнения, проживающих в настоящее время на указанных территориях, регламентируют медицинский учет лиц, подвергшихся радиационному воздействию. Постановлением МЗ РБ № 57 от 31.08.2001 г., Приказом МЗ РБ №250 от 18.10.2001 г. «О совершенствовании диспансеризации граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, и приравненных к ним категорий населения» утверждены основные принципы и направления спецдиспансеризации.

Общее руководство диспансеризацией пострадавшего населения в республике осуществляет Министерство здравоохранения, организована в ЛПУ по месту жительства, лечение и консультативная помощь оказывается в ГУ «Республиканском научно-практическом центре радиационной медицины и экологии человека» в Гомеле, в профильных НИИ, республиканских и областных ЛПУ. С 1987 г. функционирует Госрегистр как республиканская часть Всесоюзного распределительного регистра, с 1993 г. - самостоятельный Белорусский государственный регистр лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии на ЧАЭС.

В 1991 г. Постановлением Верховного Совета РБ образован Государственный комитет по проблемам последствий катастрофы на ЧАЭС, который в 1994 г. преобразован в Министерство по чрезвычайным ситуациям и защите населения от последствий катастрофы на ЧАЭС; в 1998 г. при МЧС образован Комитет по преодолению последствий аварии на ЧАЭС, который координирует действия в реализации государственной политики в области защиты населения от катастрофы на ЧАЭС.

Для координации научных исследований создан научно-технический совет, а при Президиуме Национальной академии наук Беларуси – оперативная группа; созданы специализированные научные центры НАНБ Институт радиобиологии; Институт радиозэкологических проблем и другие научные учреждения.

В итоге белорусскими учеными дана комплексная оценка радиационно-экологической обстановки в стране, определены формы нахождения радионуклидов в различных экосистемах; получены результаты влияния радиации на здоровье и заболеваемость населения; предложены способы дезактивации; проведен комплекс лечебно-профилактических мероприятий.

Для Беларуси актуальна проблема радиоактивного стронция – период полураспада 90 лет. Внедрение научных разработок позволило значительно снизить поступление радиоактивного цезия. Требуется дальнейшее

расширение исследований в этом направлении.

Снижается интерес международной общественности к проблемам Чернобыля. Ежегодно уменьшается количество средств, выделяемых на реализацию мер минимизации последствий аварии. В 1991 г. расходы на ликвидацию последствий составляли 16,8 % бюджета, в 1992 г. – 12,6 %; в 1993 г. – 9,6 %; в 1994 г. – 6,9 %; в 1995 г. – 7,3%; в 1996 г. – 12 %; 1997 г. – 10%; 1998 г. – 8,9% от расходной части бюджета. Реально государство не может выделить больше средств на ликвидацию последствий аварии. Проблемы Чернобыля носят глобальный характер и требуют совместных усилий международных ресурсов.

На 45-ой Сессии Генеральной Ассамблеи ООН в 1990 г. принята Резолюция «Международное сотрудничество в деле смягчения и преодоления последствий аварии на ЧАЭС». В ней заложены организационные основы международного сотрудничества. С 1991 г. Республикой Беларусь заключен ряд меморандумов, соглашений, подписано несколько протоколов о сотрудничестве с правительствами стран и организаций, в том числе с ВОЗ, с Международным агентством по атомной энергии (МАГАТЕ), ООН по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) и др.; заключены договоры о сотрудничестве между правительствами Беларуси и Японии, Германии, Польши и другими странами. Адресная помощь в основном поступает от определенного круга общественных организаций.

Социально-психологические проблемы пострадавших от аварии

В ходе многочисленных социологических и психологических исследований, проводимых в Республике Беларусь, обнаружено следующее:

1) негативные изменения в психическом состоянии и поведении взрослых и детей, как проживающих на загрязненных территориях, так и переселившихся оттуда в другие регионы страны. Учеными зафиксированы: низкий уровень психосоциальной активности, работоспособности большого количества детей и взрослых; замедление темпов психического развития детей и подростков; тенденция к алкоголизации, употреблению наркотиков;

2) государственные структуры оказались не готовыми после аварии к охране и защите прав пострадавшего населения, к созданию таких социально-психологических условий, которые благоприятствовали бы нормальной жизнедеятельности взрослых и нормальному развитию личности детей. Выявлены факты недоверия, противостояния жителей загрязненной зоны по отношению к тем, кто признан обеспечить помощь на местах. Многие пострадавшие не удовлетворены работой местных органов власти и представителей общественных организаций;

3) малочисленность квалифицированных специалистов по социально-психологической помощи отрицательно сказывается на характере и эффективности реабилитационных мероприятий.

Особенности психологического состояния лиц, пострадавших от аварии на ЧАЭС

Социологические исследования продолжают фиксировать высокий

уровень психологического напряжения, вызываемого как последствиями аварии, так и сложной социально-экономической обстановкой в стране. Установлено, что 91 % опрошенного населения испытывают психологическое напряжение различной степени, основные причины которого являются: состояние здоровья (64,4 %); материальные проблемы семьи (55,3 %); состояние здоровья детей (44,4 %); падение жизненного уровня (34,6 %); ожидание заболеваний от аварии на ЧАЭС (32,5 %); безразличное отношение властей к пострадавшему населению (23,1 %).

У ликвидаторов последствий аварии обнаружены высокий уровень личностной тревожности, эмоциональная лабильность, ригидность, интроверсия, гипотимия и фрустрированность. Данные личностные особенности проявлялись неуверенностью в своих силах, ощущением социальной незащищенности, пассивностью, депрессивной настроенностью по отношению к своему состоянию, пессимизмом в плане собственных перспектив, неверием в «обещания» официальных государственных структур. Наличие определенных льгот ими расценивалось как обстоятельства, облегчающие существование в ухудшающейся социально-экономических и медико-демографических условиях. Стремление к получению «выигрыша» от болезни проявлялось в виде частых госпитализаций для получения социальных льгот. [Петрюк П.Т., Якущенко И.А. с. 149] Среди ликвидаторов распространенность различных психических нарушений оказалась наибольшей – 84,4 %. Существенная доля принадлежит депрессиям.

Проведенная научно-исследовательская и практическая работа выявила негативные изменения прежде всего в эмоциональном развитии детей и подростков: отмечаются повышение личностной тревожности, снижение уровня самочувствия, активности, настроения. У подростков формируется позиция жертвы, снижается чувство собственной роли в своем настоящем и будущем. Они ожидают снижения продолжительности собственной жизни, не видят жизненных перспектив.

Таким образом, основным механизмом нарушения психического здоровья у населения, проживающим на загрязненной территории, является психосоматический, основанный на оценке радиационного риска.

Для снятия напряжения респондентами используются: прием успокоительных средств (36,6 %); обращение к врачам (18,6 %); скандалы, раздражение (16,3 %); посещение церкви (13,6 %); посещение реабилитационного центра (13,6 %); поиск развлечений (12,2 %).

Пострадавшее население осознает свою потребность в психологической помощи и называет свои конкретные потребности:

снятие нервного напряжения (36,6 %); преодоление проблем со здоровьем (35,3 %); умение расслабляться (20 %); доброе человеческое отношение (19,7 %); помощь для решения семейных проблем (7,1 %); человеческое участие 6,8 %).

В настоящее время наибольшую тревогу у населения пострадавших регионов вызывает снижение жизненного уровня, рост преступности,

отсутствие эффективной социальной защиты. Проблема радиационной безопасности за последние годы переместилась на 4-5 место.

Подавляющее большинство респондентов убеждены в том, что преодолению последствий катастрофы мешают: 1) социально-экономическая нестабильность и, как следствие, недостаточное выделение средств на социальную защиту; 2) коррупция и неадресное выделение средств; 3) бюрократизация и некомпетентность органов управления.

Роль СМИ в снижении социально-психологической напряженности пострадавшего от аварии населения

В информированности населения о негативных последствиях Чернобыльской катастрофы выделяют несколько этапов:

1. 1986-1990 гг., когда руководители властных структур замалчивали последствия, информация о них дозировалась и не доводилась до населения полностью через прессу, радио, телевидение.

2. С середины 1990 г., когда территория Беларуси была объявлена зоной экологического бедствия, принята Государственная программа по преодолению последствий катастрофы. На этом этапе СМИ уделяли достаточно внимания деятельности государственных органов и негосударственных фондов по решению социально-экономических, радиоэкологических и медицинских проблем.

3. Современный этап характеризуется определенным информационным затишьем. За прошедшие после аварии годы накоплен значительный научный материал о радиационном воздействии на человека и окружающую среду, приобретен опыт реализации мер, направленных на снижение негативных эффектов этого влияния.

В настоящее время объективная и регулярная информация о состоянии радиационной обстановки необходима для снижения степени пессимистических настроений: тревоги, сомнений, неуверенности, неопределенности, растерянности, страха за будущее детей и утраты смысла жизни у людей, проживающих как в загрязненных, так и в чистых районах. Посредством СМИ специалисты должны разъяснять населению, как обезопасить свое здоровье, снять психоэмоциональные стрессы, тревогу и пр., в результате – помочь населению преодолеть социально-психологическую напряженность в постчернобыльский период.

Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от аварии на ЧАЭС

Данные экспертных групп МАГАТЭ и США (1989), миссий Международного Красного Креста (февраль 1990), Европейского отделения ВОЗ (1989,1990) обратили внимание на недооценку психологического аспекта во время Чернобыльской аварии и в постчернобыльский период. Для разрешения психологических проблем, имеющих значительный соматический фон, не применимы в полной степени ни классическая концепция неврозов, ни учение о посттравматическом стрессе.

Наиболее эффективными мероприятиями по контролю состояния здоровья и социально-психологической реабилитации населения,

пострадавшего от аварии являются: создание центров медико-социальной помощи населению; создание специальной службы социально-психологической помощи. Стратегическими направлениями смягчения последствий катастрофы признаны: 1) обеспечение населения загрязненных регионов чистыми продуктами питания; 2) улучшение системы оздоровления; 3) отселение пострадавшего населения в чистые регионы (в 1991 г. это направления являлось первоочередным; 4) повышение уровня медицинского обслуживания.

С 1993 г. проводилась работа по созданию сети кабинетов и центров психолого-педагогической помощи семье и детям. В итоге организована деятельность около 20 кабинетов и центров социально-психологической помощи республиканского, областного и местных уровней, задачами которых являются: оказание конкретной психологической помощи в виде индивидуального, группового и семейного консультирования, индивидуальной и групповой психотерапии и психокоррекции. Центры республиканского и областного уровней осуществляют научно-методическую работу.

Из наиболее экономически целесообразных, терапевтически эффективных средств психологической помощи считают семейную терапию. Коррекция семейных отношений как форма оказания помощи получила широкое признание среди клинических психологов, психотерапевтов, психиатров. Среди различных направлений семейной психотерапии чаще используют системную семейную психотерапию М.Боуэна, которая ориентирована на системный подход. В рамках этого подхода семья выступает как система, характеризующаяся специфическими связями между составляющими ее элементами. Основное внимание в терапии уделяется анализу этих связей. Степени дифференциации ее элементов, наличия коалиций и подсистем. Такое понимание семьи позволяет переформулировать основные положения общего системного подхода применительно к семье. Их пять:

1. Семья обладает своей психологической структурой.
2. Семья как целое определяет некоторые свойства и особенности входящих в нее элементов.
3. Семейная система обладает свойством неаддитивности, т.е. не является суммой входящих в нее индивидов.
4. Каждый элемент семейной системы влияет на другие элементы и сам находится под влиянием.
5. Семейная система обладает способностью к саморегуляции.

На практике при применении системной семейной терапии решают следующие задачи:

- осознание членами семьи роли собственных личностных особенностей в возникновении дисфункциональности семьи;
- рациональное корригирование неадекватных реакций членов семьи, что является предпосылкой восстановления полноценного функционирования семьи на более высоком качественном уровне.

К универсальным задачам по реабилитации пострадавшего населения

относят преодоление комплекса жертвы у пострадавших, активное включение позитивной ориентации. Формирование позитивной жизненной ориентации позволяет выработать у них, особенно у детей, осознание возможности преодоления комплекса «чернобыльца», пассивной жертвы обстоятельств катастрофы и активного формирования своей жизни, позитивного влияния на свое физическое и психическое здоровье, свою судьбу.

Таким образом, в связи с выраженным многофакторным воздействием Чернобыльской катастрофы у населения возникает необходимость в компенсирующем психофизическом воздействии для минимизации последствий. Мощным и одновременно щадящим, мягким психофизиологическим воздействием является санаторно-курортное лечение. Согласно действующему законодательству, лицам, пострадавшим от аварии на САЭС. Ежегодно предоставляется санаторно-курортное лечение.

Социологические и психологические исследования показали, что в период оздоровления психокоррекционная работа является органичным продолжением проводимой системной семейной терапией по месту жительства. Специалисты рекомендуют использовать психокоррекционные методы и приемы с учетом научной обоснованности, эффективности и адекватности к уже сложившейся санаторно-курортной системе и ее лечебным технологиям.

Таким образом, Чернобыльская катастрофа – это беда всего человечества. Она служит постоянным напоминанием о хрупкости человеческой цивилизации и необычайном единстве всех народов планеты. Мы должны сделать все, чтобы подобной масштабной катастрофы в мире не повторилось.

Тема: СОЦИАЛЬНЫЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СЕМЬИ

Вопросы:

Социальное законодательство по социальной защите семьи

Принципы государственной семейной политики

Основные направления государственной политики по усовершенствованию системы социальной защиты семьи

Территориальная социальная служба социальной помощи семье и детям

Основные социальные услуги, оказываемые семье и детям

Типы, виды и иерархии семей

Проблема насилия в семье

Личностные, социально-психологические особенности женщин, подвергшихся насилию в семье

Организация службы кризисной помощи женщинам

Неправительственные организации, занимающиеся проблемой семьи и женщин

Социальное законодательство по социальной защите семьи

Благосостояние общества и государства зависит от физического и духовного здоровья нации. Здоровье населения зависит от благополучия и

прочности семьи. Поэтому устойчивое функционирование семьи – необходимое условие стабильности общества, которое связано с успешной социализацией личности индивида, с предотвращением социальных аномалий в ее развитии, моральным состоянием мужчин и женщин, их трудовой активностью и гражданской зрелостью.

Социальное обслуживание семьи и детей включает социальную помощь и поддержку семей, попавших в трудную ситуацию, оказание им комплекса услуг, осуществление их социальной адаптации и реабилитации. Социальное обслуживание осуществляется многоуровневой системой органов и учреждений государственного обслуживания и общественной благотворительных организаций.

Деятельность этих учреждений осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь: Конституцией Республики Беларусь; Законами Республики Беларусь «О социальном обслуживании населения»; «О правах ребенка»; «О государственных пособиях семьям, воспитывающим детей»; «О социальной защите инвалидов»; «О занятости населения»; «О пенсионном обеспечении»; «О государственной поддержке молодежных и детских общественных объединений»; «О здравоохранении» и другими законами, а так же Кодексом Республики Беларусь «О браке и семье» и Указами Президента Республики Беларусь «Об утверждении основных направлений государственной семейной политики Республики Беларусь» и государственными программами «Дети Беларуси», «Женщины Республики Беларусь», «Дети Чернобыля».

В Конституции Республики Беларусь закреплены главные принципы общественного и государственного строя. Конституция провозгласила человека, его права, свободы и гарантии их реализации высшей ценностью общества и государства. Согласно Конституции Республики Беларусь, каждый гражданин имеет право: на жизнь; на достойный уровень жизни, включая достойное питание, одежду, жилье и т.д.; социальное обеспечение в старости, случае болезни, инвалидности, утраты трудоспособности; на образование; на труд и на отдых; на участие в культурной жизни общества.

Особое значение имеют статьи Конституции Республики Беларусь, выражающие отношение государства к здоровью и мерам по его сбережению. Согласно статье № 32. «брак, семья, материнство, отцовство и детство находится под защитой государства».

Согласно статье № 41 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатное консультирование по вопросам планирования семьи, по медико-психологическим аспектам семейно-брачных отношений, а также на медико-генетические и другие обследования в государственных организациях здравоохранения, с целью предупреждения возможных генетических наследственных заболеваний у потомства».

Статья № 42 «в Республике Беларусь материнство охраняется и поощряется государством. Женщинам создаются условия, позволяющие сочетать труд с материнством, обеспечивается правовая защита,

материальная и моральная поддержка материнства и детства. Беременной женщине гарантируется медицинское наблюдение в государственных учреждениях здравоохранения, стационарная помощь во время и после родов, а также лечебно-профилактическая помощь и медицинское наблюдение за новорожденными. Государство гарантирует беременным женщинам, кормящим матерям, а также детям до 3 лет полноценное питание, через специализированные пункты питания и магазины по медицинскому заключению в порядке, определенном Советом Министров Республики Беларусь». В законе Республики Беларусь «О государственных пособиях семьям, воспитывающих детей» определен общий порядок назначения и выплаты пособий и надбавок к ним, предусматривается повышение их размеров, исходя из минимальной заработной платы. В соответствии с этим назначаются следующие пособия:

пособие по беременности и родам, в связи с рождением ребенка, в связи с рождением ребенка, матери, ставшей на учет до 12 недель срока беременности; по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет; на детей в возрасте от 3 до 16 лет с учетом совокупного дохода; по уходу за больным ребенком; по уходу за ребенком в возрасте до 3-х лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет; пособие на детей до 16 лет инфицированных вирусом ВИЧ или больных СПИДом; одинокой матери, воспитывающей ребенка в возрасте до 15 лет; санаторно-курортное лечение детей-инвалидов;

Одной из мер, направленных на оказание благоприятных условий для воспитания детей, является Указ Президента Республики Беларусь о предоставлении матерям 3 и более детей, также воспитывающим ребенка-инвалида до 18 лет, а также одиноким матерям, вдовам, разведенным женщинам, имеющим 2 и более детей одного свободного от работы с оплатой его в размере среднего заработка. Одиноки матери имеют право для установления для нее неполного рабочего дня или неполной рабочей недели с пропорциональной оплатой труда. Согласно статье № 49 КЗОТа, наниматель обязан удовлетворить просьбу матери.

Принципы государственной семейной политики

Семейная политика – организуемая, направляемая и финансируемая государством социальная защита семей от бедности, нищеты, предоставление семье материальной помощи для частичной компенсации снижения уровня жизни. Под семейной политикой понимается деятельность, имеющая целью развитие семьи, семейного образа жизни, укрепление социальных функций семьи как одного из основных институтов общества. Необходимость семейной политики определяется теми неблагоприятными последствиями изменений структуры и функции семьи, которые произошли в ходе исторического развития, в течении процессов урбанизации, индустриализации, и которые в своей совокупности характеризуют кризис семьи как социального института.

Главная цель семейной политики – помощь в устранении негативных последствий семейных изменений или их компенсация. Долгосрочные цели семейной социальной политики ориентированы на преодоление

современного кризиса семьи, реализацию гарантированного обеспечения семей, её социальных функций по рождению, содержанию и социализации детей и подрастающих поколений.

Также семейная политика имеет частные кратко- и среднесрочные задачи, которые связаны с решением конкретных актуальных проблем того или иного периода. Укрепление семьи означает создание условий реализации потенциала отдельных семей при решении их конкретных жизненных проблем, с которыми каждая семья встречается на протяжении своей жизни. Эта сторона семейной политики носит название *социальной поддержки семьи*.

Принципы семейной политики:

- ❖ свобода выбора семьей любого образа жизни,
- ❖ общественный договор,
- ❖ социальное участие,
- ❖ единство целей семейной политики.

1. *Суверенность семьи* – принцип суверенности семьи означает, что семья независима от государства и вправе принимать решения, касающиеся ее жизни, соотносясь лишь собственными целями и интересами, но в рамках действующего законодательства и общепринятых социальных норм, также означает право семей на любой тип семейного поведения, на любой образ, стиль жизни, кроме криминальных. Принцип суверенности предполагает наличие у семьи соответствующей экономической основы – возможности извлекать и использовать доход легитимных видов деятельности, достаточный для самообеспечения и развития семьи, для удовлетворения всех своих потребностей.

2. *Принцип свободы выбора* означает наличие в обществе подлинной альтернативы и возможности действительно выбирать любой тип семьи и семейного поведения. И государство и общество в целом свободны в принятии и поддержке тех типов семьи и семейного поведения, которые наилучшим образом удовлетворяют их интерес в обеспечении количественных или качественных характеристик воспроизводства населения и успешной социализации подрастающего поколения.

3. *Принцип общественного договора* означает регламентацию взаимоотношений семьи и государства, формулирование всех взаимных прав и обязанностей семьи и государства по отношению друг к другу. Семья обеспечивает общество исполнителями социальных ролей, следовательно, и общество объективно заинтересованно в том, чтобы семья эффективно выполняла специфические социальные функции. Семья удовлетворяет потребности общества в работниках, в исполнителях социальных ролей, вправе потребовать от государства на договорной основе обеспечивать поддержку семейной жизни, которые способствуют реализации функций воспроизводства и социализации.

4. *Принцип социального участия* означает участие в проведении семейной политики (ее целеполагании, формировании системы мер и их реализации), иных, кроме государства, субъектов: общественных

организаций, партий, коммерческих фирм и других институтов гражданского общества.

5. *Единство целей семейной политики* означает, что все основные принципы едины для всей страны независимо от конкретных особенностей семьи и семейного поведения на всей территории государства. Специальные региональные программы – наилучший механизм реализации семейной политики и обеспечения единства целей с учетом местных особенностей.

Стратегической целью семейной политики является укрепление семьи как социального института.

В 1998 году принят Указ Президента Республики Беларусь «Об утверждении основных направлений государственной семейной политики Республики Беларусь».

Закон предусматривает поэтапное создание благоприятных условий семье для обеспечения жизнедеятельности семьи, выполнения ее экономической, репродуктивной, воспитательной функций, укрепления нравственных основ семьи и повышение ее престижа в обществе. Во исполнение Указа Президента Республики Беларусь Совет Министров Республики Беларусь утвердил перечень первоочередных мероприятий по реализации Основных направлений семейной политики в стране.

Основные направления государственной политики по усовершенствованию системы социальной защиты семьи

1. Совершенствование законодательно-нормативной базы по вопросам семьи, и, несмотря на экономическую трудности государства, основным остается право на социальную защиту от объективных рисков (потери трудоспособности, болезни, инвалидности, ущерба, в результате аварии на производстве, безработицы, старости, смерти и т.п.);

2. Социальная защита должна быть более адресной, что предполагает более четкий контроль за уровнем доходов получателей пособий, так и равный доступ к получению пособий любых групп населения, попавших в трудную жизненную ситуацию, а не только отнесенных к группам риска, независимо от дохода.

3. социальная помощь приобретает разнообразные виды и формы (питание; проезд в общественном транспорте; оплата жилья и коммунальные услуги; путевки в дома отдыха и санатории, оздоровительные лагеря; лекарства; содержание детей в дошкольных учреждениях; льготное кредитование; промышленные товары).

Основные направления деятельности в рамках социальной политики:

1. практическая социальная работа;
2. социальная помощь семье;
3. социальная поддержка;
4. социальный патронаж.

В каждой области формируется системы работы всех ветвей власти, государственных и негосударственных организаций по социальной защите семьи и детей. Их деятельность осуществляется в следующих направлениях:

1) *политическое* – государственная политика по отношению к семье и детям как к особой социально-демографической категории; политика, включающая идеологические, экономические, юридические, демографические меры, опирается на национальную культуру, традиции и устои;

2) *законодательное* – проведение в соответствии с Конвенцией «О правах ребенка» и законом Республики Беларусь «О правах ребенка» содержание всех законов, нормативно-правовых актов и инструкций;

3) *программное* – разработка, принятие и реализация специальных программ по улучшению положения семей и детей;

4) *управленческое* – создание и функционирование на всех уровнях специальных государственных организаций, фондов, объединений, ассоциаций, которые занимаются проблемами социальной защиты семьи, отцовства, материнства и детства.

Территориальная социальная служба социальной помощи семье и детям

Социальная помощь семье и детям – это социальное обслуживание и поддержка членов семьи, попавших в трудную жизненную ситуацию, оказание им комплекса социальных услуг и осуществление их социальной адаптации и реабилитации. Важнейшая цель системы социального обслуживания семей и детей – обеспечение реализации социальных прав и гарантий семьи, решение возникающих проблем посредством предоставления социально-правовых, социально-медицинских, социально-педагогических услуг и консультаций.

Социальное обслуживание семей и детей осуществляется разветвленной многоуровневой системой, состоящей из органов управления и учреждений государственного социального обслуживания, общественных, благотворительных, религиозных и других организаций.

Управление системой социального обслуживания семьи согласно законодательства, осуществляют органы управления социальной службы и общественные организации, уполномоченные осуществлять управленческие функции (попечительские советы, социальные советы, ассоциации и т.п.). Социальная защита и поддержка населения на подведомственной территории относится к компетенции отдела (комитета) социальной защиты населения, который подчиняется исполнительному комитету (города, района, сельского района) – по горизонтали; по вертикали – высшим городским, областным, республиканским органам. Центральный орган управления – Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь – оно выполняет организационную, экспертную, научно-методическую работу, определяет минимально-обязательные виды выплат, льгот, услуг, обеспечивает финансирование и материально техническое обеспечение учреждений социальной защиты населения. В целом служба социальной помощи семье и детям строится и по территориальному и по ведомственному принципу.

В настоящее время развивается сеть территориальных центров социального обслуживания, центров экстренной психологической помощи

семье и детям. Наиболее распространенной является территориальная социальная служба, состоящая из специализированных территориальных центров и включающая:

центр социального обслуживания населения; центр психолого-педагогической помощи семье и детям; службу экстренной психологической помощи по телефону доверия; социально-реабилитационный центр; социальный приют для детей и подростков; центр помощи детям, оставшимся без попечения родителей; реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями; центры дошкольного воспитания и внешкольной работы; кризисные центры помощи лицам, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

В настоящее время действует несколько моделей социального обслуживания семей и детей. Используя критерий государственной поддержки и финансирования, их классифицируют:

1. государственные социальные службы;
2. коммерческие службы, работающие самостоятельно либо при благотворительных формах, организации;
3. смешанные службы.

Преобладающая модель государственной службы – территориальные центры социального обслуживания населения.

Объектами социальной поддержки являются не все семьи, а лишь те, которые действительно нуждаются в этом, которые или не в состоянии самостоятельно справиться с возникающими в их жизни проблемными ситуациями, или справляются с ними лишь с большим и чрезвычайным напряжением, или таким образом, что это негативно сказывается как на семье, так и на отдельных ее членах. Социальная поддержка – это работа с различными типами семей, имеющие специфические потребности и испытывающие специфические трудности.

Территориальными центрами социального обслуживания населения оказываются самые разнообразные услуги: предоставляется гуманитарная помощь в салонах «Милосердие»; предлагаются услуги «социального такси», услуги нянь, сиделок; юридические консультации; оказывается помощь по телефону доверия»; проводятся психологическое консультирование, тестирование, групповой и индивидуальный тренинг; организуются различные культурно массовые мероприятия для пожилых граждан, инвалидов и многодетных семей.

Начиная с 2002 года услуги, оказываемые отделениями социальной помощи на дому, стали предоставляться как бесплатно, так и на платной основе. В соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 08.06.2001 г. № 858 социальные услуги предоставляются: бесплатно малообеспеченным одиноким и одиноко проживающим нетрудоспособным гражданам; семьям в случае рождения тройни и более детей до достижения детьми двухлетнего возраста; на условиях частичной оплаты не трудоспособным одиноко проживающим гражданам; на условиях

полной оплаты нетрудоспособным гражданам, имеющим в населенных пунктах проживания трудоспособных членов семьи.

Тарифы на социальные услуги устанавливаются органами государственного управления на местах и дифференцированы в зависимости от группы двигательной активности обслуживаемых граждан.

Основные социальные услуги, оказываемые семье и детям

- социально-бытовые услуги, материальная и натуральная помощь;
- социально-правовые услуги;
- социально-реабилитационные;
- психологические;
- педагогические;
- социально-медицинские услуги.

Социально-бытовые услуги, материальная и натуральная помощь:

1. срочное социальное обслуживание и оказание срочной материальной помощи;
2. содействие семьям, имеющим детей, тяжело больных детей, детей инвалидов, семьям и отдельным гражданам, имеющим затруднения в передвижении, нуждающимся в постоянном уходе, доставке и приобретении продуктов, медикаментов и других нужд;
3. распределение благотворительной и гуманитарной помощи;
4. социальная помощь сиротам, детям оставшимся без попечения родителей, опекунам семьям;
5. содействие в трудоустройстве, в том числе временном, получении профессии либо специальности;
6. организация мероприятий по привлечению средств для оказания адресной, социальной помощи;
7. социально-бытовая помощь на дому нетрудоспособным малообеспеченным семьям;
8. организация надомного труда детей-инвалидов их трудоустройство;
9. организация досуга и культурно-массовых мероприятий;
10. содействие в выделении денежных средств, продуктов питания, средств санитарии и гигиены, одежды и других предметов первой необходимости, технических средств реабилитации детей-инвалидов, денежных пособий, льгот, доплат и компенсаций;
11. содействие в написании писем, заявлений, подготовки и оформлении документов, в том числе по оформлению опеки и попечительства;
12. содействие в перевозке детей-инвалидов к месту лечения и отдыха и т.д.

Социально-правовые услуги:

1. помощь в написании и оформлении документов, связанных с защитой прав и интересов семьи, и в том числе детей;
2. содействие в предоставлении социальных выплат;

3. участие в правовом просвещении населения;

4. участие в правовой защите личностных интересов детей.

Социально-реабилитационные услуги:

- организация «социального консилиума» (психолого-, медицинского- педагогического обследования семьи);
- социальный патронаж несовершеннолетних, допускающих асоциальные и антиобщественные поступки;
- составление индивидуальных коррекционных программ.

Психологические услуги:

- психопрофилактика и психогигиена;
- психодиагностика и обследование личности клиента;
- психотерапевтическая помощь (индивидуальная, групповая, семейная);
- семейное психологическое консультирование (индивидуальное, групповое);
- психологическое консультирование индивидуальное, групповое);
- социально-психологический консилиум;
- психологический патронаж;
- коррекция отношений, поведения, проведение тренингов по коммуникативному общению;
- организация деятельности групп взаимопомощи и поддержки, ознакомление родителей детей-инвалидов с психокоррекционными методами;
- работа с людьми в тяжелых эмоциональных состояниях;
- посещение в стационарных учреждениях здравоохранения в целях оказания морально-психологической помощи;
- психологическое вмешательство в кризисных ситуациях.

Педагогические услуги:

- педагогическая помощь детям в защите их интересов;
- консультативная помощь родителям и детям;
- групповая помощь по развитию навыков общения и эмоциональной сферы детей;
- коррекционная помощь детям с аутизмом, нарушением речевого развития, неврозами;
- содействие организации культурно-досуговой деятельности детей;
- практическая помощь в организации домашнего обучения детей-инвалидов;
- обучение родителей приемам организации игровой и учебной деятельности детей-инвалидов.

Социально-медицинские услуги:

- содействие в направлении в стационарные медицинские учреждения, в том числе и наркологические;

○ организация консультаций по проблемам планирования семьи, также сексуальных отношений и психосексуальных расстройств, воспитание здорового образа жизни;

○ патронаж семей, имеющих детей с ограниченными физическими или умственными возможностями;

○ патронаж беременных женщин и кормящих матерей;

○ обучение родителей навыкам ухода за ребенком-инвалидом.

Основная задача работников социальных служб помочь члену семьи независимо от возраста, пола, социального положения осознать проблему, которая мешает нормальной жизнедеятельности посредством использования социально-психологических, социально-педагогических, социально-экономических и других методов. Критерием эффективности социальной работы является степень реабилитации члена семьи, т.е. восстановление ее прежних способностей, а в целом возвращение ее в общество.

Типы, виды и иерархии семей

На 01.01 2004 г. в Республике Беларусь численность населения составляла 9 849 062 человек, из них 2 093 692 ребенка в возрасте до 18 лет., т.е. 21,26 % от общей численности населения. насчитывалось 1 миллион 500 тысяч семей, воспитывающих детей. Из них 60 % имеет одного ребенка, 33% двух детей, около 6% трех и более. Неполными являются 174,1 тысяч семей. В них воспитываются 235,3 тысячи детей. В этих семьях годовой доход ниже прожиточного минимума имели 45% с двумя детьми, 78% семей с тремя и более детьми. Уменьшается количество браков, и увеличиваются разводы. В результате распада семей ежегодно 40-45 тысяч детей остаются без одного из родителей. В 2002 году 21% от всех родившихся рождалось детей у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке. Из них 90 детей родились у матерей 15 и моложе лет, 292 у женщин 16 лет, 639 у 17 летних. То есть ¼ родившихся за год детей уже изначально относятся к группе риска.

Типы семей:

1. неполные семьи
2. многодетные семьи
3. семьи инвалидов
4. семьи, воспитывающие детей инвалидов
5. полные малодетные семьи
6. приемные семьи
7. опекунские семьи
8. семьи социального риска (беженцы и вынужденные переселенцы, семьи военнослужащих срочной службы, семьи безработных, семьи, проживающие в экологически неблагоприятных регионах)

Неполная семья организуется в результате какой-либо катастрофы: смерть родителей, развод родителей, нахождение родителей в тюрьме, лишение их родительских прав и т.д. В таких семьях низкий уровень доходов, плохое состояние здоровья, слабые адаптационные способности и как результат, дети проявляют девиантное поведение.

Многодетные семьи распределяются на 3 категории: семьи, где многодетность запланирована (например, по национальным, религиозным, культурно-идеологическим традициям). В таких семьях проблемы связаны с жильем, малой обеспеченностью, загруженностью родителей, здоровьем матери.

Семьи, образовавшиеся в результате второго или последующих браков, где рождаются новые дети. Исследования показали, что семьи могут быть благополучны, но их членам присуще ощущение неполной семьи.

Семьи, образовавшиеся в результате безответственного поведения родителей, иногда на фоне интеллектуально-психической сниженности, алкоголизма, асоциального образа жизни. Дети в этих семьях больны, недоразвиты, дезадаптированы.

В семьях инвалидов преобладают экономические трудности, вызванные ограничением трудоспособности и адаптации. Исследования показали, что можно выделить 4 категории семей инвалидов:

1. кто не работает, и не хочет работать;
2. кто не хочет, но вынужден работать;
3. кто не работает, но хочет работать;
4. кто имеет работу и работает;

Главная классификационная особенность наличие или отсутствие мотивации к занятию трудом.

Семьи, воспитывающие детей-инвалидов, решают проблемы связанные со здоровьем детей. Мать, оставив ребенка дома, переходит на другую более свободную по графику работу, но ниже оплачиваемую. Отцы часто не выдерживают трудностей, уходят из семьи. Дети-инвалиды имеют ограничения жизнедеятельности и проблемы с общением и образованием;

Полная малодетная семья официально не относится к группам риска, но нестабильность, не выплаты заработной платы родителей, безработица влияют на социально-психологический климат в семье.

Приемная (опекунская) семья – форма устройства детей-сирот, оставшихся без попечения родителей на основании договора между органами опеки и попечительства и приемными родителями на срок установленный договором.

Таким образом, объектом социальной поддержки должны являться не все семьи, а лишь те, которые действительно нуждаются в этом, которые не в состоянии справиться с возникшими проблемами, либо справится с чрезвычайным напряжением в семье, что может негативно сказаться на всей семье либо на отдельных ее членах. Следующий тип социальной поддержки и защиты, это работа с определенными типами семей, имеющие определенные трудности.

Проблема насилия в семье

Насилие – представляет собой такой тип человеческих, общественных отношений, в ходе которых одни индивиды или группы людей подчиняют себе других, узурпируют их свободную волю. Под насилием в семье понимается реальное действие или угроза умышленного физического,

сексуального, психологического или экономического воздействия, принуждения со стороны одного лица по отношению к другому, с которым лицо имеет или имело интимные или иные значимые отношения, с целью контроля, запугивания, внушения чувства страха. Насилие представляет собой узурпацию человеческой свободы в ее наличном бытии, внешнем выражении. Внутри семейного насилия как обобщенной категории существуют более специфические категории, определяемые природой отношений между обидчиком и жертвой. А также условиями их жизни. Например, жестокое обращение с детьми, насилие, направленное против супруги(а), насилие в отношении престарелых и др.

Насилие в семье – это насильственные действия физического, психического, и сексуального характера в отношении женщин, совершенные на основании полового признака, лицом или лицами, которые связаны с ними семейными и близкими отношениями, от словесных оскорблений и угроз до тяжелых физических побоев, похищения, угрозы увечьями, запугивания, принуждения, преследования, насильственные и незаконные вторжения в жилище, поджог, уничтожение собственности, сексуальное насилие, изнасилование в браке, насилие, связанное с приданным или выкупом невесты, увечья гениталий, насилие связанное с эксплуатацией через проституцию, насилие по отношению в домашних работниц и попытки совершить такие акты, должны рассматриваться как «насилие в семье».

Насилие в семье является одной из наиболее типичных и распространенных форм насилия в отношении женщин. Это явление оказывает влияние на женщин из всех социальных слоев во всех регионах страны. Оно предопределяется устоявшимися традиционными гендерными ролями и стереотипами, унаследованными от патриархального общества. До сих пор официальная статистика по этому вопросу широко не публикуется. В 1996 г. Комитет Конвенции по ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин разработал ряд рекомендаций для правительств стран Восточной Европы, включив в их ведение официальной статистики случаев насилия в семье и их публикацию. Ряд европейских независимых женских организаций провел несколько комплексных исследований по нескольким направлениям. В настоящий момент их выводы являются единственной истинной информацией такого рода.

Полученные данные указывают на серьезность и распространенность данной проблемы и дают описание поведения типов женщин и других проживающих в семьях, где есть насилие. Общая оценка отношений в семьях показала, что Исследования показывают: у 19 % семей присутствуют враждебность и оскорбление, у 10 % - физическое насилие.

В реальности физическое насилие присутствует примерно в 18-20 % семей, причем в подавляющем большинстве случаев оно направлено на женщин. Присутствие физического насилия было отмечено в 80 % семей, где по утверждению детей, ежедневное употребление алкоголя стало нормой. Установлено, что 29% детей-респондентов во время семейных конфликтов хотели заступиться за мать, 36 % хотели уйти из дома, чтобы не видеть всего

этого, 10 % не хотели больше жить, 17 % старались помирить родителей, 15 % предпочитали не обращать внимания и не переживать по этому поводу, 2 % сказали, что были готовы убить отца. Такие типы поведения могут вальировать от форм и частоты насилия. В целом, чем агрессивнее отношения в семье, тем меньше дети хотят "заступиться" или "мирить", тем больше хотят "уйти из дома" и "не обращать внимания".

Криминалистические исследования дополняют приведенную выше информацию: до 70% правонарушений, совершенными несовершеннолетними, приходится на подростков, убежавших из семей, отмеченных насилием. Физическое насилие негативно влияет на интерес детей к учебе (только 29 % детей из "проблемных" семей интересуются учебой, показатель для «нормальных семей» составляет 34 %). Другая проблема заключается в том, что дети из таких семей начинают воспринимать агрессивные отношения как норму и впоследствии переносят в собственные семьи, создавая тем самым замкнутый круг.

Таким образом, насилие над женщиной в семье влияет на весь спектр семейных взаимоотношений и, прежде всего на уровень насилия в семьях в целом. Исследования нормальных семей и семей, где есть насилие, показали, что возрастает напряжение в межличностных отношениях на 30%, оскорбление детей преобладает на 24 %, драки, избиения физические наказания детей возрастает на 31 %, употребление нецензурной брани на 19 %. Приведенные цифры показывают, что семейные отношения в целом зависят от отношения к женщинам в семье, установлена взаимосвязь между насилием в семье в отношении женщин и уровнем нефизического (психического, экономического, некоторых форм сексуального) насилия в отношении детей.

Установлено, что от 30 % до 48 % звонков поступивших в милицию связаны с насилием, включая физическое. От 1/3 до половины всех женщин, находящихся в травматологических отделениях больниц поступили в результате побоев, нанесенных дома. Такие женщины чаще обращаются с сотрясениями мозга, внутренними повреждениями, переломанными конечностями. В тоже время женщины, желающие привлечь к ответственности виновных, совершивших акт насилия, попадают под давление юристов и сотрудников правоохранительных органов, которые убеждают помириться с мужьями и партнерами, при этом сотрудники иногда отказываются принимать и заводить дела. Опрос, проведенный среди судей и юристов показал, что многие воспринимают как конфликт частного характера, а не правонарушение.

Насилие в семье в отношении женщин рассматривается как социальная проблема и получило негативную оценку со стороны общества. Осознание международной общественностью проблемы дискриминации женщин привело к тому, что в 1967 г. ООН приняла Декларацию о ликвидации дискриминации в отношении женщин. Благодаря неправительственным женским организациям, специалистам в области гендерных исследований и социальным работникам в 1975 г. ООН провела первую всемирную

конференцию по вопросам женщин [11]. В 1976 г. на Генеральной Ассамблее ООН решено учредить Женский фонд развития ООН.

В 1979 г. ООН приняла Конвенцию о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин. В 1993 г. на всемирной конференции по правам человека, которая состоялась в Вене, были приняты Венская декларация и Программа действий. В них подчеркивалось, что права женщин – это неотъемлемая часть прав человека. Особое внимание уделялось предотвращению насилия в отношении женщины. В 1993 г. ООН приняла Декларацию об искоренении насилия в отношении женщин.

В нашей стране основные права человека, в том числе женщин и детей, отражены в Конституции Республики Беларусь, законе Республики Беларусь от 30 октября 2003 г. «О ратификации Факультативного протокола к Конвенции ООН о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин», Кодексе Республики Беларусь о браке и семье (КоБС), вступившем в силу с 1.09.1999 г.

С 2001 по 2003 г. Республики Беларусь была вовлечена в организованную UNIFEM на территории 8 стран СНГ и Литвы Региональную информационную кампанию в защиту прав женщин жить без насилия. Беларусь взяла на себя обязательство подготовить законопроект о домашнем насилии. В 2004 г. в Палату Представителей был внесен проект Закона «О предупреждении и пресечении насилия в семье», направленный на выявление и пресечение насилия в семье и организацию работы с семьей.

Организация службы кризисной помощи женщинам

В Республике Беларусь функционируют учреждения, цель работы которых — реабилитация жертв насилия и оказание психологической поддержки семьям: территориальные центры социальной защиты, в которых работают кризисные отделения, один шелтер (убежище для жертв насилия), кризисные центры, открывшиеся по инициативе женских неправительственных организаций, среди которых «Радислава», «Кризисный центр для женщин и детей, пострадавших от насилия». Организована работа телефонов доверия, по которым можно получить консультацию психолога и юриста.

Экстренная помощь жертвам насилия в семье включает услуги кризисной службы в течение 72 часов; немедленную транспортировку пострадавших в медицинские центры или убежище; экстремальную юридическую консультацию и направление в содействующие инстанции; консультацию в кризисной ситуации, чтобы обеспечить поддержку и уверенности в безопасности, конфиденциальность к жертве насилия.

Организация помощи не экстренного характера заключается в услугах, способствующих долговременной реабилитации жертв насилия в семье через систему консультирования насилия в семье, через систему консультаций, переподготовку и адаптацию, в области занятости и помощи по уходу за ребенком; услугах, способствующих долговременной коррекции поведения лиц, совершивших насилие, через систему консультирования; специальных

программах о насилии в семье, которые осуществляются независимо от программ социальной помощи.

Категории женщин, которые могут обращаться в Кризисные центры:

- женщины, которые подвергались психофизическому насилию и потерявшие близких;
- женщины, имеющие детей-инвалидов;
- женщины-инвалиды;
- одинокие матери с несовершеннолетними детьми и несовершеннолетние матери;
- беременные женщины, в том числе несовершеннолетние и одинокие;
- женщины из неполных семей;
- женщины, находящиеся предразводной или послеразводной стадии;
- женщины, находящиеся в отпуске по уходу за ребенком;
- самостоятельно проживающие выпускницы детских домов и школ-интернатов;
- женщины, вышедшие на пенсию и испытывающие психологический дискомфорт, в том числе одинокие, брошенные взрослыми детьми.

Неправительственные организации, занимающиеся проблемой семьи и женщин:

Белорусская организация трудящихся женщин проводит защиту гражданских прав, социально-экономических, трудовых и законных интересов женщин, семьи, детей, благотворительная деятельность.

Белорусский союз женщин занимается содействием в защите прав и законных интересов женщин; обеспечение достойного положения женщин в обществе, повышение роли женщин в экономической, социальной и культурной жизни страны.

Женское христианское демократическое движение осуществляет защиту прав женщин и детей, морально-духовное возрождение, демократизация общества.

Белорусская ассоциация женщин «Осия» решает вопросы, связанные с повышением культурного, морального, духовного уровня женщин, их самосознания, уверенности в себе, повышение роли женщин в решении правовых, экономических, социальных и экологических проблем.

Всебелорусский женский фонд святой Ефросинии Полоцкой содействует развитию национальной культуры, науки, христианских традиций, защита социальных прав женщин, движение на селе и в малых городах.

Белорусское женское содружество способствует активизации общественного женского движения на селе и в малых городах Беларуси.

Белорусская ассоциация университетских женщин содействует просвещению населения, повышению статуса женщин и демократизации общества.

Белорусская ассоциация молодых христианских женщин способствует повышению статуса женщин и моральное возрождение страны.

Белорусская партия женщин «Надзея» содействует проведению социально-экономических реформ, направленных на улучшение положения женщин в семье, повышение общеполитической активности и участие в управлении государством.

Белорусская ассоциация женщин юристов осуществляет содействие процессам формирования правового государства, укрепление законности правопорядка, защита прав и интересов физических и юридических лиц.

Всебелорусская женская лига решает вопросы объединения женщин социал-демократической ориентации для реализации законных интересов и стимулировании гражданской активности.

Клуб «Леди-лидер» - объединение усилий женщин-лидеров во имя утверждения и сохранения общечеловеческих ценностей.

Таким образом, в Республике Беларусь функционируют учреждения и общественные неправительственные организации, целью работы которых — реабилитация жертв насилия и оказание психологической поддержки семьям, содействие в защите прав и законных интересов женщин; обеспечение достойного положения женщин в обществе, повышение роли женщин в экономической, социальной и культурной жизни страны.

Тема: ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО СИРОТСТВА

Вопросы:

Социальная значимость проблемы

Нормативно-правовая база Республики Беларусь, обеспечивающая детям-сиротам реализацию своих прав и свобод

Медико-социальные проблемы детей-сирот

Социально-психологические особенности постинтернатных детей-сирот

Социальная значимость проблемы

В последнее время отмечается рост числа социально неблагополучных семей. Резко обострилась проблема социального сиротства. Социальное сиротство – это явление, обусловленное наличием в обществе детей, оставшихся без попечения родителей вследствие лишения родителей родительских прав, признания родителей недееспособными или без вести пропавшими. Сиротство как социальное явление неотъемлемый элемент цивилизации. С середины XX века это явление стало приобретать угрожающие масштабы, даже в хорошо развитых странах. По официальным данным в Республике Беларусь в настоящее время 32 тысячи сирот, из которых 85% сироты при живых родителях.

В последние годы отмечается рост числа социально неблагополучных семей, резко обострилась проблема социального сиротства. По данным Министерства статистики и анализа в Республике Беларусь по состоянию на 01.01.2003 г. проживало 9 898 590 чел., из них 2 171 480 детей в возрасте до 18 лет, что составляет 21,9% от общей численности населения страны.

По официальным данным в 2002 г. в республике Беларусь 1 510 тыс. семей воспитывают детей. Из этого количества 925, 6 тыс. (61,2 %) семей

имеют одного ребенка, 489,5 тыс. (33,0%) – двух детей, 86,7 тыс. (5,8%) – трех и более. Неполными являются 174,1 тыс. семей, в них воспитываются 235,3 тыс. детей. Годовой доход ниже прожиточного минимума имели 45,5 % (39,2% в 2001 г.) семей с двумя детьми и 78,0 % (69,0% в 2001 г.) семей с тремя и более детьми.

Уменьшается количество браков, увеличивается число разводов. В результате распада семей ежегодно 40-45 тыс. детей остаются без одного родителя. В 2002 г. 18 954 ребенка родилось у женщин, не состоявших в зарегистрированном браке (21,4% от общего количества родившихся в 2002 г.). Из них 90 детей родились у матерей, возраст которых составляет 15 лет и моложе, 292 – у женщин 16 лет, 639 – 17 лет. Практически четвертая часть родившихся за год детей относится к группе повышенного социального риска.

В этот же период на учете находилось 28 322 детей-сирот и детей, оставшихся без родительской опеки, в возрасте до 18 лет. Из них 13 942 чел. (49,23%) находились на государственной опеке, в том числе 426 чел. – на временной форме опеки (в социальных приютах). Всего общее количество детей-сирот, детей, оставшихся без родительской опеки, обучающихся в ВУЗах (607 чел.), в ССУЗ (683 чел.) и ПТУ (3 277 чел.) составляет 32 889 человек. На усыновлении находилось 8 928 чел., в том числе за границей – 1 865 чел. За 2002 г. вновь выявлено 5 223 детей-сирот и детей, оставшихся без родительской опеки. Около 86 % от вновь выявленных являются социальными сиротами. Из них 4 457 чел. (85,33 %) получили сиротский статус в связи с лишением их родителей родительских прав. Число их растет, так для сравнения, в 1990 г. количество таких детей составляло 24,72%. От общего количества вновь выявленных.

По данным органов охраны материнства и детства в каждом из сельских районов в крайне неблагоприятных условиях в семьях социального риска проживают от 200 до 600 детей, которые при определенных условиях могут перейти в ряды социальных сирот.

Нормативно-правовая база Республики Беларусь, обеспечивающая детям-сиротам реализацию своих прав и свобод

В сфере социальной политики в Республике Беларусь в качестве приоритетной задачи определена защита брака, семьи, охрана материнства и детства. Эта задача зафиксирована во многих юридических и программных документах. Среди основных документов, направленных на защиту детей, в первую очередь следует назвать:

- Конвенцию ООН о правах ребенка (1989г.), которую Республика Беларусь ратифицировала в 1990 году;
- созданный на ее основе Закон Республики Беларусь «О правах ребенка» (1993г.) и его новую редакцию 2000 года;
- Кодекс о браке и семье (КоБС), вступивший в действие с 1-го сентября 1999 года;

- Президентскую программу «Дети Беларуси», введенную в действие указом Президента от 6.01.98г., где выделена отдельная подпрограмма «Дети-сироты».

В перечисленных выше документах и других нормативно-правовых актах подчеркивается значение семьи для воспитания ребенка, ее роль в государстве и устанавливаются механизмы защиты прав детей, лишенных семейного окружения. Причем в отношении детей, лишенных родительской опеки, обращено внимание на взаимоотношения между сиротами (в том числе социальными), и их приемными родителями, опекунами (в том числе социальными) и их приемными родителями, опекунами (попечителями) как в государственных учреждениях, так и при организации альтернативных форм призрения сирот. Практически все документы в защиту прав и свобод, принятые в нашей стране, основаны на Всеобщей декларации прав человека.

28 июля 1990 года Верховным Советом Республики Беларусь была ратифицирована Конвенция ООН о правах ребенка и с 31 октября этого же года вступила в силу. Тем самым Беларусь признала приоритет общепризнанных принципов международного права и важность международного сотрудничества для улучшения жизни детей в Республике.

Первым шагом, предпринятым в республике для реализации положений Конвенции, стало принятие 19 ноября 1993 года Закона Республики Беларусь «О правах ребенка». Данный нормативный акт не только закрепил правовой статус ребенка как самостоятельного субъекта правоотношений, определив принципы государственной политики в отношении детей, но и установил обязанности государственных органов, учреждений, предприятий и организаций, общественных объединений и граждан в области защиты прав и законных интересов ребенка.

Указом Президента Республики Беларусь №106 от 18 марта 1996 года создана Национальная комиссия по правам ребенка, утверждены положение о ней и ее состав. Этот центральный государственно-общественный орган призван координировать осуществление государственной политики в отношении детей и выполнять функции контроля за соблюдением прав детей, закрепленных в Конвенции ООН о правах ребенка и Законе Республики Беларусь «О правах ребенка».

На охрану прав детей и обеспечение их социальной защиты направлена и утверждена Указом Президента Республики Беларусь №3 от 6 января 1998 года Президентская программа «Дети Беларуси», имеющая пять подпрограмм: «Дети Чернобыля», «Дети-инвалиды», «Дети-сироты», «Развитие социального обслуживания семьи и детей», «Развитие индустрии детского питания». Каждая из подпрограмм включила комплекс мероприятий и мер, направленных на оказание помощи непосредственно детям.

Среди документов, определяющих государственную политику в сфере охраны прав и интересов детей в семье, следует также назвать политику в сфере охраны прав и интересов детей в семье, следует также назвать, утвержденный Указом Президента Республики Беларусь №46 от 21 января 1998 года Закон «Основные направления государственной семейной

политики Республики Беларусь». Согласно этому нормативному акту государство берет на себя обязанность обеспечивать выживание и защиту каждого ребенка, создавать условия для его полноценного физического, психического, нравственного, интеллектуального и социального развития независимо от социального статуса родителей (семьи).

Правовым гарантом обеспечения прав и свобод граждан нашего государства, в том числе детей, является Конституция Республики Беларусь (с изменениями и дополнениями). Более 50% статей Основного закона посвящено правам, свободам и некоторым обязанностям граждан.

Основным нормативным актом, регулирующим правовые отношения в семье между родителями и детьми, отношения в связи с усыновлением, установлением опеки и попечительства, а также другие семейные отношения, является Кодекс Республики Беларусь о браке и семье (КоБС РБ), принятый 9 июля 1999 года и вступивший в силу с 1 сентября 1999 года.

21 декабря 2005 года был принят основной Законодательный акт в РБ по вопросам прав и свобод детей-сирот: Закон «О гарантиях по социальной защите детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей». В данном законе оговорены:

- процедуры приобретения, предоставления и утраты статуса детей-сирот;
- гарантии права на государственное обеспечение;
- гарантии права на образование;
- гарантии права на жилище;
- гарантии права на труд и занятость и т.д.

Также социальная защита детей-сирот обеспечивается различными Постановлениями Совета Министров Республики Беларусь, например:

➤ «О внесении дополнений и изменений в положение о распределении выпускников, которые учатся за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов в учреждениях образования, что обеспечивает получение профессионально-технического, средне-специального и высшего образования в Республики Беларусь».

➤ «Об утверждении положения о порядке и условиях предоставления первого рабочего места выпускникам государственных высших, средних специальных и профессионально-технических учебных заведений, а также военнослужащим срочной службы, уволенным из вооруженных сил Республики Беларусь».

Существуют различные Указы Президента РБ в отношении детей-сирот, например:

➤ «О некоторых вопросах обеспечения прав детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей».

➤ «О некоторых мерах по регулированию жилищных отношений», где вопросом детей-сирот посвящены пункты 2; 3.3; 11; 13; 62.3.

Все вышеперечисленные и другие нормативно-правовые документы по регулированию жизнедеятельности детей-сирот принимаются с целью улучшения условий их жизни, эффективной организации разностороннего их воспитания, полноценного развития и социализации.

Медико-социальные проблемы детей-сирот

Конец XX века и начало третьего тысячелетия характеризуются углублением демографического кризиса, снижением качества жизни и негативными тенденциями в динамике физического развития и состояния здоровья детей и подростков. Отмечается снижение показателей физического развития подростков: замедление роста, появление большого процента детей с пониженной и низкой массой тела, замедление темпов полового созревания, снижение функциональных возможностей.

В настоящее время в школах-интернатах обучаются 9 074 детей-сирот и детей, оставшихся без родительской опеки; общее количество детей-сирот, детей, оставшихся без родительской опеки, обучающихся в ВУЗах (607 чел.), в ССУЗ (683 чел.) и ПТУ (3 277 чел.) составляет 32 889 человек.

Число семей, состоящих из матери (отца) с детьми по данным переписей населения в 1970 г. — 233, 3; в 1989 г. — 303,3; в 1999 г. — 406, 5; **число детей и подростков оставшихся без попечения родителей** в 1990 г. было выявлено 2609; в 2000 г. — 5461; в 2001 г. — 5580; 2002 г. вновь выявлено 5 223 детей-сирот и детей, оставшихся без родительской опеки;

число детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, воспитывающихся в интернатных учреждениях всего в 1990 г. — 8551 чел.; в 2000 г. — 13911 чел.; в 2001 г. — 13995 чел.; в 2002 — 13942 чел.;

число детей с особенностями психофизического развития, воспитывающиеся в школах-интернатах в 1990 г. 16598 чел.; в 2000 г. — 12110 чел.; в 2001 г. — 12143 чел.

В целом это отражает социальное неблагополучие общества и свидетельствует о низком нравственном уровне многих родителей, которые отказывают своим детям в нормальном человеческом праве на любовь и заботу семьи.

Воспитание детей в интернатных учреждениях закрытого типа наряду с несомненными положительными для их здоровья факторами (изоляция от неблагополучной семейной обстановки, пребывание в соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, наличие медицинского контроля за состоянием здоровья) имеет и отрицательные стороны. Особенности воспитания, обучения этих детей обуславливают различия в физическом, психическом развитии, заболеваемости и формировании личности. В частности, длительное пребывание детей в большом коллективе, в однотипных условиях, ограниченный контакт с внешним миром оказывает на формирование личностных особенностей детей и механизмов социальной адаптации, приводит к повышенной утомляемости и нервно-психическим расстройствам.

Эти дети изначально относятся к группе риска, поскольку у них нет четких жизненных ориентиров, не сформированы понятия «хорошо» и

«плохо»), отсутствуют практические навыки в построении отношений с людьми, им присущи беспомощность, ощущение брошенности, замкнутость, недоверие к другим людям. Среди них отмечается иждивенчество, неумение беречь вещи, вести собственное хозяйство, агрессивность, как средство выживания в интернатной среде, склонность к обману, предательству и воровству.

Установлено, что значительная часть детей при поступлении в интернат имела различные отклонения в состоянии здоровья – психические расстройства, болезни нервной системы и органов чувств, болезни органов дыхания. Выявлено, что воспитанники интернатов имеют низкий уровень санитарно-гигиенической культуры. В интернатах в 2 раза больше детей, куривших и употребляющих алкогольные напитки по сравнению с детьми, воспитывающихся в семьях. Вредные привычки у воспитанников интернатов формируются раньше, чем у старшеклассников общеобразовательных школ. Некоторая часть воспитанников уже страдает хроническим алкоголизмом.

На основании анонимного анкетирования изучен уровень знаний по вопросам полового воспитания и гигиены половой жизни у воспитанниц школ-интернатов. Установлено, что половина девушек начала половую жизнь раньше 15 лет, значительная часть из них не предохранялась от беременности и была вынуждена обратиться к врачу для ее прерывания. Отмечается недостаточная осведомленность педагогического коллектива о состоянии здоровья детей и их психологических и физиологических особенностях.

Изучению особенностей физического развития, нервно-психического статуса, адаптационных возможностей и состояния здоровья воспитанников государственных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без родительской опеки, посвящены работы российских ученых-медиков: Махкамова З.Р. (1991), Кучма В.Р., Милушкина О.Ю. (2003). Ими в ходе социально-гигиенического исследования установлено, что половина воспитанников (всего приняло участие в исследовании 269 воспитанников школ-интернатов) имели перинатальную патологию (56,7%), каждый третий ребенок родился недоношенным (30,4%), основная масса детей имели различные заболевания в период новорожденности, 1,8% родились от матерей больных сифилисом, 2% детей родились в тюрьме. Лишь 22,7% детей при рождении были здоровыми. У детей, оставшихся без попечения родителей, уже с рождения отмечаются неблагоприятные биологический и социальный анамнез.

Физическое развитие детей-сирот характеризуется замедленными темпами биологического развития (отставание биологического возраста от календарного установлено у 46,2 % мальчиков в возрасте от 6 лет и у 42,2 % мальчиков в возрасте до 15 лет, у 20 % и 33,3 % девочек соответственно); отклонениями в физическом развитии за счет дефицита и избытка массы тела соответственно у 11,5% и 18,2 % мальчиков и 12 % и 26,1 % девочек; тотальным снижением функциональных возможностей у детей-сирот в возрасте 6 лет.

Обращает внимание тот факт, что среди девочек в возрасте 15 лет доля детей с избыточной массой тела в 6 раз превышает аналогичный показатель у сверстниц из обычных семей. Специалисты утверждают, что девочки реагируют на неблагоприятные социальные условия увеличением жирового компонента в большей степени, чем мальчики.

При изучении функциональных возможностей установлено, что у всех 6-летних детей-сирот диагностируются сниженные значения жизненной емкости легких, мышечной силы кистей рук по сравнению с таковыми у детей из обычных семей. В 15-летнем возрасте у детей-сирот и детей, из обычных семей значения физиометрических показателей ниже среднего и средние встречаются примерно в одинаковом проценте случаев. В тоже время у девочек, лишенных родительского попечения, достоверно реже встречаются значения выше средних. Сниженные функциональные резервы у многих воспитанников обусловлены пребыванием у закрытом учреждении.

Анализ состояния детей-сирот позволяет констатировать, что заболеваемость воспитанников интернатных учреждений в возрасте до 6 лет превышает заболеваемость детей из обычных семей в 1,4 раза, в возрасте 15 лет – в 1,2 раза. Отклонения в состоянии здоровья при поступлении в интернат уже имеют более чем 80 % воспитанников. Ранговое распределение функциональных отклонений у 6 и 15 летних воспитанников учреждений для детей-сирот различаются. Ведущее место среди морфофункциональных отклонений и хронических заболеваний у первоклассников основной группы принадлежит задержке психического развития (74,4 %), в контрольной группе – патология костно-мышечной системы. Для подростков первое ранговое место занимают расстройства системы кровообращения.

Второе место среди детей-сирот обеих возрастных групп занимают нарушения верхних дыхательных путей. Третье место у 6-летних сирот занимают психические отклонения и расстройства поведения, у детей 15 лет – эндокринно-обменные нарушения.

С возрастом происходит увеличение болезней нервной системы и органов чувств в 4 раза, болезней органов пищеварения в 11 раз, в 8 раз увеличивается патология сердечно-сосудистой системы, в 9 раз увеличивается травматизм.

Выявлено, что среди 6-летних детей-сирот 23,7 % детей находятся в состоянии функционального напряжения адаптационных механизмов; 5,3 % детей имеют неудовлетворительную адаптацию. Среди 15-летних – не встречаются дети с неудовлетворительной адаптацией, у 15,6% детей диагностируется функциональное напряжение адаптационных механизмов.

Изучение распространенности синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) среди воспитанников учреждений для сирот показало, что у 51 % из них диагностируется СДВГ, при этом выявлены половые различия, у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек встречается синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

Показатели психоэмоционального состояния детей-сирот по тесту Люшера свидетельствуют о том, что в состоянии выраженного стресса

находится 29,4 % детей в возрасте 6 лет и 21,9 % детей в возрасте 15 лет. По сравнению с детьми из обычных семей среди сирот чаще встречаются дети в состоянии нервного напряжения, в том числе с тенденцией к стрессу.

За время пребывания детей в интернатных учреждениях увеличивается число детей с III-IV групп здоровья за счет уменьшения наполняемости I и II групп. Эти процессы характерны и для общеобразовательных школ, но они менее выражены.

Воспитанники интернатов имеют низкий уровень санитарно-гигиенической культуры: 52 % юношей и 55 % девушек ежедневно курят, 79 и 91 % соответственно пробовали и употребляли спиртные напитки, 9-15 % воспитанников пробовали наркотики и токсические вещества; 53,8 % девушек начали половую жизнь до 15 лет, 7% обращались к врачу по поводу прерывания беременности. Низкий уровень знаний в вопросах полового воспитания и гигиены половой жизни отмечается у всех старшеклассников.

Длительное пребывание в большом коллективе, в однотипных условиях, ограниченный контакт с внешним миром затрудняет их социальную адаптацию в обществе. Воспитанников интернатов отличает выраженное ощущение своей неустроенности, потребности получить помощь от окружающих, неуверенность в своем будущем, что важно учитывать при работе с такими детьми.

Социально-психологические особенности постинтернатных детей-сирот

Ежегодно из школ-интернатов во взрослую жизнь выходят более 1000 детей-сирот. Это дети, не приученные самостоятельно заботиться о себе, о своих личных и бытовых проблемах; привыкшие все время жить коллективно, у многих отсутствует чувство ответственности за свое будущее. У них значительное количество социальных и психологических проблем, обусловленных в первую очередь их образом жизни в интернатных учреждениях. Нами проведено выявление социально-психологических характеристик и особенностей социального поведения постинтернатных детей-сирот.

Было произведено изучение карт постинтернатных детей, которые находятся в ГУ «Территориальный центр социального обслуживания населения г.Молодечно». Нами установлен, что 88% участвующих в исследовании постинтернатных детей-сирот попали в интернатные учреждения в следствие лишения их родителей родительских прав по решению суда; 7 % детей являются сиротами от рождения; 1 % детей-сирот попали в интернат из-за того, что их родители были осуждены. В результате смерти родителей сиротами остались 4% детей. Несмотря на то, что всего 7% детей являются круглыми сиротами, 16% исследуемых не имеют сведений о своих родственниках.

На вопрос по поводу общего состояния здоровья были получены следующие результаты:

- 47% детей-сирот практически здоровы;
- 23% испытывают временные расстройства здоровья;

- 17% часто болеют;
- 13% (а это составляет 4 человека) имеют хронические заболевания.

Практически у 78% постинтернатных детей-сирот имеется закрепленное жилье, куда они могут вернуться после окончания учебы и проживать на законном основании.

Также из карточек стало ясно как дети-сироты проводят свое свободное время. Они имеют различные увлечения, такие как занятие спортом (футбол, баскетбол и т.п.), вязание, танцы, пение, игра на гитаре и т.д. Практически все ребята принимают активное участие в общественной жизни своих учебных заведений.

С целью определения склонности к курению, употреблению наркотических веществ и алкоголя, совершению правонарушений, а также изучению культуры интимных отношений было проведено анкетирование среди постинтернатных детей-сирот и детей, воспитывающихся в полных семьях. Все молодые люди являются учащимися средне-специальных учебных заведений г. Молодечно.

Результаты опроса свидетельствуют о достаточно высокой осведомленности ребят обеих испытуемых групп по вопросам об обозначении термина «вредные привычки» и об отнесении к вредным привычкам курения, алкоголя, употребления токсических и наркотических веществ. При этом 3% детей из контрольной группы и 27% детей-сирот не относят курение к вредным привычкам. На вопрос «Курите ли Вы?» в контрольной группе 60% опрошенных дали положительный ответ, а дети-сироты – 87%. Причем, дети-сироты отметили, что первую сигарету они выкурили в 11 лет (4% опрошенных), а в контрольной группе – в 14 лет (11% опрошенных). Далее проценты распределились следующим образом:

- в контрольной группе 11% детей ответили, что выкурили первую сигарету в 16 лет, а 78% - в 18 лет;
- 4% детей-сирот - в 12 лет попробовали курить, 73% в 13-14 лет и 19% в 16 лет.

Половина опрошенных среди детей-сирот высказали свое отрицательное отношение к употреблению алкогольных напитков, 33% относятся к алкоголю нейтрально, а 17% (что составляет 5 человек) высказались по данному вопросу положительно. В то же время два человека из контрольной группы (а это составляет 7%) так же отметили свое положительное отношение к алкогольным напиткам, 33% относятся нейтрально, а 60% отрицательно относятся к употреблению алкогольных напитков. Причем настораживает тот факт, что 90% опрошенных постинтернатных детей-сирот употребляют алкогольные напитки приблизительно раз в неделю, 3% - раз в месяц. А в контрольной группе 60% молодых людей употребляют алкогольные напитки раз в неделю, 33% раз в месяц и 7% практически никогда не употребляют спиртное.

На вопрос о том, знают ли опрашиваемые молодые люди, что такое наркотические и токсические вещества, 100% контрольной группы ответили положительно. А 13% постинтернатных детей-сирот не знают ответа на

поставленный вопрос. Причем 7% детей-сирот указали, что пробовали наркотические вещества, когда в контрольной группе положительных ответов не было. И при всем этом настораживает тот факт, что те дети-сироты, которые пробовали наркотические и токсические вещества сделали это в 12 и 14 лет.

44% человек из контрольной группы испытывают тягу к курению и только 1% к употреблению алкогольных напитков. В отличие от своих сверстников, воспитываемых в полных семьях, 77% детей-сирот испытывают тягу к курению и 7% к употреблению алкоголя.

20% постинтернатных детей-сирот отметили, что совершали правонарушения, в то время, когда только 3% их сверстников в контрольной группе ответили «да» на данный вопрос. При этом в контрольной группе всего 3% подростков привлекались к административной ответственности, а в группе опрашиваемых детей-сирот 13% привлекались к административной ответственности, 3% к гражданской и 3% к уголовной.

Достаточно важными и актуальными в проводимом анкетировании являются вопросы о культуре интимных отношений. Так 13% постинтернатных детей-сирот приобрели первый сексуальный опыт в 12 лет, в то время когда лишь 3% их сверстников из контрольной группы в первый раз вступили в интимную близость в 15 лет. Далее данные распределились следующим образом:

- В контрольной группе 87% подростков вступили в первый раз в интимные отношения в 17 лет, 7% в 16 лет, 3% в 18 лет;
- В группе постинтернатных детей-сирот 33% приобрели первый сексуальный опыт в 14 лет, 27% в 15 лет, 27% в 16 лет.

На вопрос о частоте смены половых партнеров 47% молодых людей из числа постинтернатных детей-сирот ответили, что им характерна частая смена половых партнеров, когда в контрольной группе подобный ответ дали 26% опрошенных.

У постинтернатных детей-сирот при помощи методики самооценки тревожности Спилбергера-Ханина был выявлен высокий уровень личностной и ситуативной тревожности. В контрольной группе умеренный уровень личностной тревожности был выявлен у 74% опрошенных, а ситуативной тревожности – у 54%. 23% детей имеют высокий уровень личностной тревожности и 17% высокий уровень ситуативной тревожности. Низкая личностная тревожность была зафиксирована всего у 3% подростков из контрольной группы, низкая ситуативная тревожность – у 37%.

В группе постинтернатных детей-сирот 80% имеют высокий уровень личностной тревожности и 30% высокий уровень ситуативной. Умеренный уровень ситуативной тревожности наблюдается у 60% постинтернатных детей-сирот, умеренный уровень личностной тревожности – у 17%. 10% опрошенных детей-сирот имеют низкий уровень ситуативной тревожности и 3% - низкий уровень личностной тревожности.

Высокая личностная тревожность позволяет судить об устойчивой склонности воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие,

реагировать на них состоянием тревоги. Достаточно высокая ситуативная тревожность характеризует состояние напряжения, беспокойства, нервозности. Такие результаты могут свидетельствовать о возможно появлении у детей-сирот эмоциональных и невротических срывов, психосоматических заболеваний.

Методика определения агрессивности Басса-Дарки показала наличие в группе постинтернатных детей-сирот высокого уровня агрессивности и враждебности. В своем большинстве ребята из контрольной группы показали нормальный уровень агрессивности (57%) и нормальный уровень враждебности (67%). Высокий показатель индекса враждебности был зафиксирован у 13% опрошенных детей из контрольной группы, высокий показатель индекса агрессивности – также у 13%. 20% детей, воспитывающихся в полных семьях, показали низкий уровень враждебности. Низкий уровень индекса агрессивности бал получен у 30% опрошенных из контрольной группы.

Настораживает тот факт, что 67% опрошенных постинтернатных детей-сирот показали высокий уровень агрессивности и 40% - высокий уровень враждебности. Низкий уровень враждебности не был зафиксирован ни у одного опрошенного, а 10% детей-сирот показали низкий уровень агрессивности. Индекс враждебности находится в норме у 60% детей-сирот, индекс агрессивности – у 23%.

Высокая агрессивность свидетельствует о наличии склонности к проявлению физической агрессии, косвенной, раздражения и вербальной агрессии. А достаточно высокая враждебность показывает присутствие в достаточной мере обиды и подозрительности. Сама по себе агрессивность не делает детей-сирот сознательно опасным, так как, с одной стороны, существующая связь между агрессивностью и агрессией не является жесткой, а, с другой, сам акт агрессии может не принимать сознательно опасные и неодобряемые формы.

При проведении методики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения были получены вполне благоприятные результаты. Полученные данные средних значений достаточно схожи у обеих групп:

- среднее значение по активности у детей-сирот 4,8, контрольной группы - 5,0 ;
- среднее значение по самочувствию у детей-сирот 5,3, в контрольной группе - 5,3;
- среднее значение по настроению у детей-сирот 5,2, у контрольной группы 5,5(Таблица 2.14).

Так как статистически значимых различий в данном исследовании двух групп нет, то расчет t-критерия Стьюдента не производился.

Даже не смотря на то, что в группе постинтернатных детей-сирот показатели по личностной и ситуативной тревожности, индексы враждебности и агрессивности получились достаточно высокими, данные по этой методике говорят о благоприятном состоянии опрошенных в отношении их самочувствия, активности и настроения. Испытуемые обеих

групп отметили в основном хорошее самочувствие, отличное настроение. Они достаточно активны, жизнерадостны, веселы, работоспособны, оптимистичны, бодры, внимательны, довольны, полны сил и надежд.

Таким образом, выявлено, что у постинтернатных детей-сирот в силу своей оторванности от нормальных условий жизни и развития достаточно в раннем возрасте начинают появляться и закрепляться вредные привычки. Они в большей мере склонны к совершению противоправных действий, достаточно рано начинают интимную жизнь по сравнению со своими сверстниками, воспитываемыми в полных семьях; у них выявлен высокий уровень личностной и ситуативной тревожности; дети-сироты выпускаются из интернатных учреждений практически не подготовленными к самостоятельной жизни, с целым рядом психологических и социальных проблем.

Тема: ПРОБЛЕМЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Вопросы:

Социальная значимость проблемы детской инвалидности

Критерии определения степени нарушения здоровья детей

Структура первичной детской инвалидности в стране

Проблемы реабилитации детей-инвалидов, страдающих ДЦП

Особенности психологической и профессиональной реабилитации детей-инвалидов и подростков

Социальная значимость проблемы

Инвалидность в детском возрасте рассматривается как значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, снижения способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, трудовой деятельности в будущем. Поэтому особое внимание необходимо уделять детям, имеющим недостатки в умственном и физическом развитии, так как реабилитационные мероприятия в детском возрасте наиболее эффективны.

Детская инвалидность – сложная, многообразная и социально значимая проблема, требующая всестороннего изучения причин инвалидности, создания единых реабилитационных технологий, включающих медицинские, психологические, психоориентационные, профессиональные, социальные, юридические аспекты. За последние 15 лет значительно вырос удельный вес детей-инвалидов, имеющих врожденную патологию. Если в 1985 г. число детей-инвалидов с врожденной патологией составляло 8,4% в структуре первичной детской инвалидности, то в 1995 г. оно выросло до 16%, а в 2001 г. составило 25%. Увеличилась численность детей-инвалидов, в возрасте до 16 лет (с 2000 г. — до 18 лет) в 1990 г. — 9 749 чел.; в 2000 г. — 29 115 чел.; в 2001 г. — 29 538 чел.; в 2003 г. — 3 839 чел. Эта негативная тенденция свидетельствует о недостаточности мер первичной профилактики детской инвалидности в нашей стране.

Безусловно, государство уделяет большое внимание оказанию помощи

семьям, воспитывающих детей-инвалидов, финансированию научных и практических проектов, направленных на максимально полную всестороннюю реабилитацию юных членов нашего общества. В соответствии с Законом Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении» с 1 августа 1999 г. социальные пенсии детям-инвалидам в возрасте до 18 лет назначаются в зависимости от степени утраты здоровья и исчисляются от минимального размера пенсии по возрасту: при I степени – 150%; II – 175 %; III – 200 %; IV-250 %.

Документом, подтверждающим инвалидность и степень утраты здоровья, является выписка из акта освидетельствования в Медико-реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК).

Критерии определения степени нарушения здоровья детей

Определение инвалидности детям до 18 лет проводится в соответствии с разделом III «Определение инвалидности детям» Инструкции по определению инвалидности МЗ РБ (1993). В основе разработки критериев определения степени нарушения здоровья детей-инвалидов положена оценка степени нарушений функции с учетом их влияния на возможности социальной адаптации ребенка.

I степень утраты здоровья определяется при легком и умеренном нарушении функций, которые согласно инструкции, являются показанием к установлению инвалидности у ребенка, но, как правило, не приводят к необходимости определения инвалидности у лиц старше 18 лет.

II степень утраты здоровья устанавливается при наличии выраженных нарушений функций органов и систем, которые, несмотря на проведенное лечение, ограничивают возможности социальной адаптации ребенка. Этот критерий соответствует III группе инвалидности у взрослого.

III степень утраты здоровья соответствует I группе инвалидности взрослого.

IV степень утраты здоровья определяется при резко выраженных нарушениях функций органов и систем, приводящих к социальной дезадаптации ребенка, при условии необратимого характера поражения и неэффективности лечебных и реабилитационных мероприятий; соответствует I группе инвалидности взрослого.

В результате освидетельствования и переосвидетельствования всех детей-инвалидов в соответствии со степенями утраты здоровья установлено, что I степень утраты здоровья имеют всего 7,8% детей; II степень утраты установлена у 36,2%, III – у 33,2%; IV – в 22,9% случаев. Таким образом, более 56% всех детей-инвалидов – это дети с тяжелыми формами заболеваний и их последствиями, приводящими к выраженным ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Структура первичной детской инвалидности в стране

По данным единовременного учета детей с недостатками умственного и физического развития состояние стойкого ограничения жизненных и социальных функций, т.е. инвалидность, имеют 77,6% детей с нарушениями

умственного развития, 71% детей со слуховыми нарушениями и 56,7% детей с нарушениями зрения.

При изучении возрастной структуры нарушений психофизического развития установлено, что по мере увеличения возраста в детской популяции растет и удельный вес детей, имеющих нарушения психофизического развития, т.е. по терминологии ВОЗ «дезабилных». Если в возрасте от 0 до 4 лет удельный вес «дезабилных» детей с умственными и физическими недостатками составляет 5 221,2 на 100 000 детей данного возраста, то в возрастном диапазоне 10-14 лет он возрастает в 2,9 раза и составляет 15 168,1 на 100 000 детей. У значительного числа детей при первичном освидетельствовании инвалидность определяется на большой срок, что говорит о тяжести нарушений функций организма.

В структуре первичной детской инвалидности (ПДИ) лидирующие позиции занимают: болезни нервной системы и органов чувств (24,7% от всей первичной инвалидности); показатели ПДИ вследствие врожденных аномалий (25 %); психических расстройств (11,9%); новообразований – (9,2%). Увеличивается уровень первичной детской инвалидности по болезням системы кровообращения, болезням органов пищеварения, врожденным аномалиям, болезням эндокринной системы, мочеполовой, болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Проблема реабилитации детей-инвалидов, страдающих ДЦП

Одним из основных классов болезней, формирующих первичную детскую инвалидность, являются болезни нервной системы и органов чувств. При этом 1/3 (32,77%) детей, ставшими инвалидами вследствие болезней данного класса, - дети, страдающие детским церебральным параличом (ДЦП). Так, только в 2001 г. впервые признаны инвалидами 377 детей, страдающих ДЦП.

ДЦП – сложное заболевание центральной нервной системы, часто приводящее к тяжелой инвалидности. Основные клинические симптомы, наиболее часто встречающиеся при данной патологии, которые лишней раз подчеркивают необходимость раннего проведения реабилитационных мероприятий.

При ДЦП у разных детей могут быть различной степени выраженности те или иные расстройства, приводящие к различной степени ограниченности жизнедеятельности и как следствие к различному наполнению индивидуальной программы реабилитации ребенка. При ДЦП ведущим дефектом являются двигательные расстройства, которые связаны как с нарушением развития ЦНС, так и с повреждением двигательных зон и проводящих путей головного мозга.

Существенное значение в нарушении развития моторики у детей с церебральными параличами имеет тот факт, что у них не развиваются своевременно или развиваются с задержкой и патологическим путем схема тела, схемы его положения и движений. Большую роль в этом играет недоразвитие или патология системы регуляции состояния проприорецепторов мышц, суставов, связок, которые обеспечивают поток афферентных импульсов, необходимых для нормального развития мозга

ребенка.

Широкая вариабильность клинической ДЦП обусловлена различиями в распространенности и тяжести поражения нервной системы, особенностями созревания мозга в патологических условиях, типом регуляции двигательной активности, который вырабатывает аномально развивающийся мозг.

Развитие личности у больных ДЦП определяют как ситуацию патологических формирований дефицитарного типа. Нарушения личности этих больных связаны с действием многих факторов: биологических, психологических, социально-психологических. Важную роль играет реакция больного на осознание дефекта, своей физической неполноценности.

Психическая травматизация этих больных начинается по существу с периода осознания дефекта и способствует формированию хрупкой и ранимой психики, изменению социальных связей, интерперсональных отношений. Эта травматизация особенно сильна у больных с выраженными физическими недостатками или грубыми косметическими дефектами головы и лица.

К механизму формирования асинхроний развития по дефицитарному типу, помимо реакции на осознание собственной неполноценности, относится социальная депривация и неправильное воспитание: физический недостаток существенно влияет на социальную позицию ребенка, подростка, на его отношение к окружающему миру, следствием чего является искажение ведущей деятельности и общения с окружающими. Это обуславливает самоизоляцию больного.

У больных ДЦП отмечаются такие особенности, как эмоциональная лабильность, раздражительность, беспокойство, в более позднем возрасте наблюдается социальная незрелость, иногда агрессивность. Нарушения поведения в этой группе больных встречаются в 10 раз чаще, чем у нормальной популяции. Нарушения поведения бывают не у всех больных.

Проблема реабилитации детей с церебральным параличом сложна и до настоящего времени далека от разрешения. Актуальность темы определяет возрастающая из года в год частота данного заболевания, тяжесть поражения и клинический полиморфизм его, включающий в себя неврологическую, ортопедическую и психологическую патологию.

В комплексе реабилитационных мероприятий у детей с ДЦП особое место занимают нарушения функции рук. Согласно результатам белорусских исследователей, практически все обследованные учащиеся старших классов с последствиями ДЦП в той или иной мере нуждались в коррекции функций двигательной системы, определяющих успешность бытовой и трудовой адаптации. Система реабилитации этого тяжелого контингента детей требует комплексного подхода к организации преемственности в работе учреждений медико-социального и социального профиля. В рамках выполнения Республиканской государственной программы «Реабилитация» разработана технология комплексной реабилитации детей-инвалидов вследствие ДЦП в условиях детской поликлиники.

К сожалению, в настоящее время в республике не создана единая

государственная служба реабилитации детей-инвалидов с отклонениями в психическом развитии, реабилитационные мероприятия проводятся разобщено, в учреждениях различных ведомств отсутствует координация между отдельными этапами реабилитации. Поэтому каждый из аспектов реабилитационного процесса в отдельности не позволяет достичь желаемого результата. Эффект может быть получен только при условии координации этапов и направлений реабилитации, системного и комплексного подхода к процессу реабилитации (реабилитации). Отмечается недостаточная эффективность организаций медико-социальной реабилитации детей-инвалидов на отдельных ее этапах, в частности поликлиническом. Для решения ответственных и многообразных задач, возложенных на реабилитационные отделения и кабинеты поликлиник, требуется унифицированная документация, общие организационно-методические подходы, которые позволят обеспечить поэтапную преемственность и осуществить оценку эффективности реабилитационных мероприятий и контроль за их проведением. Создание новых реабилитационных технологий и применение их на практике будут способствовать оказанию максимальной помощи детям с дефектами здоровья и последующей полноценной их интеграции в общество.

Особенности психологической и профессиональной реабилитации детей-инвалидов

Особенности реабилитации детей-инвалидов и подростков по сравнению с реабилитацией взрослых:

- реабилитация ребенка инвалида в силу особого положения ребенка в обществе теснейшим образом связана с воздействием на него социальных макро- и микрофакторов (семьи, социального окружения и др.), педагогическим воздействием (общим и специальным образованием) и по сути является социально-психологической и психолого-педагогической реабилитацией;

- реабилитация детей-инвалидов является длительным, динамическим процессом, сопровождающим ребенка на разных возрастных этапах и учитывающим закономерности психического развития, в связи с чем предполагается использование большого арсенала средств и методов в зависимости от возраста ребенка;

- комплекс реабилитационных мероприятий во многом зависит от психического, в том числе личностного развития ребенка-инвалида; последнее придает психологической реабилитации в детском возрасте особую значимость, так как именно личностные качества во многом определяют успешность социальной адаптации детей-инвалидов и инвалидов с детства.

В психологической реабилитации инвалидов детского и подросткового возраста выделяют три аспекта, определяющих ее основные задачи. Первый – операционально-деятельностный – связан с формированием у детей-инвалидов с раннего возраста умений и навыков, необходимых для самостоятельной жизни. Второй – социальный – определяется адекватным

взаимодействием ребенка-инвалида с социальным окружением, вовлеченностью его в широкие социальные контакты, а в дальнейшем в трудовую жизнь. Третий – личностный – связан с внутренним осознанием своего состояния и положения в обществе; этот аспект как проблема формирования саморегуляции личности в условиях ограниченных возможностей самореализации.

Психологические особенности детей-инвалидов: ограниченный запас знаний и представлений об окружающем мире; недостатки в развитии моторики; замедленное восприятие; недостатки в развитии речи; низкая познавательная активность; нарушения в формировании личности (повышенная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, неадекватная самооценка, эгоистические тенденции); недостатки в саморегуляции поведения; чувство неполноценности.

К подростковому возрасту у большинства инвалидов с детства (в 56% случаев) формируется высокий уровень невротизации; их мотивационно-потребительская сфера характеризуется усилением потребности в общении. Невозможность ее удовлетворения порождает психическую напряженность. В подавляющем большинстве случаев (78 %) у подростков инвалидов выявляются нереальные профессиональные намерения, возникающие на компенсации чувства собственной неполноценности и затрудняющие их профориентацию.

Фактором, существенно влияющим на процесс психического развития ребенка-инвалида, является воспитание. Дети и подростки, находящиеся в домах-интернатах и не получающие семейного воспитания, характеризуются высоким уровнем психической напряженности, трудностями установления социальных контактов. Но и семейное воспитание инвалидов детского и подросткового возраста имеет ряд недостатков. Гиперопека как наиболее частый из них подавляет активность и самостоятельность ребенка, что ведет к формированию эгоизма и иждивенчества. Реже встречаются гипоопека и эмоциональное отвержение больного ребенка. Эти типы воспитания также крайне негативно сказываются на процессе психического развития ребенка-инвалида.

При организации психологической реабилитации детей-инвалидов следует учитывать специфические особенности развития различных категорий детей-инвалидов. Выделяют 3 такие категории детей:

- 1) дети-инвалиды вследствие хронических соматических заболеваний;
- 2) дети-инвалиды с нарушениями функций анализаторов (зрения, слуха) и функций опорно-двигательного аппарата;
- 3) дети-инвалиды с психическими нарушениями.

Специфические особенности психического развития детей каждой группы требуют дифференцированного подхода к выбору средств и методов как социально-психологической, так и психолого-педагогической реабилитации. Знание особенностей формирования психики детей-инвалидов позволяет сформулировать **задачи по их психологической реабилитации** следующим

образом:

- формирование психических функций, нарушенных вследствие заболевания или дефекта анализаторов, адекватного поведения и личности;
- оптимизация социальных факторов, влияющих на процесс психического развития инвалида; коррекция отношения семьи и социального окружения, выбор и реализация адекватного педагогического воздействия;
- профессиональная ориентация, учитывающая возможности, личностные особенности и профессиональные склонности ребенка.

Эффективность такой реабилитации возможна при длительной целенаправленной работе с ребенком-инвалидом, его семьей и социальным окружением.

Деятельность психологической службы в учреждениях для детей-инвалидов (реабилитационных центров, коррекционно-образовательных учреждениях):

- изучение структуры нарушений психического развития детей и подростков;
- выявление не только нарушенных, но и сохранных психических функций, с учетом которых могут проводиться психокоррекционные мероприятия;
- разработка программ психолого-педагогической реабилитации для детей-инвалидов, не посещающих образовательные учреждения;
- коррекция и профилактика нарушений познавательной деятельности и ведущих деятельностей детей на конкретных этапах возрастного развития;
- коррекция и профилактика нарушений личностного развития у детей и подростков;
- профконсультирование и профессиональная ориентация подростков;
- изучение, профилактика и коррекция неправильного семейного воспитания ребенка-инвалида;
- психологическая помощь родителям инвалидов детского и подросткового возраста (консультативная и коррекционная);
- просветительная работа по формированию у окружающих (взрослых, молодежи, детей) гуманного отношения к детям-инвалидам.

Для подростков-инвалидов большое значение имеют вопросы профессиональной подготовки, обучения для вхождения во взрослую жизнь. В настоящее время значительно расширены медицинские показания к профессиональному обучению инвалидов, что позволяет осваивать более широкий спектр профессий. Система профессиональной реабилитации детей-инвалидов формируется на основе многоэтапного процесса получения инвалидами как общего, так и профессионального образования.

Обучение инвалидов в специализированных учреждениях профессионального образования включает:

- получение инвалидами знаний и умений по специальности или профессиям (соответствующей квалификации);
- получение профессионального образования в соответствии с государственными образовательными стандартами;

- реализацию профессионального, трудового потенциала инвалида, формирование личности профессионала за счет мобилизации ресурсов и скрытых возможностей, самоутверждение в признании объективной ценности и престижности своего профессионального труда;

- формирование нравственности, духовного богатства личности, культуры, умение решать творческие задачи, гибкость и пластичность мышления, стремление к обновлению знаний и совершенствованию умений;

- развитие общественного сознания личности, понимание места и роли индивидуума в жизни общества, его взаимоотношений с природой, участие в социальных и природных процессах;

- формирование физического здоровья и потребности высокой культуры здоровья, высокого уровня и качества знаний, овладение профессиональным мастерством.

В последние годы появились разные формы обучения (дистанционные) лиц с ограниченными возможностями здоровья в ВУЗах страны, том числе и в БГУ. На подготовительном отделении БГУ за 5 лет выпущено 55 инвалидов, продолжающих обучение в ВУЗах страны.

Большое внимание уделяется обучению детей с тяжелыми психическими и физическими нарушениями, находящихся в стационарных учреждениях социальной защиты. Министерством образования РБ ежегодно расширяется перечень учебных заведений для детей с особенностями психофизического развития и инвалидов. В 1999/2000 уч.году в стране функционировало 28 специальных детских садов, 953 дошкольных специализированные группы в детских садах общего типа, 1215 дошкольных интегрированных групп, 80 спецшкол-интернатов, 18 специализированных школ, 452 спецкласса, 44 спецгруппы в средних специальных учебных заведениях, 735 школьных и 270 дошкольных дефектологических пунктов, подготовительный факультет для инвалидов I и II групп при БГУ, Могилевский центр профессиональной и социальной реабилитации детей-инвалидов и детей с особенностями психофизического развития.

В соответствии с государственной программой «Дети Беларуси», рабочим планом Министерства образования Республики Беларусь по реализации программы «Дети-инвалиды» создается банк данных детей-инвалидов и детей с особенностями психофизического развития.

Через общественное объединение «Специал Олимпикс» ведется работа по физической реабилитации детей по 17 видам спорта (2 600 учащихся).

Трудоустройство детей-инвалидов осуществляется через службы занятости или путем самостоятельного поиска рабочих мест на рынке труда.

Проблемы профессиональной реабилитации детей-инвалидов:

- не разработана концепция образования инвалидов;
- отсутствует нормативная база, регламентирующая заочную, надомную и другие формы профессионального образования для инвалидов;
- отсутствуют условия для интегрированного обучения инвалидов;
- не в полной мере созданы условия для проведения ранней профориентации;

- требуется адаптация образовательных стандартов по отношению к инвалидам;
- слабо развита система курсового обучения инвалидов;
- необходимо восстановление лечебно-трудовых мастерских и лечебно-трудовых профилакториев, специализированных предприятий для инвалидов.

Таким образом, все вышеперечисленное свидетельствует об актуальности проблемы реабилитации детей-инвалидов. Для решения данной важной государственной задачи необходима координация деятельности специализированных учреждений образования, здравоохранения, труда и социальной защиты, требуется привлечение компетентных и заинтересованных специалистов.

Тема: ПРОБЛЕМА ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Вопросы:

Актуальность и социальная значимость проблемы

Показатели первичной инвалидности населения Беларуси

Проблемы реабилитации инвалидов в стране

Биологические и психологические факторы, определяющие реабилитационный потенциал

Актуальность и социальная значимость проблемы

Инвалидность, в современном понимании, характеризует нарушение взаимосвязей человека с ограниченными жизненными возможностями и общества, отражает социальную зрелость, экономическую самостоятельность, нравственную полноценность общества и является одним из важнейших показателей национального благосостояния и здоровья населения. В современных условиях значительно возросла роль инвалидности в оценке качества жизни и здоровья населения, усовершенствованы имеющиеся и разработаны новые методы статистического изучения инвалидности.

В Беларуси в 90-е годы XX в. коренным образом пересмотрены подходы к определению инвалидности. Принята современная, отвечающая международным нормам, концепция инвалидности. Она сформулирована в Законах Республики Беларусь «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь» (1991), «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (1994). В соответствии с законодательством в стране действует новый принцип установления инвалидности, в основу которого положено ограничение разных сторон жизнедеятельности человека, а не только нарушение профессиональной трудоспособности, как это было ранее.

В БелНИИ экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов разработана информационная система «Инвалидность». На основании этой системы в республике готовится государственная статистическая отчетность, издается сборник «Показатели инвалидности». В систему показателей государственного текущего наблюдения инвалидности включены статистические данные, классифицируемые по полу, возрасту, занятости,

месту проживания, нозологической причине и степени тяжести инвалидности. В последние десятилетие в стране наблюдается увеличение числа инвалидов: **численность инвалидов** всего в 1990 г. — 347 994 чел.; в 2000 г. — 412 981 чел.; в 2001 г. — 409 288 чел.; в 2003 г. впервые признаны инвалидами 49 687 чел. Республика Беларусь относится к числу стран со средним уровнем **первичной инвалидности** населения.

За период с 1990-1997 гг. средний показатель первичной инвалидности населения в трудоспособном возрасте увеличился не существенно: с 49,2%% до 50,1%%. Установлено, что с 1990-1993 гг. наблюдался рост показателей, а с 1993 по 1997 гг. — их снижение. При этом значительно превышали показатели инвалидности населения старше 16 лет над показателями инвалидности в трудоспособном возрасте. Это связано с высоким удельным весом населения пенсионного возраста среди первично признанных инвалидами. Рост показателей первичной инвалидности пенсионеров начался с 1992 г. в связи с выходом закона «О социальной защите инвалидов в Республике Беларусь». Предоставление льгот привело к тому, что лиц пенсионного возраста в структуре первичной инвалидности постоянно увеличивается.

Показатели первичной инвалидности населения Беларуси

Анализ показателей первичной инвалидности позволяет констатировать, что в последние годы происходит рост этих показателей по всем классам болезней. Повышение показателей первичной инвалидности является общей и одной из главных закономерностей, характерных для большинства хронических болезней.

В структуре причин первичной инвалидности доминирует инвалидность по общему заболеванию (93,1%). Инвалидность с детства составляет 2,5%. Инвалидность вследствие аварии на ЧАЭС в структуре причин инвалидности растет у лиц старше 16 лет (0,4% в 1994 г. и 1,6 % в 1998 г.) и лиц трудоспособного возраста (0,7% и 1,8% соответственно). **В структуре заболеваний**, обусловивших наступление инвалидности у жителей Беларуси, основными являются: болезни системы кровообращения (43,8 %), новообразования (13,0%), болезни нервной системы и органов чувств (11,2%).

Структура возрастного распределения впервые признанных инвалидами мужчин и женщин существенно различается. В возрасте моложе трудоспособного основные причины инвалидности — болезни нервной системы и органов чувств (35,9%), врожденные аномалии (17,4%), психические расстройства (15,4%). В трудоспособном возрасте основными причинами первичной инвалидности населения являются: болезни системы кровообращения (26,3%), новообразования (17,7%), болезни нервной системы и органов чувств (12,8%). В возрасте старше трудоспособного две причины — болезни системы кровообращения и новообразования составляют 73,2% всех случаев первичной инвалидности.

В структуре тяжести первичной инвалидности населения вследствие болезней системы кровообращения 11,9% составили инвалиды первой

группы, 67,2% - инвалиды второй группы и 20,7% - инвалиды третьей группы. Лица в трудоспособном возрасте составили 10,2 % среди инвалидов первой группы, 20,1% - среди инвалидов второй группы и 49,9% - среди инвалидов третьей группы.

Главной особенностью динамики показателей первичной инвалидности населения Республики Беларусь является смена ее тенденции на рубеже 1993 г. Политика распределения социальных льгот через инвалидность стимулировала повышенную обращаемость граждан в МРЭЖ и в 1990-1997 гг. , как следствие сформировался избыточный поток инвалидов, основную массу которого составляли лица в возрасте старше трудоспособного. В течение 1990-1993 гг. показатель второй группы первичной инвалидности населения в возрасте старше трудоспособного увеличился в 1,8 раза, в 1993-1995 гг. – он снизился до исходного уровня.

Избыточный поток инвалидов сформировался преимущественно из жителей города, которые лучше информированы о льготах и имеют больше возможностей для их реализации. Увеличение числа инвалидов в трудоспособном возрасте в 1990-1993 гг. произошло за счет роста на 43,2% показателя первичной инвалидности городского населения. В этот же период произошли межгрупповые соотношения инвалидов и структура тяжести первичной инвалидности населения Беларуси. Среди лиц впервые признанных инвалидами в трудоспособном возрасте инвалиды третьей группы составляли 29,1 % в 1990 г. и 45,5 % - в 1997 г.

Таким образом, ведущее место в формировании первичной инвалидности населения страны принадлежит последствиям терапевтических, неврологических и онкологических заболеваний; главной нозологической причиной первичной инвалидности являются болезни системы кровообращения; новообразования являются второй по значимости причиной инвалидности и третьей – болезни нервной системы и органов чувств.

Проблемы реабилитации инвалидов в стране

Совет Министров утвердил Государственную программу по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов.

Правительство Беларуси утвердило государственную программу по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов на 2006-2010 годы. Соответствующее решение содержится в постановлении Совета Министров № 1269 от 27 сентября нынешнего года.

Программа подготовлена Министерством труда и социальной защиты совместно с заинтересованными во исполнение статей 5 и 6 Закона Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов». Документ согласован с республиканскими органами госуправления, облисполкома и Минским горисполкомом. Мероприятия программы одобрены общественными объединениями инвалидов, которые являются ее соисполнителями.

Государственная политика в области предупреждения и реабилитации инвалидов осуществляется путем разработки и реализации программ, обеспечивающих предотвращение дефектов и нарушений функций организма

при заболеваниях и травмах, предупреждение и снижение уровня инвалидности, а также создание и развитие системы профессиональной, трудовой и социальной реабилитации.

Реализация трех предыдущих государственных программ по предупреждению. Инвалидности и реабилитации инвалидов внесла определенный вклад в решение многих острых проблем инвалидов. Так, выполнение мероприятий программы на 2001-2005 годы привело к снижению показателя первичного выхода на инвалидность среди людей трудоспособного возраст с 45,77 на 10 тыс. человек в 2001 году до 41,32 на 10 тыс. человек в 2005 году. Показатель полной медицинской реабилитации за данный период увеличился с 4,4% до 6,4%. Численность инвалидов вследствие общего заболевания сократилась на 3,7%, вследствие трудового увечья – на 11,1%, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет – на 4,5%.

В 2011 г. в Республике Беларусь было впервые признано инвалидами 50394 человек, что на 7,3% больше, чем в 2010 г. Из них взрослыми (18 лет и старше) являлись 47417 человек (на 7,8% больше, чем в 2010 г.). Количество впервые признанных инвалидами среди трудового населения составило 21011 человек (на 9,0% больше, чем в 2010 г.). Число впервые признанных детей-инвалидов увеличилось на 0,3% и составило 2977 человек. Контингент впервые признанных инвалидами среди взрослого населения, как и в прошлом году, формировался, главным образом, за счет инвалидов вследствие болезней системы кровообращения (24,66 на 10 тыс. населения, или 40,3%); новообразований (14,89 на 10 тыс. населения, или 24,3%); болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (4,9 на 10 тыс., или 7,3%); последствий травм, отравлений и других воздействий внешних причин (3,77 на 10 тыс., или 6,2%).

Таким образом, инвалидность – один из критериев оценки общественного здоровья и трудоспособности населения. Являясь отражением наиболее тяжелых форм патологии в заболеваемости населения, она оказывает влияние на уровень общей смертности. Установлено, что смертность инвалидов в 1,5 – 2 раза выше, чем население в целом. Требуются большие расходы на социальное обеспечение и проведение мер по их социальной защите и применение специфических технологий реабилитации.

Тема: СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЛЮДЕЙ

Вопросы:

Актуальность и социальная значимость проблемы старения населения

Законодательство в области защиты интересов пожилых людей

Организация медицинской, социальной и психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста

Медико-социальные проблемы пожилых и старых людей

Актуальность и социальная значимость проблемы старения

Старость человека можно понять только с учетом социальной сущности

человека, развитие которого протекает в определенной общественной среде. Долголетие – сложное и биосоциальное явление, рассматривается как объективный показатель здоровья. Увеличение средней продолжительности жизни человека является самым замечательным результатом научно-технического и социального прогресса. В настоящее время во всех странах мира, в том числе и в Беларуси, происходят демографические изменения, свидетельствующие о стремительном росте относительного и абсолютного числа престарелых людей. В течение XX века ожидаемая продолжительность предстоящей жизни в развитых странах увеличилась с 35-40 лет до 70-75 лет. В Западной Европе в 1998 г. средняя продолжительность жизни составила 76 лет, в странах Центральной и Восточной Европы – 70 лет, в СНГ – 66 лет.

В Беларуси по сравнению с развитыми странами ее уровень ниже у мужчин на 8-13 лет, у женщин – 5-8 лет. С 1993 г. Отмечается отрицательный естественный прирост населения.

Проблема старения населения определяется многими социальными процессами, в том числе и неблагоприятными. Так, В Республике Беларусь количество граждан в возрасте 65 лет и старше составляет 20 %. **Численность пенсионеров** всего в 1990 г. составляла 22279, 4 тыс. чел.; в 2000 г. — 2500,6 тыс.чел; в 2001 г. — 2490,7 тыс.чел. На 1 января 2001 г. в расчете на 1000 населения приходилось — 261,5 пенсионера, на 1 января 2002 г. — 250,3 пенсионера.

За период с 1990-1998 гг. численность занятых в народном хозяйстве уменьшилась на 15,2% при росте численности пенсионеров на 12,4%. В результате этого процесса в стране значительно изменилось соотношение между работающими и пенсионерами: если в 1990 г. оно составляло 2,2 : 1, то в 1998 г. – всего 1,6 : 1. Это означает, что возрастает нагрузка на пенсионную систему, обостряет проблемы ее финансирования, поскольку страховые взносы взимаются из Фонда заработной платы работающих.

Важным разделом комплексной проблемы постарения населения является также *прогрессирующая феминизация* контингента пожилого населения. В Беларуси отмечается рост числа женщин в популяции пожилых людей. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни у женщин составляет 72 года, у мужчин – 58 лет. При этом происходит увеличение количества вдов.

В Республике Беларусь наблюдаются различия распределения пожилых людей по возрасту *среди отдельных национальных групп*. По данным переписи населения 1999 г. в возрасте 60-69 лет белорусы составляют 10,4 на 100 000 населения, русские – 10,0 на 100 000 чел.; поляки – 13,9 на 100 000 чел.; евреи – 21,0 на 100 000 чел. Почти половина евреев, проживающих в Беларуси, лица пенсионного возраста, в то время как у белорусов и русских доля пенсионеров составляет пятую часть от общей численности. Значительная часть белорусов и поляков проживает в сельской местности, что определяет повышенную долю их участия в сельском хозяйстве. В городских поселениях проживает русских 85,2 %; евреев – 97,8%; белорусов – 67,4%; поляков – 54,4% от общей численности населения. Основной причиной негативной возрастной структуры является повышенный отток лиц

трудоспособного и до трудоспособного возраста из страны в дальнее зарубежье (Израиль, США и Канаду и др.).

Одно из заметных *макроэкономических последствий старения* как социально-демографического процесса – рост потребности медицинской помощи и социальных услуг в широком смысле. Расходы на медицинскую помощь одному больному пенсионного возраста в 3 раза больше, чем больному трудоспособного возраста. Граждане пожилого возраста формируют устойчивый спрос на социальные услуги. Возрастает доля дорогостоящих услуг по постоянному уходу на дому, медико-социальных услуг, услуг сиделок. Растет спрос на места в социально защищенных жилищах.

Число домов-интернатов для престарелых и инвалидов всего в 1990 г. — 66 в них проживало 15,2 тыс. чел.; в 2000 г. — 63 в них проживало 14,2 тыс.чел.; в 2001 г. — 63 в них находилось 14,5 тыс.чел. **Численность граждан пожилого возраста и инвалидов, обслуживаемых отделениями социальной помощи на дому** всего в 1990 г. составила 37 130 чел.; в 2000 г. — 92 839 чел.; в 2001 г. — 90 332 чел. В 2001 г. на постоянном постельном режиме находилось 38,7% взрослых и 32,5 % детей из числа проживающих в домах-интернатах.

Таким образом, анализ положения пожилых по социально-демографическим и экономическим показателям позволяет выделить 3 основные проблемы данного контингента: малообеспеченность, неудовлетворенность состоянием здоровья и одиночество. Нарастающий процесс старения населения как сложное социальное явление требует специальных подходов к его решению.

Законодательство в области защиты интересов пожилых людей

На защите интересов пожилых людей стоит Международная организация труда (МОТ), которая в Резолюции «О пожилых трудящихся» рекомендует государствам «принимать меры по недопущению дискриминации пожилых трудящихся в области труда, знаний». Пожилые люди должны пользоваться равенством возможностей доступа к работе по их выбору.

В 1991 г. Генеральная Ассамблея ООН утвердила Международный план действий по проблеме старения, закрепив **основные принципы**, учитываемые правительствами странами-участницами ООН:

- оказывать помощь в разработке и осуществлении политики, оказывающей воздействие на благополучие престарелых, делиться имеющейся у них информацией с молодым поколением;
- жить в условиях достоинства и безопасности, не подвергаться эксплуатации, физическим и моральным оскорблениям;
- иметь возможность работать и доступ к профессиональной подготовке, участвовать в принятии решений относительно того, когда, как скоро им следует уходить на пенсию.

Генеральная Ассамблея ООН в Декларации «По проблемам старения» провозгласила 1999 г. Международным годом пожилых людей. Его особенностью стало изучение положения пожилых в обществе. Общим

девизом акции стало стремление «К обществу всех поколений».

В 1998 г. Межпарламентская ассамблея СНГ создала «Хартию пожилых людей». Парламенты и правительства СНГ должны «считать целью своей политики достижение условий, при которых были бы установлены права пожилых людей на достойную жизнь».

В Беларуси разработан и осуществляется Национальный рабочий план по улучшению социального положения пожилых людей, утверждена Республиканская программа по проблемам пожилых людей, приняты и региональные комплексные программы.

Права пожилых людей в стране регламентируются законами «О пенсионном обеспечении», «О социальном обслуживании», «О ветеранах», «Об основах государственного социального страхования», «О государственных минимальных социальных стандартах», «О социальной защите инвалидов» и другими нормативно-правовыми актами, в том числе Декретом Президента Республики Беларусь от 1999 г. «О дополнительных мерах по совершенствованию пенсионного обеспечения».

На основании действующего законодательства и международного права складывается единый нравственно этический стандарт отношения к пожилому человеку, основанный на уважении. Социальные службы основываются в своей работе на *главный принцип социального обслуживания – ориентация на индивидуальную оценку нуждаемости клиента, более совершенный механизм предоставления социальных услуг на основе индивидуальных планов, участие самих пожилых людей и семей в планировании услуг.*

Таким образом, в соответствии с действующим законодательством общество берет на себя полностью или частично расходы, связанные с оплатой стоимости услуг, предоставляемых пожилым гражданам, нуждающихся в определенных видах социальной помощи. Прежде всего это – предоставление различных видов помощи, услуг с учетом состояния здоровья и возрастных особенностей; обеспечение продления жизнедеятельности; повышение трудовой активности пожилых; улучшение их материальной обеспеченности; оказание медико-социальной помощи.

Организация медицинской, социальной и психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста

Медико-социальное обеспечение лиц пожилого возраста имеет 3 основные формы: стационарное, полустационарное обслуживание и обслуживание на дому. Одной из важнейших проблем развития системы медико-социальной помощи является координация действий между ведомствами, ее обеспечивающими: Минздравом, Минтруда и социальной защиты, Обществом Красного Креста, Фондом социального страхования, а также между иными структурами и ведомствами, имеющими специализированные учреждения и средства, используемые в интересах пожилых граждан.

В комплексе мер медико-социального характера, направленных на охрану здоровья лиц старших возрастов, особое место занимают внебольничные

формы помощи пожилым как наиболее экономичные в финансовом и кадровом отношении. Среди них выделяют:

1. Гериатрические кабинеты в поликлиниках.
2. Геронтологические и гериатрические центры, амбулаторные гериатрические отделения, медико-социальные отделения в ЛПУ.
3. Стационарозамещающие (дневные стационары в ЛПУ, стационары на дому, койки дневного пребывания при стационарах).
4. Центры медико-социальной реабилитации инвалидов.
5. Система врача общей практики.
6. Службы органов социальной защиты (центры социального обслуживания, отделения скорой помощи, социальной помощи на дому, отделения дневного и временного пребывания, социальные жилые дома).
7. Службы, организуемые Обществом Красного Креста, Дома милосердия, Хосписы и другие общественные организации.

Приоритетные направления практических мероприятий по достижению улучшения социального положения пожилых и внедрения инноваций в социальном обслуживании пожилых: - обеспечение безопасных условий для пожилых; - недопущение проявлений дискриминации по признаку пола, возраста, укрепление солидарности поколений; - сохранение самостоятельности в пожилом возрасте через предоставление социальных услуг; - налаживание партнерства на всех уровнях.

Для улучшения функционального статуса и не зависимости пожилых специалисты отмечают, что необходимы следующие меры и виды помощи:

- лечебные/физиологические; устранение боли и дискомфорта; функциональные;
- когнитивные;
- аффективные;
- социальные контакты;
- социальное участие;
- чувство удовлетворения помощью;
- удовлетворение окружающей обстановкой.

Для оценки функционального состояния пожилых важны медицинский, психологический, социально-экономический аспекты их жизнедеятельности, определяющие нужды и потребности медико-социальной помощи пожилым людям.

Социальная работа с пожилыми должна быть тесно связана с вопросами защиты их прав, утвержденными в Декларации прав человека. Принципиально новыми подходами в социальной работе является использование возможностей Интернета и электронной почты для обучения персонала, членов семей, студентов и потребителей услуг социальных служб, для общения и поиска дополнительных ресурсов работы социальных служб.

Медицинские проблемы пожилых и старых людей

Физиологическое старение сопровождается сохранением умственных и физических сил, работоспособностью, жизнерадостностью, интересом к

окружающему миру. При старении меняется реактивность организма на внешние, в частности на болезнетворные, факторы, что влечет за собой относительно меньшую устойчивость к одним заболеваниям и большую – к другим.

Критерии оценки здоровья пожилых людей:

личное восприятие пожилых своего состояния, их обычной активности и ее ограничения, количество дней ограничений активности и количество койко-дней больных с нарушениями функций.

Состояние здоровья лиц пожилого и старческого возраста характеризуется рядом **особенностей**:

- увеличивающаяся с возрастом патологическая пораженность;
- для пожилого и старческого возраста характерна множественность патологии;
- распространенной причиной заболеваемости являются падения;
- характерна широкая распространенность психических заболеваний.

По материалам Всемирной ассамблеи ООН по проблемам старения, у 80-86% лиц старшего возраста имеются **хронические заболевания**, снижающие физическую и социальную активность пожилых людей. Среди них особенно выделяются заболевания сердечно-сосудистой системы, болезни органов дыхания и пищеварения, хронические заболевания суставов, нарушения органов зрения и слуха, диабет, болезни центральной нервной системы и онкологические заболевания.

Существует тесная связь между старением и заболеваниями. Тесная связь старения и заболеваний не означает их тождества. Старение создает предпосылки для развития патологии, а возрастные сдвиги могут суммироваться с патологическими или перерасти в болезни и одновременно могут развиваться 3-5 заболеваний и больше.

Установлено, что 85% лиц старше 65 лет имеют по меньшей мере 1 хроническое заболевание; 46% - ограничение обычной деятельности, связанном с хроническим заболеванием. В структуре заболеваний: артритами страдает 50%, гипертонической болезнью – 37%, нарушениями слуха – 29%, коронарной болезнью – 32%, ортопедическими заболеваниями – 18%, катарактами – 17%, диабетом – 10%, нарушениями зрения – 8%, варикозными заболеваниями вен – 8%.

Хронические заболевания создают множественные физические, психологические и социальные проблемы. Для лечения хронических болезней требуется большое количество медикаментов, их взаимодействие создает дополнительные трудности. При опросе 51 пожилого человека было выявлено, что 46% из них получали психотропные препараты, 24% - противосудорожные, 30% - другие.

Широко распространенной причиной заболеваемости и страданий у лиц пожилого возраста являются **падения**. Отмечается выраженная связь случаев падений с возрастом. Около 33% людей 65 лет и старше падают, по крайней мере 1 раз в год., 40-60% падений из них приводит к повреждениям, 30-50% - падений – это причина малых повреждений, а 5-6% случаев – причина

выраженных повреждений и травм, в 5% случаев падения приводят к переломам. Они более характерны для женщин. Наибольшее число падений случается в ванной комнате, затем на кухне и ступенях лестниц. В целом от 1/2 до 2/3 всех падений происходит дома. Частота их возрастает от 65-летнего возраста (20%) до 85-летнего (80%). Одновременно риск переломов бедра в среднем увеличивается от 2 на 1000 человек в год до 30 на 1000 человек в год. К факторам риска относят: нарушения функций нижних конечностей, зрения, состояния после инсультов, болезнь Паркинсона, употребление барбитуратов, общая слабость, ортостатическая гипотензия, прием гипотензивных и мочегонных препаратов. У мужчин наиболее частые причины падений – длительный постельный режим, нарушения функций конечностей, проблемы мочеполовой системы, зависимость от внешней помощи и возраст. У женщин факторы риска – возраст, церебрососудистая болезнь, нарушение функций конечностей, проблемы мочеполовой системы, боли в спине, длительный постельный режим. Повреждения от падений – пятая общая причина смертности в популяции пожилых людей.

Отмечено, что в старших возрастных группах **распространенность психических заболеваний** в 3-7 раз больше, чем в общем контингенте населения. Многие авторы это объясняют, накоплением психически больных, заболевших в более раннем возрасте, появлением большого числа новых больных с психическими расстройствами, связанными с церебральными сосудистыми и атрофическими изменениями, соматическими заболеваниями, характерными для позднего возраста. Согласно эпидемиологической справке ВОЗ за 1998 г. прогнозируется рост психической патологии у лиц пожилого возраста.

Возникновение и развитие психических нарушений в позднем возрасте связаны с возрастными органическими изменениями в сосудах и веществе головного мозга, эмоционально-стрессовыми и социально-стрессовыми воздействиями, соматическими заболеваниями, снижающими качество жизни и социальное функционирование пожилых людей. Все это требует значительных финансовых и материальных затрат со стороны государства для оказания этим больным лечебной и реабилитационной помощи.

При организации психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста возникают специфические медицинские и социальные проблемы. Это определяется своеобразием их психической патологии, практически всегда имеющимся сочетанием психических и соматических заболеваний, значительной социальной дезадаптацией и зависимостью лиц этой возрастной группы от окружающих. Именно в связи с этим организация геронтопсихиатрической помощи является самостоятельным, обособленным направлением психиатрии. Наиболее распространенной организационной формой оказания медико-социальной помощи лицам, находящимся в состоянии психоза или выраженного слабоумия, является их стационарное обслуживание.

Результаты наблюдений и специальных исследований анализа клинического состояния больных показали, что основное место **в структуре**

психических расстройств занимают органические изменения. При этом психические расстройства, связанные с церебрально-сосудистыми заболеваниями составляют 46,7%; заболевания сложного атрофического или сосудистого генеза – 31,9%; шизофрения и функциональные старческие психозы – 10,3%; заболевания в результате других заболеваний (последствия черепно-мозговых травм, эпилепсии, алкогольной энцефалопатии) – 8,3%; олигофрении – 2,8%. Слабоумие как основной психопатологический синдром наблюдается у подавляющего большинства больных – 97,3%. Психопатические расстройства на фоне психического дефекта отмечаются в 18,4% случаев. Они представлены в виде эпизодов спутанности сознания, реже – хронических галлюцинаторно-бредовых приступообразно возникающих расстройств. Аффективные расстройства непсихотического уровня отмечаются у :% больных.

Таким образом, в отличие от традиционных психоневрологических интернатов общего типа, где основную часть контингента проживающих лиц составляют больные шизофренией и олигофренией, в психоневрологических домах-интернатах для престарелых и инвалидов находятся больные с органической деменцией, и в меньшей степени – больные с шизофреническим дефектом. Возрастная особенность патологии у лиц пожилого и старческого возраста – ее комплексность, нарастающая с возрастом. У больных гипертоническая болезнь сочетается с атеросклерозом и катарактой, атеросклеротический кардиосклероз – с пневмосклерозом, общим атеросклерозом и т. д.

На основании выявленной высокой частоты признаков, таких как головные боли, головокружения, ухудшение памяти, нарушения сна, повышенная раздражительность, повышенная утомляемость, расстройства настроения. Эмоциональная лабильность, повышенная плаксивость, установлено, что свыше 70% больных по совокупности указанных признаков обнаруживают клинические признаки, характерные для дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротического и гипертонического происхождения; наличие в анамнезе признаков мозгового кровообращения.

Социальные проблемы пожилых людей

Социальные проблемы пожилых и старых людей включают в себя такие, как одиночество, изоляция, смерть близких, отсутствие социальной поддержки и общения, низкий уровень материального статуса. У большинства лиц старшего возраста часто встречаются разнообразные расстройства настроения патологического и предпатологического уровня – подавленность, тоска, тревога, страх, апатия. Их причинами чаще всего являются смерть близкого человека и последующее переживание одиночества. **Состояния одиночества** по данным социальных психологов и социологов широко распространены среди пожилых и старых людей, утративших эмоциональные и социальные связи. Эти тягостные состояния представляют серьезную психологическую, социальную и медицинскую проблему. Она выражает собой психоэмоциональную реакцию личности в ответ на разрыв или дефицит эмоциональных, социальных связей человека,

на утрату или ограничение возможности общения. Состояния одиночества представляют собой острый или затяжной, иногда хронический эмоциональный стресс, сопровождающийся разрушительным влиянием на личность пожилого человека, наличием расстройств депрессивного спектра, нередким появлением переживаний безысходности, ненужности, мыслей о самоубийстве.

Исследованиями установлено, что одиноко проживающие женщины имеют расстройства настроения в виде тоски, печали, грусти разной степени выраженности, частые переживания безысходности, безнадежности, утраты смысла жизни. При наличии детей и внуков, при совместном проживании, чувство одиночества менее выражено и удерживается в течение более короткого времени. В процессе наблюдения за лицами, испытывающими одиночество, установлено, что истинно верующие в бога люди реже находятся в состоянии одиночества, легче его переносят, если оно возникает после утраты близкого человека. После таких потерь религиозная вера усиливается, становится более глубокой. Общение с богом в молитвах приносит значительное духовное и душевное облегчение. Люди преклонного возраста, которые до состояния одиночества были неверующими, после смерти близких, становились верующими, крестились. После этого духовное и психическое здоровье у них укреплялось, переживание одиночества и расстройства настроения исчезали или уменьшались. Эти данные свидетельствуют о необходимости участия священнослужителей в оказании духовной помощи в форме психотерапии и психокоррекции пожилым и старым людям, испытывающим одиночество.

Лица позднего возраста, переживающие одиночество, нуждаются в специальной медико-психологической помощи. Установлено, что госпитализация одиноких престарелых людей часто обусловлена не медицинскими, а социальными показаниями. Одиноким людям пенсионного возраста требуют к себе особого внимания со стороны медицинских и социальных работников. Повышению психического тонуса, выходу из психологической изоляции одиноких людей, выравниванию их настроения, повышению активности способствует групповая и индивидуальная психотерапия, вовлечение их в организацию и проведение культурного досуга. При организации психологической помощи пожилым следует обратить внимание на психологическую подготовленность человека к смене социального статуса в связи с выходом на пенсию. Психологическая помощь должна быть направлена на формирование адаптации к потере близких, болезням, одиночеству, потере дееспособности.

Касаюсь вопросов **экономического статуса пожилых**, можно отметить, что прежде всего одиноко проживающие люди первыми испытывают трудности от экономического кризиса. Пенсии являются главным источником доходов у пожилых. В декабре 2001 г. средний размер назначенных месячных пенсий составил 39,1 % от величины средней начисленной заработной платы. Прямым следствием низких размеров пенсионного содержания является несбалансированное питание. Важное

значение в процессе старения занимает питание. Факторы, связанные с переизбытком, ассоциируются с рядом основных причин смерти: болезнями сердца, атеросклерозом, диабетом. Распространение тучности среди населения развитых стран увеличивается с возрастом. Уменьшение тучности, в основном за счет низкокалорийной диеты, физических упражнений, способствует снижению артериального давления и уменьшает риск заболеваний, характерных для данной категории населения. Сбалансированность питания, составление индивидуальной диеты в соответствии с общим характером обмена веществ у пожилого больного, имеющимся у него хроническими заболеваниями, с учетом его физической и умственной активности является одним из важнейших факторов профилактики патологического старения.

Таким образом, для лиц пожилого и старческого возраста характерны разнообразные: нарушения функционального статуса и выраженная полиморбидность, частота которых прогрессирует с возрастом; одновременное развитие 3-5 и более заболеваний, предрасполагающих к множественным физическим, психическим и социальным проблемам; особенно распространены сенсорные нарушения, заболевания внутренних органов и травмы, вызванные падением; социальные проблемы включают в себя одиночество и малообеспеченность.

Тема: ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ МИРА

Вопросы:

Основные тенденции демографического развития в мире

Основные медико-социальные показатели, их характеристика

Основные социально-экономические мероприятия, направленные на прирост рождаемости

Здоровье населения в Европейском регионе

Проблемы инвалидности и реабилитации инвалидов

Основные тенденции демографического развития в мире

Медико-демографические показатели дают представление о социально-демографической характеристике социальной работы в мире. Вопросы демографического развития занимают 3 место после проблем войны и мира и защиты окружающей среды. История человечества – история смен поколения и история их возобновления. Численность населения на планете увеличивалась очень медленно на протяжении тысячелетий. Это обусловлено социальными условиями: голодом, болезнями, повышенной смертностью, особенно детской. Установлено, 10 000 лет назад на земном шаре проживало около 10 000 000 человек. В конце первого тысячелетия нашей эры численность равнялась 250 000 000 – 300 000 000. В начале 19 века численность населения равнялась примерно 1 млрд. чел. В начале 20 века – более 1,6 млрд. чел. В 1964 году она удвоилась (послевоенный прирост). В начале XXI тысячелетия численность населения планеты составляла более 6,5 млрд. человек.

Наиболее высокий прирост численности населения наблюдался с середины 1980-х годов до середины 1990-х гг. в Азии, Африке и Латинской Америке. В экономически развитых странах прирост невысокий за этот период. Во второй половине XX века темп роста численности населения в Азии был в 3,6 раза, а в Африке в 5,1 раза выше, чем в Европе.

В последние десятилетия основными особенностями медико-демографических процессов в мире и Республики Беларусь являются:

- 1) увеличение доли городского населения (урбанизация);
- 2) изменение половозрастной структуры;
- 3) рост удельного веса лиц в возрасте 60 лет и старше.

Темпы прироста в разных регионах мира неодинаковы, что зависит от уровня и образа жизни, культуры, традиции, религии и прочих причин. В этом процессе наблюдаются 2-е основные тенденции:

1. Беспрецедентный скачок в увеличении прироста населения в развивающихся странах, прежде всего в странах Азии, Африки, Латинской Америке. На их долю приходится $\frac{3}{4}$ населения Земли. Этот процесс сопровождается нехваткой продовольствия, некачественной питьевой воды, эпидемиями и т.д. По данным ВОЗ 1,5 млрд. человек страдает от голода и болезней.

2. В развитых странах Европы и Северной Америки идет процесс снижения численности населения. В некоторых странах происходит естественная убыль населения, то есть смертность превышает рождаемость.

По прогнозам ООН к 2020 году на Северную Америку, Европу, Океанию и страны бывшего СНГ будет приходиться всего 10% населения, а 90% - на развивающиеся государства. В этой связи перед всем человечеством встают глобальные проблемы перераспределения ресурсов между богатыми и бедными регионами, и внутренние медико-социальные задачи – изменение типов воспроизводства населения.

В количественном отношении выделяют 3 основные типа воспроизводства населения:

а. расширенное воспроизводство (поколение детей превышает поколение родителей);

б. простое воспроизводство (поколение детей равно поколению родителей);

с. суженное воспроизводство (поколение детей меньше поколения родителей).

Основные медико-социальные показатели, их характеристика

Основные показатели воспроизводства: рождаемость; смертность; естественный прирост. Показатели в основном рассчитываются на 1 000 населения и выражаются в промилле (‰).

Уровень рождаемости – число рождений в год на 1 человек. Специалисты ВОЗ считают: низкий уровень рождаемости до 15‰; средний – 15‰ – 25‰; высокий – более 25‰.

Ниже 10‰ уровень рождаемости наблюдается с следующих странах: Беларуси, Венгрии, Германии, Греции, Испании, Италии, Латвии, России, Украине, Эстонии. В США – 11‰, в Канаде – 12,1‰, Японии – 9,5‰.

Высокий уровень рождаемости (более 25‰) сохраняется в странах Африки (Ангола, Египет, Мозамбик), Азии (Индия – 27,4‰, Вьетнам – 26,1‰, Узбекистан – 25,5‰, Таджикистан – 25‰).

В целом в мире темпы роста рождаемости снижаются.

Смертность населения – число умерших в год от среднегодовой численности населения. Уровень смертности определяется следующими факторами: биологическими, экономическими, социальными, культурными. Социально-экономические факторы доминируют. Это сказывается на благосостоянии, образовании, питании, жилищных условиях, санитарно-гигиеническом состоянии населенных мест, степени и уровне здравоохранения, здоровье женщин и детей.

Специалисты ВОЗ считают: низкий уровень смертности составляет до 9‰, средний – 9 – 15‰, высокий – более 15‰.

В экономически развитых странах показатель смертность колеблется от 6,2‰ до 10,7‰, в Израиле равнялась 6,2‰, 7,2‰ в Канаде, до 10,5‰ в Швеции, 10,7‰ в Великобритании. В Западной Европе смертность в среднем равнялась 9,8‰. В США – 8,8‰, Японии – 7,4‰.

В последнее десятилетие в странах Азии наблюдается снижение показателя смертности – в Индии – 9,2‰, в Индонезии – 7,6‰, во Вьетнаме – 7‰, в Китае – 6,5‰.

В некоторых странах, таких как Россия, Беларусь, Молдова, Латвия, Эстония происходит обратный процесс – увеличение показателей смертности.

1990 год		1999 год	
Беларусь	10,7‰		14,2‰
Молдова	9,7‰		11,3‰
Россия	11,2‰		14,7‰
Украина	12,1‰		14,8‰
Латвия	13‰		14‰
Литва	10,8‰		11‰
Эстония	12,4‰		13,4‰

Младенческая смертность это – один из важнейших показателей здоровья населения. Отражает благоприятные или неблагоприятные экономические условия жизни, эффективность системы здравоохранения, прежде всего организацию охраны здоровья женщин и детей. Специалисты ВОЗ считают: низкий уровень – менее 30‰, средний – 30-50‰, высокий – более 50‰.

В последнее десятилетие в странах Азии, Африки, Латинской Америки стал снижаться этот показатель, но все равно остается высоким. В 1998 году в Индии он равнялся 74‰, в Индонезии – 54‰, в Бразилии – 43,6‰, в Турции – 40‰, в Иране – 38‰. В странах бывшего Советского Союза в 1997 младенческая смертность несколько уменьшилась в среднеазиатских

регионах. В Таджикистане – 27,9‰, Киргизстане – 22,8‰, Узбекистане – 22,8‰, в России – 17,2‰, в Молдове – 17,7‰, Литве – 10,4‰, Эстонии – 10,1‰. В Беларуси – с 1995 отмечается снижение младенческой смертности: в 1997 – 12,4‰, в 2005 – 6,4‰ (один из самых низких показателей).

В экономически развитых странах этот показатель очень низкий показатель. Самая низкая младенческая смертность в Японии – 3,4‰ -здесь высокий уровень диагностического оборудования наряду с благоприятными социально-экономическими условиями жизни.

В Скандинавских странах – 3,9‰; Австрии, Испании, Швейцарии – 4,7‰; Франции – 4,9‰; Германии – 5‰; Великобритании – 5,9‰; Израиле – 5,8‰; США – 7,2‰.

В странах Восточной Европы: в Румынии – 22‰; в Болгарии – 17,4‰; Польше – 10,2‰; Венгрии – 10‰; Словакии – 8,7‰; Чехии – 5,9‰.

По уровню младенческой смертности наглядно видно, что этот показатель прямо пропорционален уровню и качеству жизни населения в отдельных странах.

Естественный прирост населения складывается из разности уровней рождаемости и смертности. Устойчивый прирост населения наблюдается в странах Азии, Африки, Латинской Америки. В Европе резко сокращается общий коэффициент естественного прироста.

В 1997 году во Франции он составил всего 3 чел. в год, в Швейцарии – 2,8; в Финляндии – 2; в Великобритании – 1,6; Дании – 1,5; Бельгии – 1,2; Австрии – 0,5. В других странах естественный прирост отсутствует вообще, то есть, смертность превысила рождаемость (в Германии = -0,8; Швеции и Италии = -0,4). Еще хуже ситуация в странах СНГ: в Украине = -6,2 ; России = -5,2; Беларуси = -4,6; Молдова = + 0,7 (-0,7 в 1999). В балтийских странах: Латвия = -6,0; в Беларуси в 2001 г. = -4,9; Литва = - 0,9; Эстония = 4,1; Финляндия = +2,0.

Средняя продолжительность жизни

Показатель более объективный, чем показатель общей смертности. В результате снижения детской и общей смертности средняя продолжительность резко выросла в экономически развитых странах мира. Первое место в мире принадлежит Японии – 79,6 года; для мужчин – 76,4; жен. – 82,8; в Европе – 76,4; в Португалии, до 78,6 лет – в Швеции и Швейцарии. В Канаде – 79 лет; в США – 75,7 года, В мире средняя продолжительность равна 60 года.

В Беларуси за последнее десятилетие показатель продолжительности жизни снижался на 0,5 года к 2000 году, в среднем составил – 68 лет; для мужчин – 62,2 года, для женщин – 73,9.

Ухудшение социально-экономического положения страны с начала 1990-х годов. Снижение жизненного уровня населения, неуверенность в завтрашнем дне в значительной степени влияет на снижение рождаемости.

Снижение рождаемости происходило на фоне роста общей смертности. Идет процесс «старения» белорусской нации, доля пожилых составляет 13,3%, то есть каждый 4-ый житель Республики Беларусь – пенсионер. Это приводит

к серьезным социально-экономическим последствиям: сокращается численность трудоспособного населения; увеличивается потребность в социальных пособиях; услугах в здравоохранении.

Эксперты ООН проанализировав демографическую ситуацию в Беларуси, пришли к выводу: при таких показателях воспроизводство, которые сложились в Беларуси в 1990-х годах, численность страны за 50 лет может сократиться в 2 раза.

В 2000 году численность населения Беларуси стала меньше 10 млн. Поэтому важной задачей на современном этапе развития страны является проведение эффективных мер в области социальной политике и демографии как количественных, так и качественных характеристик здоровья – уровня образования, культуры и медико-социальной помощи, улучшения состояния здоровья, особенно детей и т.д.

***Социально-экономические мероприятия,
направленные на прирост рождаемости:***

а) Денежные пособия на детей.

Единовременные и ежемесячные пособия на ребенка выплачиваются в Австрии, Германии, Дании, Испании, Италии, Люксембурге, Кувейте, Швейцарии. Семейное пособие на ребенка выплачиваются в Швеции ежемесячно до достижения 16 лет, если учится, то - до 19 лет, независимо от количества детей в семье.

б) Учет количества детей в семье при налогообложении.

в) При начислении пенсии матери, в ряде государств женщина, родившая и воспитавшая 5 детей, до 8 летнего возраста, имеет право на получение пенсии на 5 лет раньше установленного законом возраста.

г) Оплачиваемые отпуска (полностью или частично) по беременности и родам, а также по уходу за ребенком. Так, в Швеции отпуск по беременности и родам длится 32 недели с оплатой 90% от заработной платы. После этого еще 1 оплачиваемый месяц по уходу за ребенком. В Беларуси - отпуск по беременности и родам равен 16 недель.

д) Преимущество при получении жилой площади от государства многодетным семьям, затраты государства и общественных фондов на дошкольные учреждения и т.д.

В ряде государств применяются мероприятия, направленные на ограничение рождаемости, например, Китай, женщинам, родившим 1 ребенка выплачивается пособие на ребенка до 15 лет, освобождают от оплаты за дошкольные учреждения и др. И наоборот, семьям с 3 и более детьми – применяют экономические санкции.

В экономически развитых странах, Западной Европе, прежде всего, воспитательная и пропагандистская работа направлена на формирование здорового, образованного, хорошо воспитанного и активного члена общества. Ведется работа по формированию среднедетной семьи, состоящей из 3-4 детей; (это в области рождаемости); в области продолжительности жизни – воспитание основ самосохранного поведения, формирования здорового образа жизни, от которого зависит сохранение и улучшение

здоровья людей; в области семейно-брачных отношений - всемерное упрочнение семьи как одной из важнейших ценностей человека.

В Беларуси для преодоления негативных медико-демографических показателей необходимо:

- 1) материально-финансовые средства для реализации медико-социальных программ;
- 2) государственное содействие для повышения духовно-нравственного уровня общества;
- 3) формирование здорового образа жизни как основы благополучия каждого члена общества.

Здоровье населения в Европейском регионе

В настоящее время в странах Европы наблюдается своеобразная картина заболеваемости, определяемая рядом факторов:

проблемой старения населения;
изменениями в рационе питания и образе жизни;
появлением новых и возвратом старых инфекционных заболеваний;
последствиями экономического спада и увеличением разрыва в доходах, особенно в странах Центральной Восточной Европы и Новых независимых государствах.

Постарение населения. Доля людей старше 65 лет будет по-прежнему расти. По мере достижения людьми пенсионного возраста их потребности в медико-социальных услугах увеличиваются, и изменяется структура заболеваемости, определяющей эту потребность. Рост потребностей в медицинском обслуживании увеличивает расходы на здравоохранение. Во многих странах положение усугубляется снижением коэффициента рождаемости, в связи с чем уменьшается количество трудоспособного населения, способного вносить свой вклад в формирование фондов общественного здравоохранения, тогда как потребность в здравоохранении растет, ровно как растут и расходы на социальное обеспечение (например, выплаты пенсий и пр.). Масштабы проблемы варьируют по странам, так в Великобритании относительно меньше проблем, чем в Германии, где сложно решаются медико-социальные вопросы. Спрогнозировать долгосрочные тенденции пока еще трудно, но резкое снижение коэффициента рождаемости во многих странах Европы вызывает серьезную проблему, поскольку численность экономически активного населения, способного содержать растущее число престарелых, будет сокращаться.

Структура заболеваемости будет также изменяться. В частности, возрастает число лиц, страдающих от сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний сосудов головного мозга, рака, слабоумия, переломов, особенно у женщин. Обычное реагирование служб здравоохранения на эти новые явления уже будет недостаточно. По мере развития исследований по проблеме эффективности специализированных программ борьбы с основными причинами болезней службам здравоохранения придется перестраиваться, учитывая, например, необходимость создания региональных служб по лечению рака, специализированных

многопрофильных отделений по лечению инсулина, комплексных лечебных центров, включающих отделения ортопедической хирургии, лечения старческих заболеваний и реабилитации лиц с переломами бедра.

Еще одним следствием постарения населения является увеличение числа людей, страдающих от многочисленных болезней, в связи с чем они одновременно проходят несколько курсов лечения, которые могут быть несовместимы. Это создает новую проблему необходимости отхода от модели медицинского обслуживания, опирающейся на врачебную специализацию, и перехода к модели совместной работы медиков различных специальностей.

Изменения в рационе питания и образе жизни. На протяжении многих лет продолжительность жизни в странах Южной Европы была более высокой, чем в других частях региона. Например, продолжительность жизни в Греции и Испании превышала продолжительность жизни в странах Евросоюза; в Албании она превышала средний показатель по странам Центральной Восточной Европы, в кавказских республиках – средний показатель по Новым независимым государствам. В основном это объясняется различиями в рационе питания. Хотя точные механизмы, действующие в этой области, еще изучаются. Более высокая продолжительность жизни непосредственно связана с высоким уровнем употребления свежих овощей и фруктов. В настоящее время положение в странах, которые исторически пользовались преимуществом употребления овощей и фруктов меняется. В Испании в других странах растет популярность закусок быстрого обслуживания, еда в которых содержит много животных жиров. Это может привести к увеличению числа сердечно-сосудистых заболеваний и появлению других связанных с питанием болезней, например, рака груди. Возможно, потребуется произвести переоценку потребности в программах скрининга в южноевропейских странах, где ранее наблюдались низкие уровни заболевания раком груди.

Изменения в образе жизни, в частности рост табакокурения в некоторых регионах Европы, создают проблемы, связанные с увеличением числа больных раком легких, что ведет к увеличению потребности лечения раковых заболеваний. При этом рост потребности сочетается с распадом традиционных структур семьи и появлением необходимости организации паллиативного медико-социального обслуживания населения. Рост числа курящих в тех странах, где изменяется рацион питания, стимулирует повышение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний. Курение имеет много других последствий, связанных со скрытым воздействием на легочную функцию. Многие люди хуже переносят общую анестезию, становятся более уязвимыми к легочным инфекциям в послеоперационный период, что удлиняет срок пребывания в больнице, увеличивая расходы на лечение.

Увеличение числа новых и возврат старых инфекций. Некоторые из них, в частности ВИЧ-инфекция и СПИД, уже привели к переориентации организации систем здравоохранения в ряде европейских стран. Последствия

ВИЧ-инфекции не ограничиваются сферой заболеваний, передаваемых половым путем, а затрагивают все аспекты организации здравоохранения, включая подходы борьбы и внутрибольничными инфекциями и проверку служб переливания крови. Распространение в больницах бактерий, стойких к многим антибиотикам, имеет серьезные последствия для стационарного лечения. Уже сейчас некоторые пациенты, заразившиеся стойким к метицилину бактериями, в некоторых странах рассматриваются как слишком опасные больные, требующие индивидуального лечения на дому. В некоторых странах отсутствие надлежащей политики в области применения антибиотиков ведет к значительному увеличению числа случаев инфицирования пациентов в больницах, увеличивая срок пребывания и расходы на лечения в стационаре. Такое положение заставляет произвести переоценку способов оказания медицинской помощи, к расширению практики лечения отдельных заболеваний за пределами больницы.

Тенденция роста инфекционных заболеваний уже затрагивает не только пациентов больниц. В результате распада систем государственного здравоохранения в Новых независимых государствах появились такие болезни как полиомиелит, дифтерия, холера и малярия, что повлияло на организацию служб первичной медико-санитарной помощи. Во всей Европе наблюдается рост заболеваемости туберкулезом, причем устойчивого к большинству обычных лекарственных средств. В связи с чем требуются новые подходы к организации и контролю за назначением медикаментозного лечения препаратами нового поколения.

Меняющиеся условия и структура заболеваемости населения требуют изменений традиционных моделей оказания медицинской помощи и внедрения новых медико-социальных услуг и инноваций. При этом необходимо учитывать, что многие заболевания, вызываются факторами, выходящими за пределы сектора здравоохранения. Изменение основных показателей здоровья в Европе является одним из факторов мотивации изменений в системах здравоохранения как на микро-, так и на макроуровнях. В условия старения населения, растущего распространения хронических заболеваний и болезней, передаваемых половым путем, в результате распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа, требуется расширение комплекса медико-социальных услуг и нововведений.

Проблемы инвалидности и реабилитации инвалидов

Во всем мире инвалиды относятся к категории людей с очень специфическими проблемами и потребностями. Это одна из трех групп населения, которые особо остро испытывают неравенства в социальном, экономическом, моральном аспектах вследствие имеющихся у них нарушений и ограничений в жизнедеятельности.

Оценки распространенности инвалидности в мире противоречивы, но в среднем около 10% всего населения Земли страдает от тех или иных последствий инвалидности (в абсолютных числах это более 500 млн. человек, из которых 140 млн. дети), кроме того около 300 млн. инвалидов проживают в развивающихся странах, где они вынуждены нести бремя инвалидности в

неблагоприятных экономических и социальных условиях. Установлено, что из этих 300 млн. только 1 % имеет доступ к медицинскому обслуживанию, реабилитации, соответствующим услугам. Это означает, что 297 млн. инвалидов в этих странах лишены возможности обеспечить себе достойную жизнь, в полной мере участвовать в делах общества, реализуя свое право на равенство возможностей. Согласно оценке Международной организации труда, теперь от общего числа инвалидов – женщины, их число составляет около 160 млн. по оценкам специалистов в каждой 4-ой семье в мире есть инвалид.

ВОЗ позволяет составить приблизительное представление о числе людей, ставших инвалидами по разным причинам:

- Неинфекционные соматические заболевания - 100 млн. человек;
- Травмы (ранения) - 79 млн.;
- Недоедание - 100 млн.;
- Функциональные психические расстройства - 40 млн.;
- Хронический алкоголизм и злоупотребление наркотиками - 100 млн.;
- Врожденные болезни - 100млн.;
- Инфекционная болезнь - 156 млн.

Ожидается, что число инвалидов увеличивается более чем на 8 млн. год или на 23 тыс. в день. В ближайшие годы (10 лет) увеличение числа инвалидов в 2-3 раза.

Вопросы разработки адекватной политики в отношении данной категории населения в различной степени характерны для всех стран мира. За последние 2 десятилетия много сделано для признания прав инвалидов. Ассамблея ООН провозгласила 1981 год Международным годом инвалидов с целью привлечения внимания мирового сообщества к положению и нуждам инвалидов. В 1982 году была принята «Всемирная программа действий в отношении инвалидов». Программа определила направление всемирной стратегии, предусматривающей содействие принятию эффективных мер по предупреждению инвалидности, по реабилитации и обеспечению «равенства» и «полного участия» инвалидов в социальной жизни и развитии. ООН объявила 1983-1992гг. - десятилетием инвалидов с призывом к государствам использовать этот период как одно из средств для осуществления Всемирной программы действий в отношении инвалидов».

Стандартные правила ООН по обеспечению равных возможностей для инвалидов, и принятые на Генеральной Ассамблее ООН в 1993 году содержат принципы, касающиеся прав инвалидов, и минимальные стандарты, которые должны быть гарантированы инвалидам во всем мире. Существует целый ряд документов ООН, в которых поддерживаются права инвалидов:

- Конвенция ООН «О правах ребенка» (1989год);
- Всемирная Декларация об образовании для всех (1990год) и другие.

«Всемирная программа действий в отношении инвалидов» (1982 год) признает значение статистики инвалидности как основы планирования политики в отношении инвалидов, ее осуществление и контроль за ее результатами, подчеркивая значение социально-гигиенических и медико-социальных исследований инвалидности.

Изучаются причины, виды и распространенность дефектов и инвалидности; экономические и социальные условия инвалидов и эффективные средства по этим вопросам.

Статистические исследования инвалидности за рубежом основываются:

- На собственно статистических методах изучения инвалидности;
- На учете демографических и социальных процессов в обществе;
- На информационных подходах к работе со статистическими данными.

Отличия статистических исследований инвалидности за рубежом:

1. отсутствие единой системы учета контингента инвалидов;
2. отсутствие единообразно понимаемого и применяемого понятия «инвалид» и «инвалидность» связанных с ними стратегий (например, реабилитация);
3. отсутствие национальных концепций инвалидности;
4. прикладной характер исследований, более социологический, мелкомасштабный;
5. несовершенство и незавершенность обработки статистического материала;
6. отсутствие постоянного мониторинга за состоянием инвалидов;
7. в каждой стране учитываются свои национальные интересы к проблемам инвалидности со стороны стратегии и методологии.

Реабилитация инвалидов

Разработкой различных программ медико-социальной реабилитации инвалидов в мировом масштабе занимается Всемирная организации здравоохранения. Углубление и развитие положений Всемирной организации здравоохранения по реабилитации представлено в «Международной номенклатуре нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности». Предложенные ВОЗ программы реализуются в 60 странах мира. По мнению специалистов, наиболее эффективно система профессиональной социально-трудовой реабилитации инвалидов реализована в Германии.

Тема: УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТОЙ ЗА РУБЕЖОМ

Вопросы:

Современные системы (формы) здравоохранения в мире

Социально-экономические проблемы управления здравоохранением за рубежом

Организация здравоохранения в развивающихся странах
Принципы государственной системы здравоохранения
Основные принципы страховой медицины
Особенности и проблемы стран с системой социального страхования
здоровья

Частная медицина

Контроль качества медицинской помощи

Современные системы (формы) здравоохранения в мире

Главная ответственность за работу здравоохранения в стране принадлежит правительству, которое ответственно за здоровье и благополучие населения. Сегодня в большинстве развитых стран правительства играют центральную роль в вопросах социальной политики и медико-санитарной помощи. Медико-санитарная помощь может быть чрезвычайно дорогой, потребность в ней трудно предсказать, механизм совместной ответственности за факторы риска и обеспечение финансовой защиты чрезвычайно важны. Система здравоохранения – важнейшая социальная система общества, имеющая **главные цели**:

- улучшение здоровья населения;
- справедливость в финансовом обеспечении;
- обеспечение финансовой защиты от расходов, связанных с нездоровьем;
- необходимость уважения достоинства человека, его автономии и конфиденциальность информации;
- реальная деятельность органов здравоохранения в области профилактики, диагностики и лечения конкретных видов патологии;
- информирование общества о современных медицинских технологиях и медико-социальном обслуживании населения.

Поскольку эти цели не всегда достигаются, широко распространенными становятся неудовлетворенность тем, как работают службы здравоохранения или финансируются, что связано с сообщениями об ошибках, грубости, безразличии со стороны медицинских работников, а также с отказами от оказания помощи. Все цели имеют значение в каждой стране, независимо от того, насколько она богата или бедна, или от того как организована служба здравоохранения.

Социально-экономические проблемы управления
здравоохранением за рубежом

Проблемы системы здравоохранения:

- рост стоимости медико-социального обслуживания населения;
- снижение государственных ассигнований на нужды здравоохранения;
- ухудшение основных показателей здоровья населения;
- возрастают различия в показателях ожидаемой продолжительности жизни и смертности;

- обостряются проблемы, связанные с обеспечением и распределением фармацевтических средств;
- наблюдается несоответствие между ресурсами и технологиями в здравоохранении.

Состояние и развитие системы здравоохранения определяются 3 основными позициями:

1. объективно существующими закономерностями формирования здоровья населения;
2. уровнем представлений о путях развития и коррекции медицинскими мерами основных недугов человека;
3. возможностями общества, интеллектуальными и экономическими, для выработки (восприятия) и внедрения современных технологий ведения больных, управления здоровьем, основываясь на действующих приоритетах.

Многие страны не используют свой потенциал, а усилия многих недостаточны для обеспечения необходимого и справедливого финансирования. Практически во всех странах имеются проблемы в выполнении одной или более функций. В результате в каждой стране не удается избежать большого числа смертей и инвалидностей, которые можно было бы предотвратить; много ненужных страданий, несправедливости, неравноправия и необеспечения основных прав личности. И удар этот сильнее сказывается на малоимущих, которые в результате становятся еще беднее из-за отсутствия финансовой возможности себя защитить от болезней.

Системы здравоохранения являются одним из наиболее крупных секторов всемирной экономики. Глобальные расходы на медико-санитарную помощь составляют приблизительно 2985 миллиардов долларов США, почти 8% от всемирного внутреннего валового продукта. Ресурсы, выделяемые системам здравоохранения, распределяются неровно и непропорционально самих проблем здравоохранения. Страны с низким и средним уровнем доходов дают лишь 18% глобальных доходов и 11% глобальных расходов на здравоохранение (4% от ВВП в этих странах). Тем не менее, 84% населения мира живут в указанных странах и на их долю приходится 93% общего бремени заболеваемости в мире. Страны с низким и средним уровнем дохода сталкиваются со многими сложными проблемами в обеспечении медико-социальных потребностей своего населения, обеспечивая мобилизацию достаточных финансовых средств равноправным и доступным образом, пытаясь извлечь максимум пользы из скудных ресурсов.

В странах с низким уровнем дохода, где общественные средства на все виды расходов являются недостаточными (менее 20% ВВП), финансирование и оказание медико-санитарной помощи находится в частном секторе. Во многих странах значительная часть бедняков до сих пор не имеют доступа к основным и эффективным видам медико-санитарной помощи.

К сожалению, происходит неправильное использование и распределение потенциальных возможностей служб здравоохранения. При плохой и неэффективной организации, неправильном руководстве, недостатке фондов системы здравоохранения могут принести больше вреда, чем пользы.

В зависимости от удельного веса бюджетного финансирования в структуре расходов на здравоохранение, выделяют 3 группы стран:

Низкий уровень бюджетного финансирования - менее 50% (США – 41,4%).

Средний уровень - 50-75% (Австрия - 67,6%; Швейцария - 68,5%; Франция – 71,2%; Испания - 71,5%; Португалия – 72,5%; Япония – 72,8%).

Высокий уровень - более 75%; (Канада - 75,9%; Бельгия 76,9%; Финляндия – 77,3%; Нидерланды – 78,8%; Дания – 83,9%; Италия – 83,9%; Ирландия 87,0%; Великобритания – 90,0%; Швеция – 91,0%; Норвегия - 95,4%; Греция – 98,4%).

По рекомендациям ВОЗ доля валового национального продукта (ВНП), выделяемого на здравоохранение, должна быть не менее 5%. К странам, затрачивающим, на здравоохранение менее 5% валового национального продукта относится, Греция (4,2%). Большинство развитых стран выделяет на здравоохранение более 6% валового национального продукта: Дания – 6,2%; Япония – 6,6%; Австрия – 7,0%; Финляндия – 7,3%; Италия – 7,4%; Германия – 8,1%; Швеция – 9,3%; Франция – 9,4%; США – 10,8%.

По реальным расходам на душу населения выделяют 3 группы стран:

1 – с низкими затратами (менее 500\$). Греция – 252\$; Португалия – 297\$; Испания – 456\$.

2 – с достаточно высоким (до 1 тыс.\$) – Великобритания – 627\$; Италия – 688\$; Дания – 755\$; Япония – 783\$; Норвегия – 917\$; Германия – 983\$.

3 – с высокими затратами (свыше 1 тыс. \$) – Франция – 1072\$; Швейцария – 1144\$; Швеция – 1172\$; Канада – 1282\$; США – 1776\$.

США принадлежит ведущее место в мире по масштабам ресурсов, сосредоточенных в здравоохранении. Так в 2000 году общие расходы на медицинские услуги составили 1,5 трлн. \$, то есть 15% валового национального продукта, или 5551\$ на каждого жителя.

Рост затрат на здравоохранение увеличивается во всех странах мира. Так, на протяжении последних десятилетий (в XX веке) расходы на здравоохранение возросли с 5% до 11% от ВНП.

Во Франции с 1973 года – они растут быстрее, чем национальный доход, в результате чего увеличивается дефицит бюджета в системе социального обеспечения.

Окончательная ответственность за всю работу страны лежит на правительстве, которое в свою очередь, должно привлекать к управлению все секторы общества. Тщательная и ответственная организация, забота о благосостоянии населения, то есть правильное хозяйствование, составляют суть деятельности хорошего правительства. Здоровье людей всегда является первоочередной задачей, правительство несет постоянную и непрерывную ответственность.

Последние 2 десятилетия ознаменовались ростом стоимости медицинского обслуживания.

Факторы, определяющие увеличение роста стоимости медицинских услуг мире:

- 5) внедрение новейших медицинских технологий;
- 6) рост численности населения и его постарение;
- 7) увеличение количества заболеваний, требующих дорогостоящего лечения;

8) заработной платы врачей и численности административного аппарата в здравоохранении;

Так, в общей структуре затрат на медицинскую помощь доходы врачей составляют: в США – 50%; Канаде – 36%; Великобритании – 29%.

В экономически развитых странах высоко число конторских работников медицинских учреждений; так в США их насчитывается 700 тыс. человек; (это 16% общего числа занятых в отрасли); то есть 886 чиновников на 10 тыс. врачей и медицинских сестер. В больницах США работают 185 тыс. администраторов, не имеющих медицинского образования, в их функции входит управление.

Затраты на обеспечение административной деятельности медицинских учреждений из средств на здравоохранения; в США составляют 22% средств; в Великобритании - 6%; Канаде-8%.

Однако, исследования, выполненные в разных странах мира, показали, что на здоровье населения в целом в современных условиях наибольшее влияние оказывают:

5. - образ жизни (52-55%);
6. - наследственная предрасположенность к болезням (20-22%);
7. - окружающая среда (18-20%);
8. - здравоохранение (7-12%).

Если в начале XX века – в 1920-х г. увеличение расходов на здравоохранение на 10% приводило к улучшению здоровья на 12%, то в конце XX века – в 1980-90-е года в развитых странах этот показатель снизился до 1,8%. Это обусловлено тем, что в конце XX века здравоохранение перестало воздействовать на причины заболеваний.

В связи с этим многие страны разрабатывают альтернативные стратегии и модели финансирования здравоохранения. Реформа государственной службы здравоохранения в Великобритании, основанная на конкурсной основе, заимствованная из США, оказала влияние на реформы здравоохранения в странах Западной и Восточной Европы.

Обостряются проблемы, связанные со здоровьем населения, возрастают различия в показателях ожидаемой продолжительности жизни и смертности. Положительная динамика здоровья за последние годы отмечена в Польше, Чехии, Словакии. В остальных странах Восточной и Западной Европы зарегистрированы резкий рост заболеваемости, смертности, значительное уменьшение продолжительности жизни. В Западной Европе в 1998 г. средняя продолжительность жизни составила 76 лет, в странах Центральной и Восточной Европы – 70 лет, в СНГ – 66 лет.

Состояние здоровья во многом зависит от социального неравенства и социальных факторов риска. В современном мире в условиях повышения уровня безработицы на 2-3% наблюдается одновременный рост хронической

патологии среди населения на 7-8%. Рост безработицы всего на 1% сопровождается увеличением общей смертности населения на 1,9%; числа убийств и самоубийств на 5,7% и 4,1% соответственно, уровня смертности от сердечнососудистых заболеваний и цирроза печени на – 1,9%; увеличением числа лиц, помещаемых в психиатрические клиники – на 3,3%.и т.д.

В США-60% визитов к врачу связаны с заболеваниями, в основе которых лежат стресс. А затраты на лечение этих заболеваний ежегодно оцениваются в 150 млрд. \$.

В Великобритании – ежегодно умирают от заболеваний, связанных с курением 110тыс. человек, в США только пассивное курение приводит к смерти ежегодно 32 тыс. человек. Что касается младенческой смертности, то в Финляндии ее от последствий курения снижения на 40% с улучшением социальных условий жизни, 30% – с общим развитием экономики страны; и 30 % – с медико-организационными мероприятиями, то есть медико-социальными.

Таким образом, страны, которые в силу определенных условий и причин не могут обеспечить нормальное развитие социальной политики и улучшить экономическую базу уровней, жизни, имеют меньше возможностей управления здоровьем нации. И тогда через определенное время существенно снизятся показатели здоровья нации и значительно увеличится уровень нагрузки на медицинские учреждения.

Национальная политика должна начинаться с программ ликвидации или уменьшению роли социальных факторов риска как 1-ого уровня мероприятий; а совершенствование здравоохранения является 2-ым уровнем управления здоровьем нации. Совершенствование здравоохранения осуществляется через первичную медико-санитарную помощь и систему мероприятий по оказанию лечебной и реабилитационной помощи заболевшим. Практически во всех странах мира отсутствуют органы способные координировать межведомственную политику в области охраны здоровья.

За рубежом в области охраны здоровья важная роль принадлежит социальной помощи. В США до 30% практических работников социальной помощи вовлечены в деятельность, связанную со здоровьем населения (посещение больных на дому, работа в больницах, поддержка и психологическая адаптация пациента и т. д.).

Реализация общенациональной политики охраны здоровья на межминистерском уровне в зарубежных странах осуществляется через законодательные акты, различные общественные организации и фонды. Например, в Финляндии с 1920 года действует Лига помощи детям, которая располагает 13 районными местными отделениями и имеет всего 40 служащих и 50тыс. добровольцев. Лига помощи детям занимается вопросами санитарного просвещения, здорового образа жизни, программами социального планирования и планирование семьи и др. вопросы. В скандинавских странах имеются давние традиции и законодательные акты, поощряющие деятельность добровольных обществ и населения в области

охраны здоровья.

В США в программах здравоохранения ежегодно заняты 10 млн. добровольцев. Эти программы способствуют созданию инфраструктуры низовых общественных организаций самопомощи при сотрудничестве с государственными органами здравоохранения.

В США действуют государственные программы помощи беднякам «Medicaid» и помощи пожилым людям «Medicare».

И так, анализ социальной политики зарубежных стран показал, что здоровье населения зависит:

- 1) От рационального распределения имеющихся ресурсов;
- 2) Формирование здорового образа жизни;
- 3) Снижение влияния фактора социального риска;
- 4) И в меньшей степени от уровня финансирования здравоохранения.

Из литературных источников известно, что увеличение расходов здравоохранения совсем не обязательно, а сопровождается улучшением состояния здоровья.

Так, в США не смотря на высокие затраты в здравоохранении показатели здоровья населения США ниже, чем в других странах, затрачивающих на здравоохранение меньше, так, США находится на 15 месте по показателю ожидаемой продолжительности жизни у мужчин; на 7-м – женщин, на 13-м – по смертности детей 1 года жизни.

Уровень младенческой смертности в Японии в двое ниже, чем в США, а расходы на здравоохранение на душу населения примерно в 3 раза меньше. Это свидетельствует о том, что в этой стране высокая эффективность системы здравоохранения и рационально используются имеющиеся ресурсы. Низкий уровень младенческой смертности в Японии обусловлен как образом жизни населения, так и существующей системы медицинского обслуживания, способствующими рождению здоровых детей. И наоборот, в странах, например, Аравии и Ливии, относительно высокие затраты на медицинское обслуживание не обеспечивают хорошего уровня здравоохранения.

В 1985 году в Италии состоялась международная конференция «Хорошее здоровье с малыми затратами», где был рассмотрен опыт КНР, Шри-Ланки, Коста-Рики, в которых средняя продолжительность жизни приближается к 70 годам. Конференция констатировала, что хорошее здоровье в бедных странах есть результат: разумной государственной политике; равенства возможностей и доступа к существующим программам здравоохранения, ориентации медицинских служб на группы населения, более всего нуждающиеся в помощи.

Организация здравоохранения в развивающихся странах

К развивающимся странам относятся страны Африки, Восточного Средиземноморья и Латинской Америки. В современных условиях в развивающихся странах существуют все 3 системы здравоохранения с преобладанием одной из них в зависимости от политического и социально-экономического строя. В большинстве стран Восточного

Средиземноморья и Африки приняла за основу частично-государственная система здравоохранения.

В странах Латинской Америки в большей степени частнопредпринимательская система здравоохранения. Для этих стран характерно:

- 1) низкий уровень материально-бытовых условий (до 40% населения живет ниже уровня бедности);
- 2) отмечается неудовлетворительное состояние жилища, отсутствие в большинстве случаев санитарно-бытовых удобств;
- 3) несбалансированное питание, недостаток качественной питьевой воды;
- 4) низкий производственный уровень (использование ручного труда на открытом воздухе, детский труд);
- 5) низкий общеобразовательный уровень;
- 6) широкое распространение религиозных и национальных обрядов;
- 7) высокий удельный вес сельского населения (80-90%);
- 8) низкая плотность населения;
- 9) плохое транспортное сообщение между населенными пунктами.

В целом, как и во всем мире, в этих странах происходит повышение темпов урбанизации, ухудшается экологическая и санитарная обстановка, происходит увеличение распространенности вредных привычек среди населения, ухудшается здоровье населения.

В развивающихся странах отмечаются неблагоприятные демографические показатели: высокие показатели рождаемости, общей, материнской и младенческой смертности, низкий уровень средней продолжительности жизни; неудовлетворительные показатели физического развития; высоким уровнем заболеваемости, особенно инфекционной.

Говоря о заболеваемости и смертности в развивающихся странах, следует отметить тенденцию роста неинфекционных хронических заболеваний, в первую очередь – сердечнососудистых и онкологических. Причем, данная ситуация складывается в развивающихся странах, в которых проживает большая часть населения Земли.

Для здравоохранения этих стран характерна региональная и этапная система с преимущественным развитием лечебной специализированной помощи в городах. В большинстве стран Восточного Средиземноморья и Африки создано централизованное или частично децентрализованное управление здравоохранением с главным органом управления Министерством. В его функции входит контроль за государственными медицинскими учреждениями, планированием, подготовкой кадров, международным сотрудничеством, борьба с карантинными и др. болезнями. В странах Латинской Америке распространена децентрализованная система управления здравоохранения.

Для развивающихся стран характерны общие закономерности организационной структуры медицинской помощи. Это обусловлено предложенными ВОЗ в различные годы единые схемы организации медицинской помощи путем создания в первую очередь сети учреждений

первичной медико-санитарной помощи сельским жителям. Однако, в каждой отдельной ситуации есть свои индивидуальные особенности, начиная с первичного звена и до объема оказываемых ими услуг.

Принципы государственной системы здравоохранения

Ключевым показателем нормативных ценностей общества является характер системы здравоохранения. Лечебно-профилактические услуги рассматриваются как общественное благо, от пользования которым в выигрыше остаются все граждане. При таком подходе осуществляется принцип солидарности: основное бремя покрытия расходов на медицинское обслуживание намеренно перекладывается с пожилых, бедных и больных людей на молодых, богатых и здоровых, с тем, чтобы обеспечить необходимой медицинской помощью всех членов общества.

Системы здравоохранения существуют параллельно в нескольких формах, в различных странах они имеют свои национальные особенности. Общеизвестны 3 основные формы (системы) здравоохранения: государственная, страховая и частная. В основном различия между ними лежит источник финансирования, государственная финансируется из общих налогов поступлений в государственный бюджет и охватывает все слои населения. Государственная система здравоохранения признана наиболее оптимальной. Ее организационные принципы в 1980 г. были рекомендованы ВОЗ всем странам мира для развития национальной системы здравоохранения.

Основные принципы государственной системы здравоохранения:

- 1) Государственный характер здравоохранения;
- 2) Бесплатность и общедоступность;
- 3) Профилактическая направленность;
- 4) Единство лечения и профилактики, науки и практики;
- 5) Участие общественных организаций и самого населения;
- 6) Планирование его развития;
- 7) Интернационализм.

Государственный характер более 70 лет имело здравоохранение в СССР. В настоящее время государственная форма здравоохранения представлена в Великобритании, Италии, Англии, Словакии, Болгарии, Швеции, Ирландии, Дании, Беларуси и др. Основная часть учреждений принадлежит государству, управление осуществляется центральными и местными органами власти. Все средства, выделенные из национального дохода на здравоохранение, формируются в центральном бюджете и распределяются «сверху-вниз» по управленческой вертикали.

Системы здравоохранения несут ответственность не только за улучшение здоровья людей, но и за защиту их финансовых расходов, связанных с болезнью, и сохранение их достоинства при лечении. Сегодня люди обращаются за помощью не только за тем, чтобы их освободили от боли, или оказали помощь в лечении как физических недугов, так и при эмоциональных нарушениях, но и в отношении консультаций по вопросам питания, воспитания детей и сексуального поведения. Пациенты

рассчитывают на конфиденциальность, достоинство и право выбора при лечении.

Уважение человека включает:

- Уважение достоинства человека. В самых крайних проявлениях это означает отказ от стерилизации отдельных людей с генетическими нарушениями или отказ от полной изоляции людей с инфекционными заболеваниями, так как в противном случае это явилось бы нарушением основных прав человека. В широком смысле это означает отсутствие уважения пациента.

- Конфиденциальность или право определить, имеет доступ к информации о здоровье конкретного человека.

- Автономность в отношении выбора вариантов, касающихся собственного здоровья.

Службы здравоохранения должны быть ориентированы на потребности людей. В целях быстрого обслуживания необходимо: незамедлительная помощь в неотложных ситуациях при разумном времени ожидания в других случаях. Надлежащие условия, чистота. Достаточное пространство и качественное больничное питание. Доступ к системам социальной поддержки для людей, получающих помощь. Свобода выбора тех, к кому обращаются за помощью, отдельного лица или организации.

Основные принципы страховой медицины

Страховая медицина – такая система здравоохранения, при которой в расходах на охрану здоровья преобладают страховые взносы. В некоторых странах она существует наряду с государственной формой здравоохранения, не подчиняясь ей, а только согласовывая свою работу.

Финансирование (страховые взносы) поступает из 3-х источников: государство, предприятие, сами граждане. Это мобильная система рыночных отношений, где в качестве товара выступает конкретная медицинская услуга, а покупателем являются государство, предприятия, гражданин. Различают 2 формы медицинского страхования: обязательное и добровольное.

Отличительные особенности обязательного и добровольного медицинского страхования:

Обязательное медицинское страхование:

- 1) Некоммерческое.
- 2) Один из видов социального страхования.
- 3) Всеобщее и массовое.
- 4) Осуществляется государством или контролируемые им организациями.
- 5) Правила страхования определяются государством.
- 6) Страхователи - работодатели, государство, органы местной исполнительной власти.
- 7) Источник средств - взносы работодателей, государственного бюджета.
- 8) Программа (гарантированный минимум услуг) утверждаются государством.

- 9) Тарифы устанавливаются по единой утверждённой методике.
- 10) Система контроля осуществляется государственными органами.
- 11) Доходы могут быть использованы только для основной деятельности медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование:

- 1) Коммерческое.
- 2) Один из видов личного страхования.
- 3) Индивидуальное или групповое.
- 4) Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности.
- 5) Правила определяются страховыми организациями.
- 6) Страхователи - юридические и физические лица.
- 7) Источник средств - личные доходы граждан, прибыль работодателей
- 8) Программа определяется договором страховщика и страхователя.
- 9) Тарифы устанавливаются договором страховщика и страхователя.
- 10) Система контроля устанавливается договором субъектов страхования.
- 11) Доходы могут быть использованы для любой коммерческой и некоммерческой деятельности.

Медицинское страхование на современном этапе в мировом понятии – это новый элемент экономических отношений в условиях рынка. Их суть – создания системы охраны здоровья и социального обеспечения, гарантирующий всем жителям доступную квалификационную медицинскую помощь независимо от социального положения и уровня доходов. Ведущем видом медицинского страхования является обязательное медицинское страхования.

В России, например, в настоящее время на него расходуется 3,6 % средств по отношению к фонду оплаты труда. Этот гарантированный государством целевой фиксированный взнос представляет собой экономическую базу здравоохранения.

Как всякая система, страховая медицина базируется на определенных принципах. Страховая медицина является ведущей формой здравоохранения в Канаде, Франции, Германии, Японии, Финляндии, России (с 1993г.) и др. странах.

Основные принципы страховой медицины:

1 Медицинскому страхованию подлежит всё население: работающие и неработающие лица. Оно должно быть всесторонним и универсальным, включающим профилактику, лечение, реабилитацию. Всем застрахованным по данной программе обеспечиваются равная медицинская помощь. Это означает, что каждый ид медицинской помощи на основании медико-экономических стандартов, включает определенный объем и качество медицинских услуг. А те услуги, которые оказываются вне программы, должны оплачиваться дополнительно самим пациентом при предварительном его уведомлении. Страховая компания может истратить только оговоренную сумму финансируемых средств, то есть лишь те

средства, которые есть в наличии по программе.

2 Страховая медицина использует высокоэффективные, проверенные медицинские технологии. Чем лучше оборудование, тем выше качество лечения, а значит, короче срок пребывания в стационаре, больше оборот койки, выше эффективность. Страховые компании берут на себя оплату по уходу за больными, так как это дешевле.

3 Система обязательного медицинского страхования строится на безвозвратной основе. Застрахованный и обладающий страховым полюсом гражданин имеет полное право получить медицинскую помощь на любой территории страны независимо от места проживания, также право выбора лечебного учреждения и лечащего врача в пределах лечебных учреждений, с которыми страховая компания заключила договор.

Каждый гражданин имеет право на добровольное медицинское страхования, на медицинские услуги, которые выходят за пределы установленного минимума.

4 Страховая медицина – это медицина, не признающая дефицитов. Пациенту гарантируется предоставления высококвалифицированная медицинская помощь.

5 Страховая медицина требует высокой медицинской культуры профессионализма. Каждый сотрудник (врач, сестра, лаборант, фельдшер и др.) должен получить лицензию (разрешение) на определенный вид деятельности. Страховые организации заключают договоры в соответствии с лицензиями. Это стимулирует заинтересованность каждого сотрудника в повышении квалификации.

6 Страховая медицина заставляет каждого человека заботиться о своем здоровье. Тому, кто не заботиться о своем здоровье, приходится платить за страховку большую сумму денег. Страховая медицина требует высокой организованности населения.

7 Страховые медицинские компании тщательно просчитывают эффективность новых технологий и только при наличии несомненных преимуществ применяют их.

Особенности и проблемы стран с системой социального страхования здоровья

Наибольших успехов в развитии систем страхования здоровья добились такие страны, как: Германия, Франция, Нидерланды, Австрия, Бельгия, Япония. Становление и развитие страховой медицины во всех странах Западной Европы, Америки, России происходило в один исторический период времени и было обусловлено развитием капиталистических экономических отношений.

В России в конце 19 века возникли первые больничные кассы под покровительством предпринимателей. Фонды больничных касс составлялись из членских взносов участников касс при незначительных субсидиях со стороны работодателей. В 1912 году законом Государственной Думы было введено обязательное страхование рабочих. В 1916 году существовало 2403 больничных кассы. В 1917-1918 гг. в системе

здравоохранения была подключена сеть амбулаторного обслуживания. Однако, гражданская война, разруха, эпидемии определили государственную систему здравоохранения и фактического запрета частной практики врачей.

Рассмотрим организацию медицинского страхования в странах, отличившихся большими успехами в области охраны здоровья населения. В течении столетий социальная защита в Европе организовывалась гильдиями и ассоциациями рабочих, формировавших страховые фонды по профессии.

В Германии сохранилась структура страховых фондов: **по профессии, территориальные и эрзац-кассы**. Еще в 1838 году небольшие фонды на предприятиях сливались в более устойчивые, объединяя рабочих в регионе. В 1883 году законом Бисмарка об обязательном страховании наряду со страховыми компаниями по профессии были организованы страховые фонды. После второй Мировой Войны обязательное страхование распространилось на фермеров, сельскохозяйственных рабочих, шахтеров, моряков и пр. Помимо основных фондов они создавали дополнительные фонды называемые «эрзац кассами».

В 1990-е годы наибольшее число подписчиков (44,1%) относились к территориальным кассам; 34,3% - к эрзац кассам; 11,6% - к кассам «на рабочих местах»; 5,1 – к профессиональным кассам; 2,1% - к сельским кассам; 2,8% - к двум братствам. С ростом числа менеджеров, служащих и интеллигенции возрастает роль эрзац касс, имеющих меньший размер страховых взносов и большой выбор медицинских услуг. Эрзац кассы не могут претендовать на сверх прибыль, отказывать хроническим больным и обязаны перечислять средства в другие фонды.

Правительствами земель по согласованию с федеральным правительством устанавливаются предельные размеры взносов в страховые кассы. Усиливается контроль за расходованием средств. В законодательном порядке устанавливаются общенациональные стандарты медицинской помощи.

Одновременно развивается частная система страхования. Около 8% населения Германии получают частные полисы наряду с социально - страховыми взносами. Стоимость частного страхового полиса достаточно высокая. Это делает их доступными только для предпринимателей и высокооплачиваемых служащих. Краткая справка о причинах смерти в Германии: (на 1997г.)

- 1) – болезни сердечно - сосудистой системы – 49,1 %;
- 2) – злокачественные опухоли – 23,9 %;
- 3) – болезни органов дыхания – 5,9 %;
- 4) – неестественные причины (несчастные случаи, отравления, убийства) – 4,8 %;
- 5) – все остальные – 16,3 %.

В Германии традиционно функционируют службы здоровья, имеющие обширную систему социальной помощи и охраны здоровья на высоком уровне. Задачи общественной системы здравоохранения в Германии:

- 1) – выявление, предотвращение и контроль за инфекционными заболеваниями, включая заболевания, передаваемые половым путем;

- 2) – внедрение гигиенических мер;
- 3) – представление интересов по охране здоровья в организациях по защите окружающей среды и защите от радиации;
- 4) - оказание помощи матерям и детьми грудного возраста;
- 5) – организация консультаций по вопросам здоровья для инвалидов;
- 6) – помощь лицам с психическими заболеваниями;
- 7) – оказание помощи туберкулёзным больным.

Службы здоровья и социальные службы в Германии являются самостоятельными и раздельными институтами.

Во Франции в 19 веке было более 5 тыс. обществ взаимопомощи, помогающих в случаях потери работы, болезни или выхода на пенсию. Некоторые общества содержали центры здоровья, нанимали врачей, но чаще возмещали расходы пациента после независимого врача. В 1928 году фонды взаимопомощи преобразованы в страховые компании. Но из-за небольшого количества подписчиков они были малоэффективны.

В 1948 году реформой образованы многочисленные кассы, находящиеся под правительственным контролем и построенные по профессиональному принципу. После некоторых реорганизаций была установлена единая иерархия касс, согласно которой первичная касса в страховании здоровья подчиняется региональному учреждению, которое в свою очередь координируется Национальной страховой организацией, которая подчиняется Министерству социального обеспечения и труда.

Фермеры сохранили свои страховые компании, но они подчиняются правительственному регламенту.

Помимо вышеперечисленных учреждений во Франции функционируют многочисленные общества взаимопомощи, осуществляющие дополнительные к обязательному виды страхования, например, компенсацию личных расходов в кассах общего режима, объем которых составляет около 30 %, а так же оплату лекарственной, зубоврачебной помощи и т.п. В настоящее время сохраняется исторически сложившийся принцип организации этих обществ. Национальное общество взаимопомощи работников системы образования имеет собственную сеть психиатрических клиник. Общества взаимопомощи участвуют в оплате счетов своих подписчиков первичным страховым кассам. Общества предлагают своим подписчикам помощь по уходу за престарелыми. Деятельность всех обществ взаимопомощи координируется Национальной федерацией.

Обязательным страхованием во Франции охвачено 78,4 %. Более половины застрахованных состоят в 57 обществах, имеющих свыше 100 тыс. подписчиков. Франция имеет развитую сеть частных страховых компаний. Около сотни компаний специализируется на страховании жизни, здоровья в полном объеме и осуществляет дополнительное страхование, в том числе на случай потери трудоспособности, автокатастрофы и т.д.

В Нидерландах до установления в Голландии регулируемого страхования здоровья в ней было несколько сотен обществ взаимопомощи и страховых компаний. Некоторые из них объединяли различные группы, включая

членов из различных регионов. Большинство обществ были малыми организациями, состоящими из подписчиков небольшого города, наделного предприятия или религиозной общины.

В 1940-е годы было введено регулируемое страхование здоровья определены стандарты страхования; небольшие фонды объединялись в более крупные фонды сходного типа создавали национальные федерации, осуществляющие несколько видов страхования, в том числе и страхование здоровья. К началу 1990-х годов около 60% населения Голландии состояли в системе регулируемого страхования. Более 30% - выбрали частные страховые компании. Частные страховые компании привлекают подписчиков меньшим размером взносов соответственно и меньшим количеством услуг. Около 40 % частных страховых компаний составляют групповые контракты между предпринимателями и страховыми компаниями. Реформы 1990-х годов сгладили разницу между регулируемым и частным рынком. Теперь каждый выплачивает страховой налог, независимо от дохода.

Для Бельгии характерно преобладание обществ взаимопомощи, часть из них находится под влиянием церкви, часть организована социалистической партией, но большинство не вовлечено, ни в политику, ни в религию. После 1945 года страхование здоровья в Бельгии стало обязательным, общества взаимопомощи, фонды доступны всем профессиям.

В Бельгии действует 5 основных национальных союзов страховых сообществ: социалистические - 26,3%; либеральные сообщества – 6,6 %; национальный союз нейтральных сообществ – 9,8 %; национальный союз по профессиям - 11,5 %; прочие союзы – 0,9 %;

Местные страховые фонды принадлежат религиозным ассоциациям, но строятся они по этническому фактору (фламандский или французский язык). В 1990 году возник новый национальный институт свободных обществ взаимопомощи по профессиям, который объединил около 16% населения страны, а союз нейтральных обществ сократился до 15% подписчиков. Частные страховые компании Бельгии специализируются на автокатастрофах и платежах по инвалидности и дополнительных полисах.

В Швейцарии в 19 веке произошло становление небольших обществ взаимопомощи, специальных профессиональных фондов, частных страховых компаний и других форм становлений. Швейцария не приняла немецкий тип страхования из – за сопротивления бизнесменов, страховых налогов, болезни усиления федеральной власти, нежелание религиозных организаций повышать роль социальной защиты. В 1911 году Федеральное правительство законодательно утвердило субсидии тем страховым кассам, которые принимают любого гражданина; обеспечивают регламентированный объем услуг; оплачивают счета врачей согласно правилам; ограничивают прибыль; отчитываются перед национальным правительством.

Страховые компании, субсидируемые правительством, вальвируют по организации и организации. Большинство общественных страховых компаний действуют в пределах одного региона. Они охватывают 5,2% населения; 6,8% подписчиков объединяются профессиональные страховые

компании.

Кроме этого в стране есть компании, не связанные с административным делением страны и охватывают население независимо от места проживания. Все страховые компании, не зависимо от форм собственности, открыты для всех подписчиков. Органы государственного управления дотируют их, интегрируют в единую систему страхования здоровья. Частный сектор, не контролируемый правительством, невелик. Объем идентичен дополнительному страхованию в регулируемой системе. Так, частные полисы имеют 3,5% населения Швейцарии на дополнительные услуги при госпитализации.

В Канаде система организации здравоохранения считается оптимальной системой страхования здоровья. Канадская модель считает в себе элементы медицины, ориентированной на прибыль, с равной доступностью для жителей страны медицинских услуг достаточно высокого качества, что обеспечивает высокие показатели здоровья населения. Канадская модель основана на общенародной программе страхования по принципу предварительного финансирования и представлением права на полное медицинское обслуживание каждому гражданину не зависимо от его материального положения, место жительства, возраста, рода занятий.

Финансирование здравоохранения осуществляется централизованно и территориально. Это стимулирует местные органы власти и Федеральное правительство проводить общенациональную политику охраны здоровья. В Канаде введен лицензированный порядок создания новых стационаров, модернизации больниц, приобретения новых видов оборудования. При этом существует ограничение на расширение рыночного фонда, установлены квоты на подготовку новых врачей, на федеральном уровне ограничиваются территориальные органы управления.

В настоящее время в Канаде происходит переориентация политики здравоохранения: на первый план выдвигается рациональное питание, стабильность экосистемы, адекватные жилищные условия, улучшение условий труда. Канадская модель базируется на том, что улучшение общественного здоровья, прежде всего, связано с поддержанием здоровья и профилактикой заболеваний, а не с улучшением в системе оказания медицинской помощи. Политика здравоохранения ориентирована на целевые программы, влияющие на жизнь и здоровье населения. Это – борьба с курением; злоупотреблением алкоголем; употреблением наркотиков; рациональное питание и т.д.

Широкое вовлечение населения Канады в укрепление своего здоровья реализуется через различные добровольные формальные и неформальные организации (ассоциация жильцов, добровольные агентства, группы самопомощи и пр.)

Швеция – конкретный пример обеспечения равных возможностей для всех как в создании здорового образа жизни, так и в доступности медицинских услуг. В 1983 году в Швеции вышел Закон о здравоохранении, согласно которому главная цель национального здравоохранения – хорошее

здоровье и медицинская помощь на равных условиях для всего населения. Всеобъемлющая система страхования на случай болезни охватывает практически все население Швеции.

В последнее десятилетия наблюдается общая тенденция к снижению числа коек, в основном педиатрических и дерматовенерологических при росте терапевтических, и происходит сокращение длительности пребывания в стационаре. Наряду с районными больницами получили развитие сеть домов сестринского ухода. Число частнопрактикующих врачей снижается. Начиная, с 1970-х годов в стране особое внимание уделяется развитию первичной медико-санитарной помощи. Несмотря на высокий уровень жизни, Шведская модель имеет и специфические недостатки: тенденция к уравниванию доходов снижает роль материального стимулирования; значительное участие государственных структур порождает бюрократизацию и способствует эффективности медицинской помощи. Медико-социальная политика в Швеции направлена на активное вовлечение населения к укреплению своего здоровья; учитывание реальных потребностей в укреплении здоровья при распределении ресурсов; приоритет групп риска в оказании медико-социальной помощи; разработку долгосрочных государственных программ по улучшению здоровья нации.

В Финляндии для всего населения доступны услуги по планированию семьи, которые представляют и муниципальные службы и частные. В последние годы широко используют помощь семейных врачей, проводится профилактическая работа в области болезней, передаваемых половым путем, в том числе и ВИЧ – инфекции. Государство финансирует общественные организации по проблемам СПИДА, которая оказывается ВИЧ – инфицированным и их семьям, различные виды социальной помощи, психологическую поддержку, анонимное консультирование.

Частная медицина

Предпринимательская форма здравоохранения базируется на принципе: сохранение здоровья является личным делом каждого человека. Население несет полностью все расходы на оказание медицинской помощи. Если в стране преобладают расходы на прямые медицинские услуги, то это и есть частно-предпринимательская форма здравоохранения. Она весьма дорогостоящая. Затраты на оказание медицинской помощи часто могут выходить за пределы финансовых возможностей населения, тогда оно остается без медицинского обслуживания. В наиболее полном виде частное здравоохранение представлено в США, ЮАР и Люксембурге. В этих государствах в той или иной мере развиты и другие формы здравоохранения. И так, различием между государственной, страховой и частичной системами (формами) здравоохранения является источник финансирования.

Основные принципы частной формы здравоохранения:

- предпринимательская система здравоохранения - это преимущественно платная система, которая финансируется из личных средств населения и медицинское обслуживание представляется на платной основе. Здравоохранение является не только видом медицинской деятельности, но и

бизнесом: врач продает свои услуги, а больной их покупает.

Медицинскую помощь населению оказывают частно–практикующие врачи, которую получают платя за это непосредственно от больного или через страховую организацию. Они организуют прием больных в частных кабинетах за гонорары. Приемная врача, оборудование, инструменты – все это частная собственность врача. Творческие мотивы и профессиональные обязательства дополняются экономическими стимулами.

Действуя по договорной основе, врач частной практики обладает определенной автономией, то есть, он может работать по совместительству в больнице, набирать на работу помощников, оплачивать их труд.

В последние годы широко распространилась система групповой практики, когда в одном помещении принимают больных несколько (5 – 7) врачей - специалистов. Это позволяет совместно принимать решения при сложных случаях, приобретать дорогое оборудование, нанимать сестринский персонал. Объем и качество медицинской помощи определяется денежными средствами, затраченными на страховые полисы.

Люди с плохим состоянием здоровья и высокой вероятностью заболевания страхуются на большую сумму и могут рассчитывать на оплату более значительных счетов за лечение. И именно эта зависимость объема медицинской помощи от размеров взноса, то есть, от платежеспособности человека, отличает частное страхование, при котором каждый платит сам за себя, от социального, где действует принцип общественной солидарности.

США – классический пример преимущественного финансирования медицинской помощи из средств граждан. Здесь отсутствует система государственного страхования. Около 90% американцев пользуются услугами частных компаний страховых, затрачивая больше 10% семейного дохода. Объем медицинской помощи в этих условиях зависит от различных взносов и фактически каждый платит из собственных средств и только «за себя».

До 1930-х годов страхование здоровья американцев осуществлялось за счет фондов обществ взаимопомощи или наличной оплаты врачей, оказывающих помощь. Эти формы создавались эмигрантами, профсоюзами религиозными общинами. Являлись небольшими локальными организациями. В эти годы зарождалось ведомственное здравоохранение в США. Многие предприниматели в тяжелой промышленности нанимали врачей для оказания помощи сначала только при несчастных случаях, позже за дополнительную плату врачи стали обеспечивать работников медицинской помощью. В то же время услуги по медицинскому страхованию на случай госпитализации оказывали отдельные страховые компании, специализирующиеся на страховании жизни, однако число их в 1930-е годы было незначительно.

Если в Европе исторически сложившееся социалистическое и профессиональное движение и добивалось превращения обществ взаимопомощи в систему регулируемого страхования здоровья. В США не было предпосылок для формирования регулируемого страхования здоровья,

отсутствовало социалистическое движение, а так же конкурирующее с ним христианское, и профсоюзы были слишком слабы. Во время депрессии 1930-х годов многие страховые компании разорились. Больницы, и госпитальные ассоциации штатов вынуждены были создавать системы страхования, т.е. (предварительной оплаты) на случай госпитализации.

Программа, объединяющая группу госпиталей, получила название Голубой крест. Организующую и управляющую роль в этой программе получила Американская госпитальная ассоциация, обеспечивающая сбор взносов, вела переговоры с больницами, оплачивала их счета. Таким образом, в США сформировалась жесткая частная система финансирования медицинской помощи населению.

В результате чего в США работающая часть населения (моложе 65 лет) практически лишена правительственной субсидии, а между страховыми компаниями идет жесткая конкурентная борьба. Большинство не застрахованных занято в производстве. И три четверти составляют работающие и члены их семей, большинство из которых трудятся в малых фирмах.

В США Специальная Комиссия Конгресса США в 1990-ом году констатировала неблагополучие в состоянии страхования здоровья населения и предложила реформу страхового рынка США на основе правительственной системы, обосновав ее основные положения в докладе «Призыв к действию» В результате в США были созданы 2 государственные программы:

1. помощь беднякам (Medicaid);
2. помощь пожилым людям (Medicare).

Обе программы реализуются за счет, как государства, так и штатов. Администрация штатов руководит программой в соответствии с правительственными законами. Но она не в состоянии обеспечить все бедное население Америки. По статистике каждый четвертый бедняк (т.е. семейный бюджет ниже 25% уровня черты бедности) не получая медицинской помощи ни от одной государственной программы. Установлено, что незастрахованные лица с серьезными заболеваниями в 2 раза реже посещают врача, чем такие же больные, но застрахованные, и часто откладывают визит к врачу при легких симптомах, что увеличивает расходы на не обходимую помощь. Хотя правительственные программы обеспечивают определенную помощь, тем, кто не может заплатить за нее, основной объем помощи оплачивается за счет застрахованных.

В здравоохранении США существуют главные проблемы:

- 1) снижение доступной экстренной помощи;
- 2) происхождение удорожания медицинских услуг, в том числе и помощи при наркоманиях, СПИДЕ, преступности;
- 3) увеличение числа малоимущих граждан, не имеющих страховки;
- 4) слабо развивается общественное здравоохранение.

По мнению комиссии конгресса США, реформа здравоохранения должна осуществляться через укрепление существующих систем путем проведения федеральных инициатив по стабилизации цен на медицинские услуги и

развития контроля качества.

Основные положения концепции реформ здравоохранения в США

1. Работодатели и правительство должно обеспечить минимальный уровень медицинской помощи для работающих и неработающих. Владельцы больших предприятий обязаны обеспечить страхование всех работающих. Страхование всех сотрудников малых фирм должно стимулироваться через налоговую систему.

2. Необходимо объединение усилий предпринимателей, наемных рабочих и правительства в финансировании медицинской помощи.

3. Частное страхование компании и правительство совместно должно обеспечить медицинскую помощь при укреплении позиции как частного, так и общественного сектора.

4. Выделение федерального пакета минимума медицинских услуг предусматривающего профилактическую и первичную помощь, а так же врачебную для всех групп застрахованных и установление базового уровня обеспечения медицинской помощью незастрахованного населения. Это позволило перейти к всеобщему обеспечению населения медицинской помощью и предоставит соответствующие гарантии.

5. Поэтому проведение реформ предусматривают в первую очередь страхование всех беременных женщин и детей, которые не имеют страховки, а также повышение доступности частного страхования для владельцев малых предприятий. Введение ряда льгот и правовых норм для широкого участия предпринимателей в страховании своих подписчиков. Распределение правительственных субсидий на всех неработающих. Таким образом, концепция реформы предусматривает последовательное проведение мер, государственного регулирования системы здравоохранения США с целью всеобщего обеспечения населения медицинской помощью. Несмотря на частный характер в целом американская система здравоохранения характеризуется высокой степенью социальной ответственности бизнеса за сохранение здоровья наемной рабочей силы. Дешевая рабочая сила не может быть здоровой, а значит и продуктивной, элементарная истина, усвоенная цивилизованными предпринимателями.

В целом и государственная и частная формы здравоохранения показали, что потери от заболеваемости с временной трудоспособностью или преждевременная инвалидность существенно выше тех затрат на здравоохранение, которые могли бы предотвратить эти потери. Анализ показывает, что резкие формы здравоохранения нередко приводят к внешне схожим решениям в организации медицинской помощи.

В современных условиях в разных странах по-разному происходят реформы в здравоохранении. Так, например, в одних реформы включают рост числа врачей, в то же время как другие национальные программы развития здравоохранения предусматривают сокращение медицинского персонала. Так, прогноз подготовки врачебных кадров в Японии показал, что к 2015 году при сохранении существующего уровня здравоохранения и обучения врачей образуется 10% избытка их.

Во избежание этого планируется и происходит сокращение выпуска врачей на 10 %, стоматологов – на 20%, с перераспределением врачей в сельские работы, где все еще ощущается дефицит медицинских кадров.

Во Франции ежегодный прирост численности медработников равен приросту населения и составляет 4%. При этом прогнозируется рост численности врачей, особенно в таких областях как промышленная медицина, гигиена внешней среды и т.д.

В США предполагалось, что увеличение числа врачей с 1970 года по 2000 год составит 150 – 240 на 100 тыс. населения. Только одно постарение населения США потребует к 2020 году. Увеличение количества мест в медицинских учреждениях на 40% и соответствующего роста числа медицинских работников.

В современных условиях приватизации здравоохранения невозможно ни в одной стране мира, поэтому необходим баланс между государственной и частной медициной в рамках унитарной системы здравоохранения.

Характерные особенности, присущие здравоохранению всех странах:

- 1) – отсутствие единого источника финансирования;
- 2) – недостаток средств здравоохранения;
- 3) – во всех странах мира происходит реформирование здравоохранения в следующих направлениях:
 - а) поиск дополнительных источников финансирования;
 - б) улучшение ресурсов здравоохранения; более рациональное их использование;
 - в) повышение эффективности использования материально – психической базы;
 - г) повышение качества медицинской помощи.

В некоторых государствах мира широкое распространение получила благотворительность. В деле охраны здоровья населения участвует церковь. Во многих государствах функционируют госпитали Международного Красного Креста. Мировое сообщество призывает к совместным действиям по сбережению здоровья человечества на планете. В 1937 году Всемирной ассамблеей здравоохранения приняты основные принципы развития здравоохранения. Они ориентированы на рациональное строительство в каждой стране служб и систем здравоохранения, в максимальной мере отвечающих интересам своих народов.

Наиболее значимые принципы развития здравоохранения

- 1) ответственность государства за охрану здоровья населения; создание единого национального плана здравоохранения;
- 2) развитие общественной и индивидуальной профилактики;
- 3) обеспечение населения квалифицированной, общедоступной медицинской помощи;
- 4) широкое достижение медицинской науки;
- 5) привлечение к участию в проведении всех программ здравоохранения широких курсов населения.

Большинство из этих принципов внедрены в практику здравоохранения

Республике Беларусь.

Контроль качества медицинской помощи

В литературе встречается множество формулировок понятия «качества медицинской помощи». Это связано с тем, что качество медицинской помощи является сложной, многокомпонентной категорией. В большинстве развитых стран используется формулировка ВОЗ. Исходя из этой формулировки Качество медицинской помощи можно определить как оценку медицинской деятельности по отношению к больному с 4-х позиций:

- 1) доступности медицинской помощи;
- 2) безопасности медицинской помощи;
- 3) оптимальности медицинской помощи;
- 5) удовлетворенности пациента.

Поскольку «качество медицинской помощи» является многокомпонентной категорией, следовательно, выделяют 3 компонента и 3 подхода к обеспечению и оценки качества:

- 1) структурное качество (структурный подход);
- 2) качество технологии (процессуальный подход);
- 3) качество результата (результативный подход);

Структурный подход – (качество) – это высокая квалификация кадров, наличие и состояние оборудования, зданий, лекарственное обеспечение и сумма знаний и умений лечебно-диагностические манипуляции.

Качество технологий — создание лечебно-педагогических условий и мероприятий, оказываемые конкретному пациенту.

Качество результата — отношение фактически достигнутых с реально планируемыми результатами. Планируемые результаты — это динамика состояния здоровья конкретного пациента; результаты лечения всех больных в ЛПУ за отчетный период; состояние здоровья населения территории.


Система обеспечения качества медицинской помощи состоит из 3-х элементов: участники контроля (то есть те, кто должен осуществлять контроль); средства (с помощью чего осуществляется контроль); механизмы контроля (каким образом осуществляется контроль, последовательности действий).


В настоящее время используется более десятка различных методов и соответствующих им средств контроля медицинской помощи.

Основные средства контроля качества медицинской помощи: медицинские стандарты; показатели деятельности; экспертная оценка.

Стандарты — это нормативно-технические документы, регламентирующие нормы, правила, обязательные требования.

Выделяют следующие виды медицинских стандартов:

 По административно-территориальному делению (международные, национальные, территориальные, локальные).

 По объемам стандартизации: структурно- организационные,

профессиональные, технологические (медико-экономические, экологические).

✚ По механизму использования (простые и групповые).

В мировой практике сложилось два подхода к созданию и использованию стандартов.

Первый подход предусматривает наличие только одного стандарта (простой стандарт). Поэтому определение соответствия стандарту осуществляется по системе «соответствует - не соответствует». Несоответствие обуславливает отказ выдачи сертификата, (лицензии).

Второй подход предусматривает разработку и использование комплекса стандартов одного вида, иерархически связанных между собой (групповой стандарт). Определение соответствия медицинских услуг осуществляется по схеме: «Соответствует стандарту высшей категории (класса, разряда) – соответствием, стандарту общей (базовой) категории – не соответствует ни одному из стандартов». В этом случае выдается сертификат соответствующей категории.

Основные элементы механизма обеспечения качества медицинской помощи являются: сбор и анализ информации; принятие управленческих решений направленных на создание благоприятных условий для оказания качественной медицинской помощи; контроль реализации принятых решений.

Управление качеством медицинской помощи за рубежом

За рубежом преобладают концепции, методы и формы управления качеством медицинской помощи, разработанные в США. Среди различий, особенно в области контроля за качеством, в западноевропейских странах и США выделяют преимущественно масштабы охвата медицинских учреждений и служб программами контроля. Разделение между контролем качества и управление качеством во многом условно. Контроль качества медицинского обслуживания включает методические вопросы разработки критериев и стандартов качества, проведения на их основе сравнительно анализа качества. В западноевропейских странах программы контроля качества более дифференцированы и локализованы, по сравнению с США. Высококачественная помощь пациентам – высшая цель любой системы здравоохранения, особенно в США и в Англии.

В основу управления качеством медицинского помощи положен метод «непрерывного улучшения качества», как комплексный подход к качеству, эффективности и руководству.

Метод основан на 4 общих принципах:

- зависимость организационного успеха главным образом от соответствия продукции потребностям тех, кого обслуживают (то есть пациентам);
- качество (понимаемое как способность отвечать запросам населения);
- большинство работающих настроены на интенсивную и качественную деятельность;
- простые статистические методы в сочетании с анализом о процессе деятельности медиков.

Первоначально система управления качеством охватывала преимущественно медико-технические направления (лабораторное дело, фармакологии т.д. для которых стандартизация или нормирование) деятельности и результатов были не слишком сложными.

С 1960-х годов в центре внимания оказалась деятельность врачей. Исследования были сосредоточены на организационных формах работы; квалификации медицинского персонала и других аспектах качества структуры.

Система управления качеством медицинской помощи учитывает интересы больных, врачей, страховых компании и др. За рубежом стандарты рассматриваются как гарантия стремления учреждений здравоохранения не только обеспечению высококачественной помощи, но и ее совершенствованию.

В 1986 году в Бюллетене Администрации финансировании здравоохранения США, при анализе уровня летальности в больницах, отмечена важность проблемы оценки качества через результат, то есть уровень летальности, даже если он учитывает тяжесть заболевания, сам по себе не может характеризовать уровень качества.

Однако с учетом тяжести заболеваемости эти данные могут определить круг проблем качества услуг, а так же проанализировать состояние лечебно-диагностической работы.

Объем медицинской помощи является важным элементом качества. В 1990-1991 гг. исследовали соотношение между объемом хирургических процедур. Выявлено при анализе 12 видов операций в 1500 больницах, что смертность зависит от вида оперативных вмешательств: для операций на открытом сердце, сосудах, резекции простаты и при открытом шунтировании сердца уровень смертности на 25-41% ниже в госпиталях и больницах. При других вмешательствах результаты не отличались...

Кочевыми фигурами в повышении качества медицинского обслуживания являются руководители лечебных учреждений; врачи медицинский персонал.

Десятиступенчатый контроль и оценка качества медицинской помощи в США, включающие текущий контроль лечения, оценку, выявление недостатков в лечении и улучшение его качества.

1. **Определение ответственности.**
Руководитель каждого отделения ЛПУ должен отвечать за контроль и оценку, распределять ответственность за конкретные обязанности.

2. **Определение объема лечения.** Каждое отделение должно вести журнал клинической деятельности. Установленный объем лечения является основой для выявления аспектов медицинской помощи.

3. **Определение важных аспектов лечения,** связанные с высоким риском, большим объемом и сложностью. Персонал должен выделить их, чтобы сфокусировать контроль на тех областях деятельности, которые оказывают наибольшее влияние на качество лечения пациентов.

4. Определение индикаторов качества для каждого важного аспекта лечения. Индикатор- это объективная измеряемая переменная величина, связанная со структурой, процессом или результатом лечения.

5. Установление « порогов» для оценки. Они могут быть основываться на данных литературы, клинической практики, на конкретном опыте лечебного учреждения. Порог для каждого индикатора.

6. Сбор систематизация данных, относящихся к индикаторам, должен осуществлять определенный штат сотрудников.

7. Оценка лечения для изучения имеющихся проблем, найти методы, улучшающие их работу.

8. Принятие мер для решения проблем. Разработка плана действий на всех уровнях.

9. Оценка эффективности действий должна быть зафиксирована документально.

10. Передача соответствующей информации в программу по улучшению качества медицинского обслуживания, реализуемую в ЛПУ. Выводы и заключения по результатам контроля и оценки, включая действия, должны быть зафиксированы документ, только и переданы в информационный канал СМИ.

Другими важными исправлениями качества и управления качеством медицинского обслуживания в США являются: непрерывных совершений; врачей: периодическая аттестация и переаттестация врачей- специалистов; анализ деятельности врачей. Итак, многогранная деятельность является ключевой в оценке вклада каждого специалиста в лечебном учреждении.

Наиболее крупные влиятельные международные организации в социальной сфере

Международный Совет по социальному благосостоянию: защищает основные права на выживание, пищу, ночлег, образование, здоровье, заботу и безопасность; способствует снижению уровня бедности, нужды, уязвимости человека; свободе самовыражения и равному доступу людей к социальным благам; снижению разрыва в уровне жизни людей, уменьшению числа социально обездоленных, ликвидации массовой миграции и расовых конфликтов; координирует деятельность общественных и государственных организаций.

Международные центры социального сотрудничества созданы по инициативе ООН после Второй Мировой войны с целью координации состояния социальных прав человека, подготовки программ сотрудничества социальной помощи детям, инвалидам, семье.

Европейский центр по политике и исследованиям в области социального благосостояния был образован в 1974 г. Как международный и неправительственный центр по вопросам социального развития и подготовки специалистов.

Международная федерация социальных работников - совершенствование

социальной работы как профессии; поддержка национальных ассоциаций в вопросах социального планирования; расширение контактов и обмен опытом социальных работников всех стран; соблюдение и совершенствование кодекса этики профессионализма социального работника.

Функции: распространяет информацию через бюллетень организации; осуществляет технический и профилактический анализ; обеспечивает проблемы профессии; собирает средства среди состава; информирует и молодых специалистов о возможностях трудоустройства и повышения квалификации.

Главным органом ОБСЕ является совещание глав государств и правительств. Каждые 2 года оно собирается на сессии. Совещание определяет приоритеты и основные направления деятельности ОБСЕ. ОБСЕ состоит из представителей парламентов стран, подписавших Хельсинский акт 1975 года. ОБСЕ осуществляло посреднические миссии в Чечне, Абхазии, Приднестровья и других «горячих» точках Европы и Азии.

Международные кредитные, валютно-финансовые организации

Из многочисленных организаций занимающихся валютно-финансовыми проблемами (а их более 40) наиболее крупными являются: Международный банк реконструкции и развития (МБРР), Международный валютный фонд (МВФ) и другие, входящие во Всемирный банк.

Международный банк реконструкции и развития (МБРР) создан в соответствии с Соглашением, подписанным в Бреттон-Вудсе (США) в 1946 году. Специализированное учреждение ООН. Целями МБРР являются:

- Оказание помощи в реконструкции и развитии территории государств – членов путем осуществления капиталовложения в продуктивных целях, в том числе для восстановления экономики, конверсии, производственных предприятий.

- Оказание содействия частным иностранным инвестициям путем предоставления гарантий или участия в займах и иных капиталовложениях.

- Содействие перспективному сбалансированному росту международной торговле и поддержке равновесия платежных балансов путем стимулирования международных инвестиций в целях развития производственных ресурсов государств – членов, способствуя тем самым повышению производительности, жизненного уровня и улучшению условий труда на их территориях.

- Организация займом или гарантий, с тем, чтобы обеспечить приоритет осуществления наиболее полезных и неотложных проектов, независимо от их масштабов.

- Осуществление операций с должным учетом воздействия международных инвестиций на условия деловой активности, а также оказания содействия в переходе от военной экономики к экономике мирного времени.

В соглашении о банке излагаются основные принципы определяющего его операции: он должен предоставлять займы только для производственных целей (таких областях, как сельское хозяйство и развитие сельских регионов,

энергетика, образование, здравоохранение, планирование семьи и питание, шоссейные и железные дороги, электросвязи, морские порты и энергетические установки) и должен уделять надлежащее внимание перспективам погашения задолженности по этим займам; каждый заем должен гарантироваться соответствующими правительством и, за исключением особых обстоятельств, должен предоставляться для осуществления конкретных проектов. Решение Банка о предоставлении займов должны основываться только на экономических соображениях. С 1980 г. МБРР предоставляет займы в поддержку программы конкретных изменений политики и институциональных реформ. С 1992г. Банк выделяет кредиты России и другим странам СНГ. МБРР имеет отделение в Африке, Европе и Латинской Америке. Членами МБРР являются около 180 стран в том числе Россия. Штаб-квартира Банка расположена в Вашингтоне.

Международный валютный фонд (МВФ) создан в соответствии с Соглашением, подписанным в Бреттон-Вудсе (США) в 1944 году. Специализированное учреждение ООН. В соответствии со статьей 1 Соглашения 1944 года МВФ имеет следующие цели:

- Содействовать международному сотрудничеству путем обеспечения механизма для консультации согласованных действий по международным валютным вопросам.
- Способствовать сбалансированному росту международной торговли и тем самым содействовать высоким уровнем занятости и реального дохода и развитию производственных возможностей.
- Способствовать стабильности валют и упорядоченным валютным отношениям и избегать конкурентного обеспечения валют.
- Содействовать созданию многосторонней системе платежей и переводов по текущим операциями стремится к устранению валютных ограничений, препятствующих росту мировой торговли.
- Временно предоставлять общие ресурсы Фонда государствам – членам при надлежащих гарантиях, с тем, чтобы они могли исправить нарушение равновесия их платежных балансов, не прибегая к мерам, и наносящим ущерб процветанию на национальном и международном уровнях.
- Сократить продолжительность и масштабы дефицита платежных балансов.

Уставной капитал МВФ составляет 150 млрд. \$. Он формируется за счет взносов государств – членов. Квота России составляет 1413,10 млн. СДР (6026 млн. \$.) то есть 3% уставного капитала. Членами МВФ является 181 государство, в том числе Россия. Штаб-квартира МВФ находится в Вашингтоне.

Руководящими и постоянными вспомогательными органами МВФ являются: Совет управляющих, Всемирный комитет (состоит из 24 членов), Комитет по развитию, Исполнительный Совет трансформации, Фонд структурной адаптации. В рамках МВФ функционирует Институт, который организует курсы и семинары по повышению квалификации государственных служащих из стран – членов МВФ.

Тема: ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ОТДЕЛЬНЫХ СТРАНАХ

Вопросы:

Организация служб здравоохранения в Великобритании

Медико-социальная помощь пожилым людям в Великобритании

Организация служб здравоохранения во Франции

Медико-социальная помощь пожилым во Франции

Медико-социальное обслуживание в Германии

Реабилитация инвалидов в Германии

Управление здравоохранением в США

Принцип организации страховой медицины в США

Общественное здравоохранение в США

Система Управляемой помощи в США

Организация служб здравоохранения в Великобритании

В Великобритании превалирует (с 1946 г.) государственная система и функционирует частная (добровольная) страхование и платная медицинская помощь. Это первая капиталистическая страна, создавшая национальную службу здравоохранения.

В Великобритании действует централизованная система управления здравоохранения, которое возглавляется министерством здравоохранения и социального обеспечения. Практические функции управления здравоохранением выполняют 16 региональных служб. В задачи региональных служб входит планирование сети, кадров и финансов здравоохранения в соответствии с потребностью населения в медицинской помощи, контроль за работой врачей и лечебных учреждений. Региональным службам подчиняются 90 местных служб, которые направляют деятельность более 200 участков служб.

Бюджет здравоохранения Великобритании формируется главным образом из общих налоговых поступлений и является частью государственных финансов. Подавляющая часть (87%) расходов на медицинскую помощь покрывается за счет государства, 10% - за счет целевых взносов населения и страховых компаний; 3% - за счет поступлений от платных услуг населению.

Создание и развитие национальной службы здравоохранения облегчило доступ к медицинской помощи для многих категорий населения и обеспечило государству контроль за деятельностью медицинских учреждений, что позволило несколько сдерживать рост стоимости лечения. Однако, свободный доступ населения в медицинские учреждения, в Великобритании существует, реальные трудности для помощи в лечении.

Большая часть медицинского обслуживания предоставляется за плату, из личного бюджета пациента покрываются некоторые услуги в больницах, выходящие за рамки «общепринятых», предусматривается плата за питание в стационаре, за выписку рецептов на лекарства и очки. Лечение у стоматолога и офтальмолога оплачивается самим населением, кроме детей до 16 лет, беременных женщин и кормящих матерей. Главное препятствие – нехватка

финансов для получения медицинского обслуживания.

Частным (добровольным) медицинским страхованием в Великобритании занимаются страховые компании, как общего типа, так и специализированные. Ведущее место среди них занимает страховая компания БУПА, возникшая в 1947 году.

Главный принцип деятельности БУПА – дополнение к государственному здравоохранению. Это означает, что объектом страхования являются только платная медицинская помощь, как в коммерческих, так и государственных учреждениях.

В правилах частного медицинского страхования четко определяется набор видов медицинской помощи, предоставляемых застрахованным. Главное преимущество держателей страхового полиса - право на первоочередную больничную помощь в любой из больниц, участвующих в страховой программе. Больному предоставляется отдельная палата, выплачивается дополнительное пособие по болезни, выбор услуг восстановительного лечения.

Другой вид частного страхования - консультации специалистов.

В здравоохранении Англии выделяют службы:

- Общественного здоровья;
- Общей практики;
- Госпитальную.

В *службе общего здоровья* работают только средний медицинский персонал, акушерки, патронажные сестры, социальные работники.

Их задачи: проведение профилактических мероприятий, уход и выхаживание больных, осуществление медицинских указаний врача; при необходимости - прием родов на дому.

В *службе общей практики* работают врачи общей практики, стоматологи, офтальмологи, фармацевты. Амбулаторное обслуживание построено на коммерческой основе, осуществляется через частную практику. Основная часть населения Великобритании лечится у частнопрактикующих врачей общей практики (семейного врача).

В *госпитальной службе* заняты врачи узкого профиля. Работают по участковому принципу, ведут амбулаторный прием по специальности, оказывают помощь в стационаре. Медицинский персонал составляют работники, получающие заработную плату. 95% больниц в Великобритании принадлежат государству.

Медико-социальная помощь пожилым людям в Великобритании

В 1960 году на каждого пенсионера приходилось 4 человека трудоспособного возраста; в настоящее время – только 2. Из 58 млн. человек, проживающих в Великобритании и Северной Ирландии, 10 млн. – пенсионеры. Среди пенсионеров преобладают пожилые женщины, число их составляет 63 млн. По прогнозам численность пожилых в Великобритании к 2010 году возрастет на 9%; к 2050 году число удвоится, а количество лиц в возрасте старше 90 лет утроится. С 1970-х годов в британском законодательстве демографические процессы нашли отражение в

совершенствовании системы социальной помощи пожилым людям. В 1990-е годы – в силу вступили новые акты о здравоохранении, о поддержке инвалидов, по уходу на дому силами членов семьи, по уходу, но с приглашением сиделки.

Управление здравоохранением и социальной помощью в Великобритании осуществляется под руководством Министерства здравоохранения и социальной защиты, на региональном уровне (графствах) – отдельными управленческими структурами медицинскими и социальными. В целом в Великобритании старение населения рассматривается положительно и связывается с эффективной деятельностью системы здравоохранения. В стране были закрыты сотни больниц, обеспечивающие квалифицированный уход за пожилыми, их функции выполняют социальные службы. По мнению Министерства здравоохранения, утверждено 28 проектов, в их числе:

- «проект услуг лучшего качества»
- «проект лучшего обслуживания уязвимой части населения» и др.

В Великобритании нет единых стандартов на социальные услуги контроль за работой социальных служб осуществляет Инспекторат социальных служб в составе Министерства здравоохранения, и в нем работает 40 штатных работников.

Поскольку в Великобритании государственная система здравоохранения, медицинские услуги предоставляются населению бесплатно, а социальные – платные. Стоимость услуг разных графствах неодинакова и зависит от средств клиента.

В Великобритании Специальная Королевской комиссией, изучен вопрос по долгосрочной помощи пожилым по программе ВОЗ «Старение и здоровье». Создан документ «Хартия долгосрочного ухода», в котором изложены права пожилых, включая право на уход в учреждениях всех типов и на ознакомление о потребностях клиента в услугах.

В 1992 году введена Концепция помощи на дому и проведена реформа финансирования социального обслуживания. Созданы специальные дома-интернаты дневного пребывания. В результате значительно увеличился возраст пожилых людей: с 65 до 80 лет, переселяющихся в дома-интернаты, и сократилось количество койко-мест в больничных учреждениях, занимаемых пожилыми людьми; и возросла стоимость услуг по уходу в социально-медицинских учреждениях.

В домах-интернатах нет медицинских работников, их вызывают по мере необходимости. В среднем дома-интернаты и дневные стационары на 30-50 мест с минимальным количеством персонала, добровольцев. Философия деятельности домов-интернатов в Великобритании – проживающие в них хозяева, а обслуживающий персонал – гости. Социальные услуги на дому предоставляются только после детальной оценки потребностей клиента.

Профессиональный социальный работник в стране выступает в роли менеджера, организующего оценку потребностей и качества предоставления услуг клиенту. Составляется индивидуальная программа, государственные службы обеспечивают технические средства, оборудованием. Клиент

оплачивает часть услуг лично в зависимости от средств.

Половина услуг осуществляется местными органами власти (муниципалитетами), которые по договору с частными социальными агентствами обеспечивают социальное обслуживание населения. Клиент имеет право сам выбирать частное агентство, но покупает услуги не сам клиент, а государственный орган, отвечающий за социальное обеспечение. Причем, услуги государственных учреждений социального обеспечения стоят дороже, чем услуги частных клиентов.

Более состоятельные англичане пожилого возраста имеют возможность поселиться в специальных жилых комплексах, состоящие из благоустроенных квартир, имитирующих отдельные дома с выходом на улицу и находящимися под одной застекленной крышей. Моделируется инфраструктура города, где пожилой человек находится в комфортных условиях под постоянной опекой обслуживающего персонала.

Важнейшим в работе социального работника является реабилитационная трудотерапия. Организацией этого вида обслуживания занимается Ассоциация трудотерапевтов, которые имеют специальную подготовку. Трудотерапевт подбирает специальную программу, приспособление и оборудование. Ассоциация осуществляет деятельность на средства от взносов самих членов ассоциации, их численность превышает 15 тысяч человек. Ассоциация имеет 20 региональных подразделений и издает журнал тиражом 20 тысяч экземпляров.

Новая форма помощи пожилым в Великобритании – организация Центра реминисценции, созданного в 1993 году на базе театра студии. Цель его – пробуждение у пожилых воспоминаний, активизирующих память. По интервью драматурги пишут книги, пьесы затем ставят силами артистов студии. При центре действует музей предметов старины, отражающие уклад жизни других поколений. Функции Центра и музея состоят в активизации памяти и повышение роли пожилых в общественной жизни. Ежегодно Центр посещают около 25 тысяч человек. В нем проходят профессиональную подготовку и он функционирует на общественных началах.

Итак, в Великобритании социальное обслуживание пожилым осуществляется: дневные стационары; домах-интернатах малой вместимости; помощь на дому; специальные жилые комплексы для пожилых; реабилитационная трудотерапия; центры реминисценции (воспоминание).

Организация служб здравоохранения во Франции

Франция является страной с широко развитой системой страховой медицины, но значительная роль принадлежит частному сектору. Определяемую роль играет государственная служба здравоохранения. Высшим органом здравоохранения Франции является Министерство здравоохранения и социального обеспечения, которому оказывает помощь Государственный секретарь по социальным делам и реабилитации.

Социальное страхование во Франции введено в 1946 году. Финансирование государственного страхования, на случай болезни для работающих по найму, осуществляется застрахованными и работодателями,

иногда с участием государства. Во Франции существует несколько страховых систем. Самая крупная — общая система социального страхования, включающая работающих по найму в промышленности и торговле, государственных служащих, студентов, инвалидов войны, вдов и сирот войны, врачей. Эта система охватывает 67% населения страны. К общей системе социального страхования примыкают:

- Система социального страхования рабочих по найму в сельскохозяйственном секторе (18% населения);

- И так называемые особые системы (5%). Это - Национальное общество железных дорог Франции, - система горняков; - торговый флот; - система кадровых военных; - 2е отдельные системы социального страхования (обе 8%)

- Система крестьян-хозяев (18%);

- Торговцы, ремесленники, люди свободных профессий.

Для получения права на пособие в системе социального страхования предусматривается стаж не меньше 200 рабочих часов в течение последнего месяца. Государство практически не принимает участия в финансировании. Общей системы социального страхования, выплачивая лишь 2% сборов. В других системах государство участвует больше.

Помимо взносов социального страхования, французы оплачивают сами:

- За визит врача на дом - 25% гонорара;

- За консультацию у специалиста в его приемной;

- 20% гонорара врача в больнице;

- 30% гонорара стоматолога;

- 30% стоимости лабораторных анализов и обслуживания в домах сестринского ухода.

Лечение в больнице в пределах первого месяца на 20% оплачивает сам пациент, если госпитализация более 30 дней, то не платит. Пациент не оплачивает медицинские услуги в случае заболеваний определенного характера: такие как проказа; злокачественные новообразования; полиомиелит; диабет у ребенка; психические расстройства и др. Бесплатно получают медицинскую помощь во Франции инвалиды, лица, пострадавшие от транспортного травматизма. Во Франции 60% граждан прибегают к помощи частных страховых компаний.

Медицинская помощь предоставляется в больницах и внебольничных учреждениях.

Во внебольничных - основная роль принадлежит:

- частно-практикующему врачу, семейному врачу, заключившему соглашение с органами социального страхования;

- поликлиники при общественных больницах общего типа;

- многопрофильные центры здоровья;

- государственные диспансеры (противотуберкулезный, психоневрологический и пр.)

Больничная помощь во Франции обеспечивается государством и

частными больницами.

Государственные делятся на 3 категории:

1. местные (или сельские) на 40 коек;
2. общие больницы – на 1000 коек с большим диапазоном услуг;
3. клинические больницы с учебной и научно-исследовательской базой.

Самый крупный столичный госпиталь на 2830 коек; университетский госпиталь – 1300 коек.

Частные больницы - небольшие, с непродолжительным лечением, специализированные. Они составляют 30% от общего коечного фонда страны.

Медико-социальная помощь пожилым во Франции

Медико-социальная помощь пожилым во Франции осуществляется за счет государственных, общественных и частных средств. Еще с 1941 года создана законодательная база для деятельности общественных организаций.

Самые влиятельные негосударственные общественные организации по социальной помощи во Франции:

- MSA - организация по социальной защите агропромышленных работников;
- Национальная федерация помощи на дому;
- Ассоциация «Братья бедных»;
- Геронтологический центр «Магнолия»;
- Национальный геронтологический фонд.

MSA - организация по социальной защите агропромышленных работников, образована в 1945 году как автономная система защиты агропромышленных работников; является частной организацией; функционирует за счет средств общей кассы, включающей средства медицинского страхования; пенсионные отчисления, страховку от несчастных случаев и выплаты на семью, также членские взносы жителей сельскохозяйственных работников. MSA защищает интересы более 5 млн. человек (10% общей численности населения), из которых 3 млн. – предприниматели, 2 млн. – наемные работники.

В структуре этой организации по всей территории страны действует 82 кассы, в штате числятся 20000 сотрудников, из них 2000 администраторов и 500 врачей. В ведении MSA находится 60 стационарных медико-социальных учреждений на 40000 мест, социальные центры и сеть обеспечения безопасности на расстоянии. Управление деятельностью осуществляется акционерным обществом «CERIS».

Одной из форм оказания социальной помощи является обеспечение безопасности на расстоянии – дистанционная помощь. В настоящее время во Франции 20 тыс. домов, оборудованных прибором пульта управления, стоимость услуги около 200 франков.

Национальная федерация помощи на дому объединяет 120 местных ассоциаций, обслуживающих 50 тыс. зависимых пожилых людей. Социальные услуги оказывают 10 тыс. сотрудников и большое количество

волонтеров. Финансирование частично осуществляется из государственного бюджета, и из средств муниципалитета. Плата за услуги осуществляется дифференцированно, в зависимости от обеспеченности клиента.

Ассоциация «Братья бедных» работает с пожилыми людьми, живущими в условиях бедности и в ограниченной автономности. В ассоциации работают 200 оплачиваемых сотрудников и 6000 добровольцев, еще 6000 участвуют в оказании помощи периодически. Финансирование за счет государства (3%) и за счет дарителей. Каждая семья в среднем во Франции вносит 300 франков на благотворительные цели, соответственно уменьшается размер налога.

Ассоциация «Братья бедных» оказывает помощь бомжам, среди которых примерно 10% пожилые люди. Престарелый остается под опекой ассоциации до конца жизни, бомж трудоспособного возраста – до нахождения рабочего места. Для пожилых организуются дневные центры, где они получают за условную плату легкий завтрак, беседуют с ним, играют в карты, лото. Центры работают до 17 часов. Далее они уходят на ночлег в деловые гостиницы, если нет средств, за них платит ассоциация. Ассоциация «Братья бедных» оказывает социально-бытовые услуги и досуг, не касаясь медицинской помощи, на дому и через учреждения для постоянного и временного пребывания.

Геронтологический центр «Магнолия» расположен под Парижем, в сельской местности, в состав его входят:

- Психоневрологическое отделение (для постоянного пребывания по типу психоневрологического интерната);
- Геронтологическое отделение (для временного проживания и лечения по типу больницы);
- Реабилитационное отделение (для возвращения пациентов домой).

«Магнолия» - частное, некоммерческое учреждение. Центр финансируется за счет государства и плату за услуги и страховку обеспеченных граждан. Кредо персонала «пациент получает необходимую помощь 24 часа в сутки, 365 дней в году».

Все организации координируют Национальный геронтологический фонд основанный более 30 лет назад Министерством здравоохранения – информационная деятельность; исследование; контроль; сотрудничество.

Медико-социальное обслуживание в Германии

Службы медико-социального обеспечения в Германии оказывают услуги в комбинации медицинских и социальных услугах: в виде ухода за больными, стариками, домашнего и семейного ухода, в виде консультации. К основному уходу относятся: стирка, мытье в ванной, смена постельного белья, уход за волосами и прочие. К медицинскому относят - смена повязок, уколы, назначенные врачом. К социальным услугам применяют: консультации, транспортные, коммуникационные службы, хозяйственную помощь и службу по доставке обедов на дом.

Цели и задачи медико-социальной службы в Германии:

- повышение способности к самостоятельному и независимому существованию;

- обслуживание в случае необходимости ухода и оказания помощи.

Учреждения, оказывающие медико-социальную помощь в Германии:

- Службы по амбулаторному уходу;
- Станции социальной помощи;
- Мобильные службы социальной помощи;
- Учреждения общественной помощи старикам;
- Общежития для стационарного обслуживания;
- Помощь по уходу на дому.

Амбулаторная помощь нацелена на помощь пожилым и инвалидам. В службу амбулаторного ухода входят: станции социальной помощи; ухода за больными и семейного ухода или мобильные службы по уходу и помощи. В этих учреждениях работают штатный персонал и на общественных началах.

Станции социальной помощи – это медико-социальные центры, которые наряду с больничным уходом за пожилыми людьми, осуществляет домашний и семейный уход, помощь по хозяйству. Консультации психологов, духовная поддержка со стороны конфессионально ориентированных центров; доставка обедов на дом; помощь в воспитании детей, помощь больным наркоманией и другая социально-психологическая помощь. В разных регионах эти станции называют по-разному: станция социального обслуживания; общинный центр социального обслуживания и прочие.

Держатели – организации благотворительного ухода, церкви, коммуны. Эти центры курируют министерства социального обеспечения, социальной помощи, подготовку персонала

Район охвата одного социального центра:

количество жителей

40.000 – 50.000 жителей в городах;

15.000 – 25.000 в сельской местности.

Один сотрудник на 5.000 человек.

Учреждения общественной помощи пожилым

Составляют треть групп дневного посещения и 2/3 клубов пожилых, занимающиеся организацией мероприятий образовательного и развлекательного характера, спортом, гимнастикой и прочие.

Реабилитация инвалидов в Германии

По данным официальной статистики Германии в 1991 году в результате инвалидности или по возрасту в ФРГ около 2 млн. человек нуждались в долговременной помощи и уходе (всего численность на 01.01.90 г. = 79,1 млн. человек). Примерно 80% нуждающихся получают помощь на дому. В 1988 году в ФРГ проведено 1.458.481 реабилитационных мероприятий; 1.081.692 – медицинских реабилитаций - до 40-55 лет; 314.519 – профессиональных реабилитаций – до 25-35 лет; 62.270 – по социальной адаптации – до 65 лет и старше.

Реабилитация включает: медицинскую, школьную, профессиональную, социальную.

Медицинская - лечение или облегчение болезни, профилактика

заболеваний. Является базой для последующих мероприятий в школьной, профессиональной и социальной сфере.

Школьная реабилитация осуществляется детям, которые в результате болезни или инвалидности не могут учиться в школе, является высококвалифицированным обслуживанием, служит подготовкой к профессиональной и самостоятельному интегрированию в жизнь.

Профессиональная реабилитация помогает инвалиду приобрести профессиональные навыки, благодаря ей инвалиды достигают материальную независимость и соответствующего уровня жизни.

Социальная реабилитация обозначает возвращение больного к семейной, профессиональной, политической и культурной жизни. Основана на вышеперечисленных реабилитациях.

Первоначально реабилитация входила в задачи больничных касс. В 1957 году вышел Закон о пенсионной реформе. Получила развитие плуаристическая система ответственности за реабилитационную сферу. Реабилитационные мероприятия осуществляются за счет финансирования:

- обязательного больничного страхования (больничные кассы);
- обязательного пенсионного страхования (земельные страховые учреждения, страховое общество федеративной железной дороги; морская касса; федеральное страховое общество для служащих; федеральное товарищество горнорабочих; сельскохозяйственные возрастные кассы);
- федеральное ведомство по вопросам труда (земельные отделы по вопросам труда);
- обязательное страхование от несчастных случаев (профессиональные ассоциации; общественные союзы, федеральные земельные и общинные исполнительные органы по страхованию от несчастного случая – пожарные кассы другие).
- социальная компенсация при возникновении ущерба для здоровья (земельные ведомства социального обеспечения, ведомства и учреждения социальной опеки);
- социальная помощь (межрегиональные и местные ведомства социальной помощи).

Реабилитационные учреждения

Реабилитация в Германии проводится в стационаре и амбулаторно в зависимости от заболевания. Амбулаторные метод лечения осуществляется у методиста по лечебной гимнастике, массажиста по месту жительства.

В больницах наряду с медицинским лечением и уходом осуществляется реабилитационные мероприятия, например, в виде лечебной гимнастики, механотерапии и трудотерапии. Специализированные профилактические и реабилитационные учреждения – стационарные курсы профилактического лечения через специальные клиники, оборудования для лечения определенных болезней; болезней ССС, нарушений обмена веществ, неврологии и прочие; санатории; через Центры здоровья матерей.

Учреждения профилактической реабилитации: обучают и помогают инвалидам психологические, социальные, медицинские дисциплины; инвалидные мастерские, рабочие места для инвалидов и прочие.

Интеграция лиц с умственными и физическими недостатками

Федеративная Республика Германия со многими частными и государственными организациями, союзами, социальными службами и церквями и добровольными помощниками предпринимает усилия для того, чтобы предоставить инвалидам возможность жить нормальной жизнью.

Инвалиды имеют право на помощь в плане:

- медицинских услуг
- услуг в области профобучения
- услуг по интеграции в школьную жизнь и в общество
- финансовых услуг.

Особенно в области профобучения к их услугам множество учреждений центры профобучения, центры развития профессиональных навыков, центры профессиональной тренировки, центры профессиональной и медицинской реабилитации, мастерские для инвалидов. Если степень инвалидности превышает 50% - что устанавливает, как правило, органы соцобеспечения для инвалидов – то инвалид получает соответствующее удостоверение, которое, например, гарантирует ему особую защиту от увольнения. Все государственные и частные работодатели, имеющие 16 работников, обязаны принимать на работу таких инвалидов. Если они этого не делают, то, согласно закону о борьбе с безработицей среди инвалидов с высокой степенью инвалидности, они должны платить по определенной квоте компенсационные отчисления.

Компенсационные выплаты пострадавшим во время войны и их членам семей и социальная компенсация лицам, здоровью которых был нанесен ущерб. Они предоставляются жертвам войны, военнослужащим бундесвера, лицам, несущим альтернативную службу, жертвам насильственных преступлений и режима СЕПГ, лицам, здоровью которых был нанесен ущерб в результате прививок, и другим, о котором должно заботиться государство. Они, в частности, имеют законное право на пенсию, размеры которых устанавливаются в зависимости от нанесенного ущерба здоровью ущерба и от материального положения наемного работника. В 2000 и 2001 гг. она, как и обычная пенсия, предусмотренная законом, будет расти пропорционально темпами инфляции. Кроме того, им предоставляются медицинские услуги с целью восстановления профессиональной квалификации. В случае смерти, наступившей в результате нанесенного здоровью ущерба, члены их семей имеют право на пенсию.

Пособие по бедности выдается в Германии лицам, которые не в состоянии себе помочь и не получают помощь от какого-либо Закон о пособии по бедности дает право на его получение каждому жителю Германии. Сюда входит предоставление средств к жизни или помощь при наличии особых условий жизни, например, инвалидности болезни или старости.

Управление здравоохранением в США

Для здравоохранения США характерно преобладание частнопредпринимательской системы с элементами государственной и страховой медицины. В США действует децентрализованная система здравоохранения, каждый уровень власти выполняет определенную роль в осуществлении общенациональных целей здравоохранения. Формально, управление здравоохранением в США осуществляет департамент (министерство) здравоохранения и социальных служб, однако функции его ограничены. В его состав входит служба общественного здравоохранения. Руководителем службы общественного здравоохранения является помощник секретаря данного министерства по делам здравоохранения и медицины, называемый главным врачом.

Основные задачи службы общественного здравоохранения в США:

- санитарная охрана границ;
- гигиена окружающей среды;
- санитарная статистика;
- руководство национальными институтами здравоохранения;
- медицинская служба гражданской обороны;
- международное сотрудничество.

Служба общественного здравоохранения ведает вопросами медицинской помощи (амбулаторной и стационарной) только некоторым группам населения: ветеранам войны, морякам торгового флота, личному составу вооруженных сил, государственным служащим, американским индейцам.

Департамент здравоохранения состоит из 9 региональных отделений, возлагаемых директорами. В каждый регион входит несколько штатов. В каждом из них есть собственный департамент здравоохранения, главная функция которого заключается в решении вопросов санитарно-противоэпидемической защиты, тесно связанный с лабораторной службой. Департаментам подчиняются местные органы службы общественного здравоохранения, которые ведут демографическую статистику, регистрацию и борьбу с инфекционными заболеваниями и малярией.

США тратит на здравоохранение больше, чем любая другая страна мира – в среднем на душу населения расходы в 2 раза превышают расходы в других странах, эти затраты финансируются правительствами отдельных штатов, местными властями, и фондами частного страхования и индивидуальными средствами.

Принцип организации страховой медицины в США

В США нет единой национальной системы медицинского страхования.

Правительство в основном полагается на предпринимателей, которые должны добровольно обеспечить медицинскую страховку своим работникам и иждивенцам. Однако, только 75% работающих обеспечены медицинским страхованием своими работодателями. Государственные программы сводятся к обеспечению престарелых, инвалидов и некоторых групп бедных.

Частные и государственные программы по медицинскому страхованию отличаются друг от друга количеством и качеством предоставляемых льгот; имеют разные источники финансирования и обеспечивают различные по величине должные выплаты медицинским работникам и учреждениям здравоохранения. Частная и государственная программы мало согласованы между собой.

Подавляющее большинство населения (74%) американцев имеют частную медицинскую страховку, в том числе 61% имеет коллективную страховку через своих работодателей, а 13% покупает индивидуальную страховку, 26% населения имеют государственную страховку, 13% - «Medicare»; 10% - «Medicaid» и 4% - из фондов ветеранов армии, 14% - населения США не имеют никакой страховки.

Незастрахованные получают медицинскую помощь в минимальном объеме по государственным программам, либо из средств частных страховых компаний и благотворительности.

В США существуют только 1000 частных страховых компаний. Наиболее крупные: «Голубой крест», «Голубой щит», специальные комиссии по страхованию отдельных штатов регулируют деятельность страховых компаний.

В США существует 3 основных типа страхования здоровья:

- основная государственная страховка;
- основная медицинская страховка;
- общая медицинская страховка.

Основная частная страховка покрывает большие расходы на общую сумму лечения; основная медицинская страховка служит для возмещения расходов, связанных с услугами врачей.

Общая медицинская страховка служит для покрытия дополнительных расходов в случае серьезного заболевания.

Страхование на случай дополнительной медицинской помощи возмещают расходы по медицинскому уходу в течение длительного времени. Эти страховки включают:

1) квалифицированную медицинскую помощь, осуществляемую дипломированной медицинской сестрой под руководством врача (это наиболее дорогой вид страхования).

2) помощь, включающую в себя сбор медицинской информации (то есть, измерение температуры, АД и т.п.); общий уход, питание, диетический надзор.

3) попечительский уход, то есть уход в осуществлении ежедневных бытовых потребностей (прием лекарств, одевание и т.п.). В зависимости от условий контракта, различают виды помощи, могут оказываться в больнице, на дому, в специальном пансионате.

Общественная помощь в оплате медицинских услуг может исходить от государства, от частных благотворительных организаций.

Основные государственные программы: «Medicare» (пожилым), «Medicaid» (бедным).

«Medicare» - единая общегосударственная программа медицинской помощи для престарелых потерявших трудоспособность людей. Право на пользование Medicare имеют лица, достигшие 65 лет и получающие пособие по социальному обеспечению, и лица, имеющие стаж работы от 5 до 10 лет в зависимости от характера работы. Получать льготы по этой программе могут лица моложе 65 лет, получающие в течение минимум 2-ух лет пособие по программе социального обеспечения; а также люди, проработавшие определенное число лет на правительственной работе. Лица, старше 65 лет не имеющие право на «Medicare» могут купить страховку, выплачивая ежемесячно небольшие суммы.

Программа «Medicare» состоит из 2-ух частей А и В. Часть А представляет собой страховку, по которой выплачиваются счета за пребывание в больнице, квалифицированный медицинский уход, помощь на дому и в хосписе. «Medicare» оплачивает полностью первые 60 дней пребывания в больнице, медицинское обслуживание, лекарство, операции и т. д. Часть В программы предоставляет оплату нестационарного лечения, услуги врачей в учреждениях ЛПУ, и на дому.

«Medicaid» - государственная программа медицинской помощи семьям с низким доходом. Она охватывает 10% населения, субсидируется федеральными правительствами, но регулируется законами штата. Семья имеет право на получение льгот по программе Medicaid, если ее доходы ниже определенного уровня, установленного каждым штатом. Право на Medicaid имеют бедные люди, которые одновременно являются людьми пожилого возраста, либо слепыми, либо беременными, либо нетрудоспособными или имеющими детей. Поэтому около 60% бедняков, живущие ниже официального уровня бедности не охвачены страховкой. Medicaid покрывает расходы на профилактическое лечение, лечение острых заболеваний и долговременную медицинскую помощь.

Основные причины низкого уровня застрахованности в США.

- 1) высокие страховые взносы (от 25%-40% семейного бюджета);
- 2) строгость критерия отбора для программы Medicaid (каждый штат сам определяет собственные критерии, объем услуг и их продолжительность);
- 3) если вы потеряете работу до 55 лет, вы лишаетесь страховки, даже если платили страховые взносы все предыдущее время.

Те, у кого нет страховки и кому, необходима медицинская помощь могут получить ее через благотворительные программы на уровне бюджета штата и муниципалитета. Благотворительность в США отличается от Европейской в традиционном понимании этого слова. Во многих штатах больницы обязаны обслуживать неотложные случаи. Medicaid оплачивает в больницах содержание определенных палат для лиц, не имеющих страховки. Во многих штатах США выделяются средства из муниципалитетов для бесплатной медицинской помощи. Кроме этого многие университеты содержат клиники в бедных районах; где студенты-медики работают бесплатно. Церкви содержат сеть бесплатных больниц.

Общественное здравоохранение в США

В США действует около 6700 больниц, среди которых 5480 – общественные больницы по оказанию срочной медицинской помощи; 880 – специализированные больницы (психиатрические, реабилитационные, долговременной медицинской помощи), 340 – федеральных больниц, предназначенных для военных ветеранов войны и индейцев. Из 5480 больниц – 59% составляют некоммерческие больницы; 27% - ведомственные местного правительства; 14% - коммерческие клиники. Также есть прибыльные (14%) больницы; частные бесприбыльные (59%) и государственные больницы.

Система Управляемой помощи в США

Чтобы получить специализированную помощь, пациент должен сначала посетить врача общей практики, который направит его на «место обслуживания». Так называемый POS-вариант «место обслуживания» - является частью Управляемой Помощи (УП) – это система организованных медицинских услуг, предназначена только в рамках конкретной программы. Если Вы хотите что-либо получить вне программы, за это надо платить.

Основные услуги, включенные в страховой полис:

- посещение врача общей практики;- госпитализация;- лабораторная диагностика и тесты;- лекарства по рецептам;- введение родов;- ежегодный гинекологический осмотр;- контрацепция;- педиатрическая помощь, иммунизация;- неотложная помощь;- трансплантация;- физиотерапия.

Дополнительные платные услуги:- стоматологическая помощь; офтальмологическая помощь, психиатрия; - медицинская помощь на дому; - лечение алкоголизма и наркомании; - медицинское оборудование; - лечение аллергических заболеваний; - лечение бесплодия; - аборт; - сестринская помощь.

Итак, существующая система здравоохранения в США не позволяет из-за дороговизны пользоваться большинству американцев квалифицированной медицинской помощью. Система здравоохранения находится в хроническом кризисе. В защиту государственной системы выступает Американская медицинская ассоциация, которая предлагает развить индивидуальное страхование и уменьшить значение выбора работодателя. Идея всеобщей застрахованности может привести к тому, что врачи будут получать зарплату, не связанную с доходами от обслуживания.

Таким образом, все вышеизложенное и изучение зарубежного опыта необходимо для реализации реформы здравоохранения в Республике Беларусь; в процессе разработки и внедрения национальных и межведомственных программ в которых должны учитываться интересы как отдельной личности, так и общества в целом, а высокий уровень медицинских технологий должен сочетаться с комплексом управленческих, организационных и социально-экономических мероприятий, направленных на сохранение здоровья населения, на устранение факторов риска, влияющих на здоровье, а также системы оказания медицинской помощи и социальной реабилитации.

Таким образом, анализируя зарубежный опыт профессиональной социальной работы, с целью используя ее в нашей стране, необходимо

учитывать специфику подходов к одним и тем же социальным явлениям и процессам, технологий оказания социальной помощи и разных методов обучения профессионалов.

ТЕМА: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ИННОВАЦИЙ

Вопросы:

Основные понятия и определения

Социальные инновации: классификация, особенность и структура, цели

Основные показатели состояния и развития научного потенциала и инновационной деятельности в Республике Беларусь

Международные сопоставления основных показателей состояния и развития научного потенциала и инновационной деятельности

Процесс развития общества идет посредством обновления и обуславливает создание предпосылок для формирования новых нетрадиционных способов социальной деятельности. Нововведения являются формой общественного развития. В переводе с латинского *innovatio* означает введение в практику нового. **Социальные инновации** - сознательно организуемое нововведение или новое явление в практике социальной работы, формирующееся на определенном этапе развития общества в соответствии с изменившимися социальными условиями и имеющие целью эффективные позитивные преобразования в социальной сфере. Классифицируют социальные инновации: по уровню и объему социальных нововведений (локальные, региональные, глобального характера); по сферам общественной жизни (социальные, политические, экономические, в культурно-духовной сфере, в социальных структурах и институтах); по масштабу использования (дифференцированные на многих объектах, либо на одном); по структуре социальной сферы (в здравоохранении, образовании, управлении, занятости населения, физической культуре, спорте, пенсионном обеспечении).

Источниками социальных инноваций являются изменения внешней среды, возникающие социальные проблемы, которые невозможно решить традиционными методами, изменения потребностей общества и его членов. Нерешенность тех, или иных социальных проблем дает импульс к разработке новых средств, норм в социальной сфере.

Инновационная деятельность - вид деятельности, связанный с трансформацией идей, обычно результатов научных исследований и разработок либо иных научных достижений в технологически новые или усовершенствованные продукты или услуги, внедренные на рынке, в новые или усовершенствованные технологические процессы или способы производства (передачи) услуг, использованные в практической деятельности. Состояние инновационной деятельности является важнейшим индикатором развития общества и его экономики. Инновационный потенциал общества, социальных групп и элиты определяется тем, насколько

сильно стремление к новизне, нововведениям и технологическим новинкам большей части общества. Уровень усвоения инноваций определяется тремя факторами: 1. инновационной восприимчивостью правящей элиты; 2. научной грамотностью уже имеющихся профессиональных кадров; 3. уровнем образования всех слоев населения.

Поскольку путь к инновационной восприимчивости лежит через систему образования и технологическую грамотность общества, необходимо увеличение финансирования науки, среднего и высшего образования; развитие интеллектуального ресурса страны посредством реформирования образования; создание новой интеллектуальной атмосферы в обществе; формирование интеллектуальной элиты, способной в будущем взять на себя ответственность за развитие страны.

Основной формой организации исследований в республике являются научно-исследовательские институты, обособленные от высших учебных заведений, предприятий и, соответственно от реальных общественных потребностей и активного спроса. Управление и финансирование научного обеспечения отраслей экономики осуществляются с преобладанием финансирования организаций, а не приоритетных направлений, с отрывом науки от инновационной деятельности, с отсутствием системы оценки научных организаций и программ. В Беларуси основным видом инновационной деятельности для большинства инновационно-активных предприятий (64%) является приобретение машин и оборудования, связанных с технологическими инновациями. Выполнением исследований, проектированием и другими видами подготовки производства для выпуска новых продуктов и разработок в стране занимается 51% инновационных предприятий, 39,7% - осуществляют производство новых продуктов.

Государственная научно-техническая политика в условиях хронического бюджетного дефицита в Беларуси направлена на сохранение и стабилизацию имеющегося научно-технического потенциала. Основной проблемой политики является то, что она адресована к традиционному общественному, а не частному сектору. Национальная экономическая стратегия Беларуси предусматривает развитие социально ориентированной рыночной экономики на основе использования новых и высоких технологий. Все разработанные в последние десятилетия долгосрочных государственных программ ориентированы на стабилизацию, экономический рост и социальный прогресс.

Республика Беларусь располагает развитым научно-техническим потенциалом, который является основой устойчивого развития. Белорусскими учеными достигнут высокий уровень научно-технических разработок в области лазерных и плазменных технологий, новых материалов с особыми свойствами, методов технической диагностики, химического синтеза веществ, биотехнологий, способов обработки информации и др. Высокий уровень фундаментальных исследований, значительные достижения отраслевой науки позволяют усилить технологическую и социальную направленность научных исследований, связанных с созданием

и развитием новых и высоких технологий. В соответствии с Указами Президента Республики Беларусь "О стимулировании создания и развития в Республике Беларусь производств, основанных на новых и высоких технологиях" от 08.07.1996 г. № 224 и "О государственной поддержке разработки и экспорта информационных технологий" от 03.05.2001 г. № 234 и постановлением Совета Министров Республики Беларусь "О приоритетных направлениях создания и развития новых и высоких технологий и критериях их оценки" от 27.02.1997 г. № 139 определены **главные направления научно-инновационного комплекса Республики Беларусь**: информационные и телекоммуникационные технологии; биотехнологии; оптические технологии и технологии тонкой химии; новые материалы и новые источники энергии; защита окружающей среды; повышение качества и условий жизни человека; освоение космического пространства.

Таким образом, государственная научно-техническая политика страны ориентирована на решение социальных задач, связанных с информационными услугами, медициной, экологией и другими аспектами устойчивого роста и повышения качества жизни, является частью общей государственной политики, в рамках которой осуществляется стимулирование инновационной активности производства, повышение востребованности им научных достижений. Одной из приоритетных задач научно-технической политики государства на ближайшие годы становится создание максимально благоприятных условий для инновационной деятельности корпораций, а также мелких и средних наукоемких фирм.

Цель курса "Социальные инновации" - изучение инновационных процессов в здравоохранении и в организации медико-социальной помощи населению. **Задачи курса** - изучить инновационные подходы организации медико-социальной помощи населению; определить состояние и тенденции инновационных технологий социального обслуживания населения; научить студентов творческому осмыслению и самостоятельному анализу инновационной деятельности в медико-социальной сфере. **Предметом изучения** курса являются основные показатели состояния и развития социальных инноваций в здравоохранении и в организации медико-социальной помощи населению; инновационные подходы и технологии в социальном обслуживании населения Республики Беларусь.

Основные понятия и определения

Инновационная деятельность - вид деятельности, связанный с трансформацией идей (обычно результатов научных исследований и разработок либо иных научных достижений в технологически новые или усовершенствованные продукты или услуги, внедренные на рынке, в новые или усовершенствованные технологические процессы или способы производства (передачи) услуг, использованные в практической деятельности.

Инновационная продукция - продукция, которая в течение последних трех лет подвергалась разной степени технологическим изменениям.

Технологические инновации - деятельность организаций, связанная с

разработкой, внедрением технологически новых продуктов и процессов, методов их производства (передачи), а также значительных технологических усовершенствований. В промышленности различают два типа инноваций: продуктовые инновации и процессные инновации.

Технологически новый продукт - продукт, чьи технологические характеристики (функциональные признаки, конструктивное выполнение, дополнительные операции, а также состав применяемых материалов и компонентов) или предполагаемое использование принципиально новые либо существенно отличаются от аналогичных ранее производимых продуктов.

Технологически усовершенствованный продукт - это существующий продукт, для которого улучшаются качественные характеристики, повышается экономическая эффективность производства путем использования более высокоэффективных компонентов или материалов, частичного изменения одной или более подсистем (для комплексной продукции).

Процессные инновации включают разработку и внедрение технологически новых или технологически значительно усовершенствованных производственных методов, включая методы передачи продуктов. Такие инновации основаны на использовании нового производственного оборудования, новых методов организации производственного процесса или их совокупности, а также на использовании результатов исследований и разработок. Такие инновации нацелены, как правило, на повышение эффективности производства или передачи уже существующей в организации продукции, но могут предназначаться также для производства и поставки технологически новых или усовершенствованных продуктов, которые не могут быть произведены или поставлены с использованием обычных производственных методов.

Разработка - деятельность, направленная на создание или усовершенствование способов и средств осуществления процессов в конкретной области практической деятельности, в частности, на создание новой продукции и технологии.

Научные исследования (научно-исследовательские работы) - творческая деятельность, направленная на получение новых знаний и способов их применения. научные исследования могут быть фундаментальными и прикладными.

Фундаментальные научные исследования - теоретические и (или) экспериментальные исследования, направленные на получение новых знаний об основных закономерностях развития природы, человека, общества и искусственно созданных объектов.

Прикладные научные исследования - исследования, направленные на применение результатов фундаментальных научных исследований, достижение практических целей и решения конкретных задач.

Инновационный проект - комплекс работ по созданию и реализации инноваций (от научных исследований до практического использования

полученных результатов. Целью проекта является создание и освоение новых технологий и(или) видов продукции (услуг), улучшение технико-экономических параметров, применяемых технологий и (или) производственной продукции (услуг), также разработка новых организационно-технических решений производственного, административного и иного характера, способствующих продвижению технологий(продукции,услуг) на рынок.

Государственная научно-техническая программа - это комплекс взаимосвязанных ресурсами, исполнителями и сроками исполнения научно-исследовательских, опытно-конструкторских, проектных и технологических работ, мероприятий по подготовке производства, разработок организационно-экономического характера, направленных на решение единой социально-экономической и научно-технической проблемы.

Основные показатели состояния и развития научного потенциала и инновационной деятельности в Республике Беларусь:

- удельный вес объема выполненных научно-технических работ в процентах к ВВП;
- капиталовложения в науку;
- затраты на исследования и разработки;
- источники финансирования;
- кадровый потенциал науки;
- основные виды инновационной деятельности;
- общий объем затрат на технологические инновации;
- основные направления инновационных затрат;
- результативность научной деятельности.

Удельный вес объема выполненных научно-технических работ в процентах к ВВП за последние годы сократился с 2,13 в 1990 г. до 0,82 в 1998, до 1,09 в 1999 г. Капиталовложения в науку уменьшились в 6,1 раза. Численность работников отрасли уменьшилась в 3,3 раза.

В Беларуси в 2002 г. научными исследованиями и разработками занималась **301 организация**. За период с 1997 г. число таких организаций увеличилось на 11 %. В 2002 г. 42 % научных организаций относились к государственному сектору, 41% - к предпринимательскому, 17% - к сектору высшего образования. Наибольшее число научных организаций сконцентрированы в Минске - 62%, по 9% в Витебской и Гомельской областях, в Могилевской - 4,6%, в Гродненской - 4,3%. Основной научный потенциал сосредоточен в отраслях: "наука и научное обслуживание" - 70%, промышленность - 11%, образование - 14%.

В 2002 г. из 2340 обследованных предприятий промышленности инновационной деятельностью только 325, или 13,95.

Наибольшую инновационную активность проявили предприятия микробиологической промышленности (50%), цветной металлургии (33,3%), электроэнергетики (28,6%). С наименьшей активностью инновационную деятельность осуществляли предприятия топливной (5,4%) и легкой

промышленности (5,2%). Основная доля в общем числе инновационных предприятий приходится на предприятия машиностроения и металлообработки (44%), пищевой промышленности (18%), лесной, деревообрабатывающей и целлюлозно-бумажной промышленности (9%).

Основным видом инновационной деятельности для большинства инновационно-активных предприятий (64%) является приобретение машин и оборудования, связанных с технологическими инновациями. Выполнением исследований и разработок занимались 51% инновационных предприятий, 39,7% - осуществляли производственное проектирование и другие виды подготовки производства для выпуска новых продуктов.

Общий объем затрат на технологические инновации составил 911 млрд.рублей. Из них 57% приходится на текущие затраты, 43% - на капитальные. Аналогичным образом распределяются затраты по видам инноваций: на продуктовые - 58% всех затрат, на процессные - 42%. Основная доля средств, затраченных на технологические инновации, приходится на предприятия пищевой (34,6%), топливной (27,1%) промышленности, машиностроения и металлообработки (18,2%).

Основным направлением инновационных затрат является приобретение машин и оборудования (62%). Основная часть инновационной продукции 76,4% шла на экспорт: 33,3% в страны СНГ, 43,1% - в другие страны. Основным объемом отгруженной инновационной продукции приходится на предприятия машиностроения и металлообработки (36,4%), черной металлургии (17,6%), топливной промышленности (11,3%).

Основными результатами инновационной деятельности является создание новых рынков сбыта, расширение ассортимента продукции, улучшение качества продукции, сохранение и расширение традиционных рынков сбыта.

Кадровый потенциал науки является основной движущей силой научно-технического прогресса. В 2002 г. в Беларуси и в других странах СНГ, отмечалось уменьшение специалистов, выполнявших научные исследования и разработки. В последние годы продолжается отток специалистов из научной сферы. ***К концу 2002 г. численность работников, занимающихся научными исследованиями и разработками, составила 30711 человек, что в 3,5 раза меньше, чем в 1990 г.***

Наибольшее число работников, выполнявших научные исследования и разработки, сосредоточено в организациях предпринимательского сектора (48%), в государственном секторе сосредоточено 42,7% научных кадров, в секторе высшего образования - 9%. Отток кадров из науки сопровождается уменьшением численности кандидатов и докторов наук. Только за 2002 г. их численность уменьшилась на 6% и 5,3% соответственно. При этом обращает на себя внимание факт увеличения темпов оттока кандидатов наук из научной сферы.

В 2002 г. численность кандидатов и докторов наук, занятых в экономике всего 14109 кандидата наук, 2315 доктора наук;

численность работников, выполнявших научные исследования и

разработки *в системе минздрава*: 1 684 чел., из них 84 доктора наук, 330 кандидата наук, 263 специалиста со средним образованием, 964 совместителей;

численность работников, выполнявших научные исследования и разработки *в системе минобразования*: 2 669 чел., из них 73 доктора наук, 463 кандидата наук, 143 специалиста со средним образованием, 9 028 - совместителей;

численность работников, выполнявших научные исследования и разработки *в системе минт руда и соцзащиты*: 88 чел., из них 10 кандидатов наук, 17 специалистов со средним образованием, 10 совместителей.

На работу в научные организации в 2002 г. было принято 4425 чел., в том числе 942 выпускника ВУЗов, 853 специалиста из других научных организаций. Наблюдается некоторая тенденция роста численности выпускников высших учебных заведений, поступающих на работу в научные организации, что привело к увеличению удельного веса исследователей в возрасте до 29 лет в общей численности исследователей. Но больше трети научных работников перешагнули за 50-летний рубеж. Средний рост исследователей в республике составляет 44 года, кандидата наук - 52 года, доктора наук достиг 60 лет и старше.

Численность исследователей по республиканским органам государственного управления всего в системе минздрава 1039, из них 710 женщин; 84 доктора наук, из них 16 женщин; 329 кандидатов наук, из них 205 женщин;

численность исследователей всего *в системе минобразования* 1948, из них 721 женщина; 73 доктора наук, из них 7 женщин; 461 кандидат, из них 119 женщин;

численность исследователей всего *в системе минт руда и соцзащиты* 63, из них 47 женщин; 10 кандидата наук, из них 5 женщин; из 63 14 человек в возрасте до 29 лет, 9 чел. - в возрасте 30-39 лет, 17 чел. - 40-49 лет, 14 чел. - в возрасте 50-59 лет, 9 чел. - 60-69 лет.

Среднемесячная заработная плата работников, выполнявших исследования и разработки, в 2002 г. составила 158 тыс.рублей, что 16% меньше, чем по экономике в среднем.

Затраты на исследования и разработки - это затраты на выполнение исследований и разработок с учетом работ, выполненных соисполнителями, включая текущие и капитальные затраты. *Текущие затраты* охватывают оплату труда, отчисления на социальные нужды, затраты на приобретение оборудования за счет себестоимости работ, другие материальные затраты (стоимость приобретаемых со стороны сырья, материалов, комплектующих изделий, топлива, энергии, работ и услуг производственного характера и др.), прочие текущие затраты.

Капитальные затраты включают приобретение земельных участков, строительство, покупку зданий, приобретение оборудования, включаемого в состав основных средств и прочие капитальные затраты, связанные с исследованиями и разработками.

Научными организациями в 2002 г. на исследования и разработки было израсходовано 191 млрд.руб., что на 37% больше, чем в 2001 г. В последние годы наблюдается постепенное снижение затрат в среднем на одного исследователя: за период с 1999 г. затраты уменьшились на 10% (в постоянных ценах 1995 г.).

Основная доля внутренних затрат на исследования и разработки - 96% - приходится на внутренние текущие затраты и только 4% составляют капитальные затраты. почти половина внутренних текущих затрат - 46%- это затраты на оплату труда. В структуре *затрат по областям науки* лидируют естественные - 21,7%, технические - 61,2%; меньше всего исследований разработок приходилось в гуманитарных науках - 1,6%.

В последнее время сохраняется устойчивая структура *внутренних затрат по видам работ*. На проведение фундаментальных исследований расходуется в среднем 20%, а на прикладные исследования и разработки - около 80% всего объема внутренних затрат.

Внутренние текущие затраты на научные исследования и разработки по видам работ в системе миздрава: всего 6 943,3 млн.рубл., в том числе на фундаментальные исследования - 2211,5 млн.рубл., прикладные исследования - 3614,6 млн.рубл., разработки - 1117,2 млн.рубл.

Внутренние текущие затраты на научные исследования и разработки по видам работ *в системе минобразования:* всего 24117,3 млн.рубл.; на фундаментальные исследования - 9410,9 млн.рубл.; прикладные исследования - 9520,1 млн.рубл.; разработки - 5186,4 млн.рубл.

Внутренние текущие затраты на научные исследования и разработки по видам работ *в системе минтруда и соцзащиты:* всего 379,5 млн.рубл.; на фундаментальные исследования нет затрат; на прикладные - 255,1 млн.рубл.; на разработки - 124,4 млн.рубл.

Источники финансирования внутренних затрат на исследования и разработки: государственный бюджет - 45,8%, собственные средства организаций - 14,6% внутренних затрат на исследования и разработки. По сравнению с 2001 г. увеличились расходы внебюджетных фондов на науку: с 6,9% до 10,4%; 10% затрат финансировано зарубежными организациями; 9,2% - организациями государственного сектора; 9,8% - организациями предпринимательского сектора. В целом происходит постепенное снижение расходов на науку в структуре расходов государственного бюджета страны: в 1995 г. их удельный вес составлял 1,67%, в 2002 г. - 1,04%.

Источники финансирования внутренних затрат на научные исследования и разработки *в системе минздрава:* всего 7600,0 млн.рубл., из них собственные средства - 463,4 млн.рубл.; средства бюджета - 6171,3 млн.рубл.; средства внебюджетных фондов - 45,8 млн.рубл., средства иностранных источников - 164,1 млн.рубл., средства других организаций - 755,5 млн.рубл.

Источники финансирования внутренних затрат на научные исследования и разработки *в системе минобразования:* всего 25176,1 млн.рубл.; из них 572,0 млн. собственных средств; 11663,5 млн. рубл. средств

бюджета; 1097,5 млн. рубл. средств внебюджетных фондов; 1376,9 млн.рубл. из средств иностранных источников; 10466,1 млн.рубл. средств других организаций.

Источники финансирования внутренних затрат на научные исследования и разработки *в системе минт руда и соцзащит ы.* всего 379,5 млн.рубл.; из них 287,0 млн.рубл. собственных средств; 8,1 млн.рубл. средств внебюджетных фондов; 1,5 млн.рубл. средств иностранных граждан; 82,9 млн.рубл. средства других организаций.

В последние годы наблюдается падение объема работ, выполненных научными организациями собственными средствами. Его значение, рассчитанное в постоянных ценах 1990 г., снизилось в 2002 г. на 4% по сравнению с 2001 г., и на 14% - с 1999 г.

Основные средства научных исследований и разработок, состоящие на балансе научных организаций и используемые в их основной деятельности, включают здания и сооружения, передаточные устройства, машины и оборудование, в том числе опытно-экспериментальные установки, научные приборы, средства автоматизации и вычислительную технику, транспортные средства и др. Снижение капитальных затрат, внутренних текущих затрат на оборудование привели к ухудшению материально-технического обеспечения науки в Республики Беларусь. **Среднегодовая стоимость основных средств научных исследований и разработок** в 2002 г. составила 452 млрд.рубл., (на 17% больше, чем в 2001 г.) в системе минздрава - 22083,9 млн.рубл.; в системе минобразования - 17725,0 млн.рубл.; в системе минтруда и соцзащиты - 80,0 млн.рубл.

Результативность научной деятельности определяется патентной активностью, созданием и использованием передовых производственных технологий (ППТ). В 2002 г. научными организациями было выполнено 1055 заданий в рамках 32 государственных научно-технических программ и 69 инновационных проектов. Их реализация потребовала около 47 млрд.рубл. Больше половины затрат (60%) финансировались республиканским бюджетом, остальные (40%) - средствами внебюджетных фондов.

По количеству поданных заявок на изобретения, промышленные образцы и по количеству авторов, подающих рационализаторские предложения оценивается инновационная активность научных организаций и исследователей.

В результате создано 400 наименований объектов новой техники, освоен серийный выпуск 6 видов продукции и 18 комплектующих систем, получено 122 патента на изобретения, подано 182 заявки на получение патентов.

Производственные показатели интеллектуальной (промышленной) собственности:

- коэффициент интеллектуальной зависимости, определяемый как соотношение иностранных и отечественных патентных заявок, уменьшился с 1,96 в 1994 г. до 0,52 в 2000 г. Это свидетельствует о том, что отечественного заявителя на ранке больше и, иностранные фирмы не заинтересованы

производить у нас новую продукцию;

- коэффициент самообеспеченности, определяемый соотношением числа отечественных патентных заявок к их общему числу, поданных в Государственный патентный комитет Республики Беларусь, увеличился с 0,34 в 1994 г. до 0,66 в 2000 г.;

коэффициент изобретательской активности, выводимый из количества отечественных патентных заявок в расчете на 100 тыс. постоянного населения страны, неустойчиво изменялся в 1994 г. - 1,34; в 1995 г. - 4,15; в 1996 г. - 2,80; в 1998 г. - 5,07; в 1999 г. - 3,94; в 2000 г. - 3,54.

Создание новых производственных технологий в 2002 г. занимались 150 организаций промышленности, науки и научного обслуживания и образования. Ими было создано 407 ППТ, 91% из которых являются новыми в Беларуси, 7% - новыми за рубежом, 2% принципиально новыми. Значительная часть ППТ создана в отрасли "наука и научное обеспечение" - 45,7%, организациями промышленности - 43,5%, остальные 10,8% - высшими учебными заведениями. В структуре созданных технологий "производство, обработка и сборка" составляют 31%, далее - группа "проектирование и инжиниринг" - 7%, самая малочисленная группа - "производственная информационная система" - 2% от общего количества созданных ППТ.

Таким образом, в связи с уменьшением финансовых вложений в науку, падением заработной платы ученых и научно-технических работников, отсутствием прямой связи между результатами труда и уровнем его оплаты, снизился интерес к развитию научно-инновационной деятельности, приведший к некоторому падению научно-технического потенциала страны.

Главным фактором, препятствующим инновациям, специалисты считают недостаток собственных средств. Важными факторами, сдерживающими инновационную деятельность, являются недостаток финансовой поддержки со стороны государства, высокая стоимость нововведений, низкий инновационный потенциал организаций, невосприимчивость предприятий к нововведениям, высокий экономический риск, недостаток квалифицированного персонала, недостаток информированности о новых технологиях и рынках сбыта, недостаточная законодательная и нормативно-правовая база, неразвитость инновационной структуры и рынков технологий.

Международные сопоставления основных показателей состояния и развития научного потенциала и инновационной деятельности

В 2002 г. в большинстве стран СНГ отмечалось уменьшение численности специалистов, выполнявших научные исследования и разработки. Наибольший отток кадров из науки по сравнению с 2001 г. наблюдался в Молдове - 11%. В Беларуси, Украине, Таджикистане этот показатель находился в пределах 4-7%, в России - 2%. В Грузии и Казахстане - произошло увеличение численности научных кадров - на 21% и 3% соответственно.

В последние годы в странах СНГ отмечается уменьшение объема выполненных научных исследований и разработок к валовому внутреннему

продукту. В ряде стран (Молдова, Грузия, Кыргызстан, Азербайджан) этот показатель снизился до 0,5-0,2%. Только в Беларуси, Украине и России это соотношение находится в пределах 0,7-1,4% (Беларусь- 0,7%, Украина - 1,1%, Россия - 1,4%).

В структуре внутренних текущих затрат на научные исследования и разработки в 2002 г. их доля на фундаментальные исследования наиболее высока в Грузии - 36%- и Таджикистане - 34%. В Кыргызстане - 20%, в Беларуси и Украине - 18% и 19%, в Казахстане, Армении, России, Азербайджане, Молдове - 13-16%. Наибольшая доля затрат на прикладные исследования приходится в Азербайджане - 61%, Грузии - 57%, Молдове - 45%. В Беларуси этот показатель стабилизировался на 22%. По удельному весу научно-технических разработок в общем объеме текущих затрат по научным исследованиям и разработкам лидируют Россия -65%, Украина - 52%. Чуть меньше половины затрат на них приходится в Казахстане, Кыргызстане, Беларуси, около трети - Молдове, Таджикистане.

За 2002 г. в странах СНГ произошло увеличение численности специалистов, имеющих ученую степень доктора наук и выполнявших научные исследования и разработки. Значительно этот показатель увеличился в Грузии - на 37%. В Армении, Кыргызстане, Молдове, России - 6-2%. в Беларуси, Украине, Азербайджане наблюдалось сокращение численности докторов наук среди научных работников (на 5%, 1%, 2% соответственно).

Численность кандидатов наук в 2002 г в большинстве стран СНГ уменьшилось на 1-6%. Увеличение этого показателя отмечалось в Грузии - 31%- и Армении - 5%.

Во всех странах СНГ, за исключением Армении, наблюдается увеличение показателей приема в аспирантуру и численности аспирантов: в Кыргызстане - 30% и 21%; в Молдове - 13% и 11%; в Беларуси - 8% и 5%. Наиболее высокая доля выпуска аспирантов с защитой диссертации в 2002 г. была в Армении - 35% и России - 26%.

Таким образом, кризисные явления, начавшиеся после распада СССР, деструктивным образом сказались на специфической сфере человеческой деятельности, как наука, усугубив негативное наследие советской науки: монополизм, ведомственность, высокую степень милитаризации, слабая интергированности с мировой наукой, отсутствие эффективных стимулов и механизмов взаимодействия науки, производства и образования. Сокращение общего финансирования, уменьшение численности ученых, сопровождалось снижением их жизненного уровня, разрушением материально-технической базы науки, падением спроса на научную и научно-техническую продукцию, проблемами, связанными с участием в международном рынке научно-технологической продукции.

В настоящее время в Республике Беларусь начата работа по реформированию системы организации академической, вузовской и отраслевой науки, повышения эффективности использования научно-интеллектуального потенциала страны. Разработан проект плана

мероприятий по решению первоочередных задач реформирований научной, научно-технической и инновационной сфер деятельности, согласно которому предполагается построение взвешенной системы правовых, экономических и социальных мер.

**Тема: ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ
НАУЧНОЙ, НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ И
ИННОВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Вопросы:

Состояние научно-инновационного комплекса страны

Нормативно-правовая база научной, научно-технической и инновационной деятельности и

Проблемы и перспективы правовой регламентации научной-технической деятельности и

Состояние научно-инновационного комплекса страны

Инновационная направленность стратегии и тактики социально-экономического развития республики предполагает всестороннее рассмотрение целей, задач, проблем и механизмов реализации научно-инновационной политики. Последнее десятилетие XX века обозначило некоторые тенденции дальнейшего развития научной сферы. Особенность современного периода заключается в том, что наиболее важные приоритеты научно-технического и социального развития все больше связываются не с грандиозными, дорогостоящими проектами, а с долгосрочной кропотливой работой по укреплению всех звеньев национальных инновационных систем - в экономике и информационной сфере, в образовании и здравоохранении, в охране окружающей среды и в изучении космоса. Эти элементы в совокупности формируют жизнеспособную систему научно-технического развития.

Беларусь всегда отличалась высоким уровнем развития науки и техники. Распад СССР привел к значительному кризису научной сферы, поскольку была нарушена централизованная система организации, управления и обеспечения научно-технической деятельности, потеряны международные связи с учеными и научными организациями бывших советских республик, снизились вложения в науку, на многих предприятиях произошло сокращение служб научно-технической информации. Были потеряны многие оборонные заказы.

Но не смотря на трудности, в Беларуси сохранены научно-технический потенциал, основные научные центры и национальные научные школы. Восстановлены и развиваются международные связи с зарубежными научными организациями, что позволяет Беларуси выйти на международный рынок технологий. Созданы основы национального законодательства в области науки, техники и инновационной деятельности с учетом исторических традиций и сложившихся политических и экономических реалий. Сформированы система органов государственного управления

научной, научно-технической и инновационной деятельностью. Созданы Государственный комитет по науке и технологиям, Государственный патентный комитет, Государственный комитет по стандартизации, метрологии и сертификации, Государственный высший аттестационный комитет. Указом Президента Республики Беларусь Академия наук Беларуси преобразована в Национальную академию наук Беларуси с предоставлением ей статуса высшей государственной научной организации.

Созданная система органов государственного управления формирует, организует и реализует государственную политику в области развития науки и технологий, подготовки научных кадров, защиты прав на интеллектуальную собственность. При этом сохраняется ведущая роль государства в финансировании науки и инновационной деятельности. Выполняются программы развития научно-инновационной деятельности, создаются экономические, правовые и организационные условия для ускоренной реализации научно-технических разработок. Специалистами подготовлен Комплексный прогноз научно-технического прогресса Республики Беларусь на 2001-2020 годы, в рамках которого определены приоритетные направления развития отрасли.

Нормативно-правовая база научной, научно-технической и инновационной деятельности

Создана национальная нормативно-правовая база для развития науки и инноваций. За последние десятилетия разработаны, с учетом международного опыта, регламент организационно-правовых форм деятельности научных организаций различных форм собственности, нормы социальной поддержки научных работников, правовая база международного научно-технического сотрудничества. Впервые в нашей истории появились документы, определяющие принципы регулирования отношений в научно-технической сфере, цели и направления государственной научной и инновационной деятельности. Введены в действие новые Гражданский и Трудовой кодексы Республики Беларусь, определяющие порядок, условия регистрации и перерегистрации научных и творческих коллективов, предоставления и продолжительности творческих отпусков и т.д.

Одним из основных законов в научно-технической сфере является Закон Республики Беларусь "О основах государственной научно-технической политики", принятый в 1993 г. и дополненный в 1997 г. Закон регулирует основные моменты политики государства по отношению ко всем субъектам научно-технической деятельности.

В 1994 г. последовало Постановление Кабинета Министров Республики Беларусь от 30.12.1994 г. № 276 "О мерах по сохранению и эффективному использованию научного потенциала республики", где впервые предполагалось подготовить проект "Программы о развитии научно-инновационной деятельности", которая была разработана и одобрена Кабинетом Министров Республики Беларусь в 1996 г. Это - первый документ, отражающий основополагающие направления работы по созданию научной и инновационной инфраструктуры. В программе определены

основные направления государственной поддержки инновационной деятельности:

- формирование нормативно-правовой базы;
- совершенствование системы финансирования, включающей гибкую налоговую политику;
- формирование особых механизмов разгосударствования и приватизации объектов научно-технической сферы, ее структурное реформирование;
- создание системы информационного обеспечения;
- создание условий для развития малого научно-инновационного предпринимательства;
- содействие внешнеэкономической деятельности в научно-инновационной сфере;
- подготовка высококвалифицированных кадров.

В 1996 г. принят Закон Республики Беларусь "О научной деятельности", определяющий правовые основы и гарантии осуществления научной деятельности, ее виды, закрепляющий статус научного работника и научной организации, выделены основные принципы государственного регулирования научной деятельности. Особое место в Законе отведено мерам социальной поддержки научных работников, установлены ежемесячные доплаты за ученые степени и звания.

В 1996 г. принят Закон "Об авторском праве и смежных правах", согласно которому к объектам охраны относятся произведения науки, литературы и искусства, являющиеся результатом творческой деятельности, независимо от назначения и достоинства произведения, а также способа его выражения. Регламентируя возникновение авторского права, Закон подтверждает принцип отсутствия формальностей. Авторское право на произведение науки, литературы и искусства возникает в силу факта его создания. Законом введена важная для правоприменительной деятельности презумпция авторства, заключающаяся в том, что при отсутствии доказательств иного автором произведения считается лицо, указанное в качестве автора на оригинале или экземпляре произведения. Что касается опубликования произведения, анонимно или под псевдонимом (за исключением случаев, когда псевдоним автора не оставляет сомнения в его личности), издатель, имя или наименование которого обозначено в произведении, при отсутствии доказательств иного считается представителем автора и в этом качестве имеет право защищать права автора. Для удобства защиты прав авторам и обладателям авторских прав разрешено в добровольном порядке регистрировать свои произведения в организациях, защищающих авторские права. Данный Закон позволит защитить правообладателей от незаконного использования объектов авторского права и смежных прав. Правообладатель через суд вправе требовать от нарушителя Закона:

- признания авторского или смежных прав;
- восстановления положения, существовавшего до нарушения

авторского или смежных прав;

- пресечения действий, нарушающих авторские или смежные права или создающих угрозу их нарушения;
- возмещения убытков, включая упущенную выгоду;
- взыскания дохода, полученного нарушителем вследствие нарушения авторского или смежных прав, вместо возмещения убытков;
- выплаты компенсаций в сумме, определяемой судом, вместо возмещения убытков или взыскания дохода с учетом существа правонарушения;
- принятия иных предусмотренных законодательными актами мер, связанных с защитой авторского или смежных прав.

Принципиально важную роль в выработке стратегии долгосрочного развития научно-инновационной сферы республики и выбора инновационного пути развития белорусской экономики сыграли Указы Президента Республики Беларусь "О стимулировании создания и развития в Республике Беларусь производств, основанных на новых и высоких технологиях" от 08.07.1996 г. № 224 и "О государственной поддержке разработки и экспорта информационных технологий" от 03.05.2001 г. № 234 и постановление Совета Министров Республики Беларусь "О приоритетных направлениях создания и развития новых и высоких технологий и критериях их оценки" от 27.02.1997 г. № 139.

Для создания правового поля по формированию в республике субъектов инновационной инфраструктуры в 1997 г. утверждены Постановление Совета Министров от 31.07.98 г. № 998 "Положение о научно-технологическом парке", Постановление Совета Министров от 04.06.1997 г. № 640 "Порядок отнесения субъектов хозяйствования к научно-технологическим паркам" и "Положение об инкубаторах малого предпринимательства в Республики Беларуси".

В 1998 г. принят Закон "О Национальной академии наук Беларуси", в котором Национальной академии наук Беларуси придан статус высшей государственной научной организации, ответственной за осуществление и координацию фундаментальных исследований в стране; изучение актуальных проблем экономического, социального и культурного развития республики; повышение эффективности использования научных достижений; подготовку научных кадров высшей квалификации; усиление влияния науки на развитие образования, духовной культуры белорусского народа и повышение его интеллектуального потенциала.

За последние годы создана нормативно-правовая база по защите объектов интеллектуальной собственности: изобретений, полезных моделей, промышленных образцов, селекционных достижений. Приняты Законы "О патентах на промышленные образцы" (1993), "О товарных знаках и знаках обслуживания" (1993), "О патентах на сорта растений" (1995), "О патентах на изобретения и полезные модели" (1997), "О правовой охране топологий интегральных микросхем" (1998), "О научно-технической информации" (1999), Методические рекомендации по оценке стоимости

и учету объектов интеллектуальной собственности в составе нематериальных активов" (1998).

Таким образом, за последние десятилетия сформирована система государственного управления научной, научно-технической и инновационной деятельностью, создан действенный механизм, способствующий сохранению и развитию в стране научно-технического и интеллектуального потенциала.

Проблемы и перспективы правовой регламентации научно-технической деятельности

Основные проблемы в инновационной деятельности, которые требуют законодательного обеспечения:

- усиление целевых принципов финансирования инновационной деятельности;
- создание благоприятного налогового климата для субъектов, осваивающих разработки, и лиц, содействующих внедрению;
- создание льготного порядка кредитования внедрения разработок;
- усиление государственной поддержки малого научно-инновационного предпринимательства;
- усиление роли банков в коммерциализации результатов разработок, создание инновационных банков и фондов;
- расширение международного корпоративного сотрудничества и привлечение инвестиций.

В соответствии с планом законопроектной работы в настоящее время разрабатывается Кодекс законов о науке Республики Беларусь, который будет систематизированным актом в сфере науки, состоящий по структуре из следующих глав: "Финансирование деятельности в сфере науки"; "Академии наук"; "Научные организации и временные научные коллективы"; "Научный работник"; "Оплата труда, материально-бытовое обеспечение научных работников, стипендии, премии"; "Научно-технические программы и государственная научно-техническая экспертиза"; "Инновационная деятельность и инновационный проект"; "Научно-техническая информация"; "Результаты деятельности в сфере науки".

Для надежной правовой защиты научно-инновационной деятельности нужны изменения во всей налоговой системы. Необходимо освободить от уплаты налога на прибыль научные учреждения и организации. Эти предложения направлены в законодательные комиссии.

Для стимулирования использования новых и высоких технологий дорабатывается Закон "Об интеллектуальной собственности", регламентирующий порядок использования интеллектуальных продуктов и выплату вознаграждения разработчикам этих продуктов со стороны государства и пользователей. В настоящее время правовая защита интеллектуальной собственности распространяется лишь на монографии ученых, полученные ими патенты, авторские свидетельства, при этом результаты фундаментальных исследований передаются обществу бесплатно. Что способствует "утечке умов" за рубеж.

Для правовой регламентации разрешения имущественных вопросов научно-технической деятельности разрабатываются Законы "О формах собственности в отношении имущества научных организаций и порядке управления этим имуществом", "О сдаче в аренду государственной собственности, используемой научными организациями республики", "О коммерческих и производственных тайнах в деятельности научных организаций республики".

Для защиты социальных прав субъектов научной деятельности подготовлены Законы "О правовом статусе научного сотрудника", "Об оплате труда высококвалифицированных ученых и специалистов в научно-технической сфере", "Об улучшении пенсионного обеспечения ученых".

Таким образом, государство уделяет особое внимание развитию научной и инновационной деятельности, законодательному оформлению прав на результаты интеллектуального (творческого) труда. Принятие вышеперечисленных законов и других нормативно-правовых актов создают предпосылки для организационного, правового и экономического реформирования научной, научно-технической и инновационной деятельности, способствующей созданию белорусской Селиконовой Долины.

Тема: ИССЛЕДОВАНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ПРОЦЕССОВ В МЕДИЦИНЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Вопросы:

Основные понятия

Классификация инноваций в медицине и здравоохранении

Здравоохранение представляет собой сложную социально-экономическую и организационно-технологическую систему, объединяющую в единое целое ряд отдельных, относительно самостоятельных, но тесно взаимосвязанных между собой компонентов: лечебно-профилактические учреждения; медико-реабилитационные и аптечные учреждения и организации; служба санэпиднадзора и предприятия медицинской промышленности. Сложность и комплексность этой системы порождают потребность в четкой организации, в развитии отрасли и применении инноваций. Разработка нововведений является сложным процессом, требует наличия солидной информационной базы и проведения тщательного анализа существующей ситуации в отрасли. Важнейшим стимулом к разработке и внедрению инноваций в здравоохранении служат, с одной стороны, достижения науки и техники, в том числе результаты исследовательской работы по организации здравоохранения и управленческой науки в целом, с другой – отмечаемые во всем мире растущие потребности в снижении затрат на охрану здоровья населения, одновременном повышении эффективности, доступности и приемлемости медицинской помощи для всего населения.

Ученые-медики и организаторы здравоохранения активно исследуют инновационные процессы в здравоохранении. Согласно литературным данным, инновационные процессы в медицине отличаются:

- несовершенным информационным обеспечением; низкой инновационной компетентностью специалистов;
- разрывом между достижениями науки и внедрением в практику;
- не оперативностью внедрения.

По результатам внедрения инноваций в медицинской практике на первом месте – применение новых лекарственных препаратов; на втором месте – внедрение новой медицинской техники; на третьем месте – использование нового медицинского инструментария; на четвертом месте – применение нового способа лечения, диагностики и профилактики; на пятом месте – внедрение нового способа организации и управления.

Источниками инноваций в медицине в работе специалистов являются: методические рекомендации и курсы совершенствования по информации; информационные письма и служебные инструкции; семинары; публикации в журналах и средствах информации.

К инновациям в здравоохранении многие авторы относят: стратегическое управление; компьютеризацию; автоматизацию; новаторские информационные технологии; использование средств телевизионной связи Интернет.

Разрабатывая и применяя нововведения в здравоохранении, особенно в условиях рынка, важно иметь в виду, что инновации в медицине, как и в промышленности, должны быть запатентованы и служат предметом частной собственности их автора или определенной организации или страны, а так же предметом торгового обмена, поскольку их применение связано с получением определенной прибыли, экономической отдачи.

Под эффективностью внедрения нововведений в здравоохранении понимают способность минимизировать ресурсы, расходуемые из расчета на условную единицу результата, при условии достижения заданной цели с соблюдением требований безопасности и этичности их применения, учитывая социальную значимость получаемых результатов. Социально-экономический эффект от внедрения инноваций может проявляться не только в виде получения общей отдачи от вложения финансовых ресурсов и улучшения показателей здоровья населения, но и в виде повышения культуры и качества медицинского обслуживания, в результате чего усиливается внимание, уделяемое медицинским персоналом, прежде всего врачебным, каждому конкретному пациенту, расширяются возможности индивидуального подхода к удовлетворению его потребностей и запросов.

Разработка, внедрение, совершенствование инновационных процессов в здравоохранении тесно связаны с реформированием отрасли. В настоящее время в условиях существенной ограниченности финансирования растет интерес и исследованию и поиску новых ресурсосберегающих организационных методов работы. В сфере здравоохранения к числу таких инноваций, которые способствуют экономному расходованию и сбережению

ресурсов, относятся формы организации медицинского обслуживания населения, позволяющие заменить дорогостоящее стационарное лечение амбулаторным: дневной стационар, центр амбулаторной хирургии, школа обучения больных хроническими заболеваниями приемам самопомощи (школа диабета; аста-школа и др.)

Количество разработок и внедрений в здравоохранении растет, они разнообразны. У разных авторов даны различные классификации инноваций в здравоохранении. Выделяют следующие инновации в здравоохранении:

По целевому назначению инновации бывают стратегические, тактические и оперативные. К первым можно отнести разработку прогнозов на длительную перспективу, на ближайший период или долгосрочные стратегические инновации. Во вторую группу входят инновации, обеспечивающие проектирование и практическую организацию управленческой деятельностью по претворению в жизнь стратегии и планов. В третью входят инновации, относящиеся к непосредственному регулированию инновационных процессов, оперативному контролю, учету получаемых результатов.

По уровню разработки и масштабу применения инноваций в здравоохранении выделяют инновации на уровне правительства, министерства, органов местного управления, так же отдельных объединений, организаций, ЛПУ и предприятий.

По функциональному назначению и масштабам действия инновации относят к сфере макроменеджмента (разработка организации совместной деятельности нескольких секторов, направленных на достижение одной какой-то цели в общенациональном масштабе, например, деятельность Минздрава и Минтруда и соцзащиты); мезоменеджмента (разработка мероприятий и программ в определенном секторе в целом в общенациональных масштабах или в пределах одного региона, например, Чернобыльские программы); микроменеджмента (разработка программ в определенной узкой области какого-либо сектора или на местном уровне, также усовершенствование какого-либо аспекта деятельности ЛПУ).

В зависимости от методов, использованных для их разработки, от механизмов их применения и введения в действие выделяют следующие инновации в здравоохранении:

- по характеру действия (прямому или косвенному);
- по диапазону направленности (узкому, широкому);
- по характеру воздействия существующее положение (поддерживающие, корригирующие, трансформирующие) и по другим параметрам.

Исследование некоторых инновационных процессов в здравоохранении, в разработке усовершенствовании практических форм и методов оказания медицинских услуг, подтверждают, что достижения в медицине и в здравоохранении опираются на научные разработки и нововведения, инновации. Учитывая современные проблемы здравоохранения, необходимы более широкое ознакомление врачей с

современными методами ведения больных, основанных на принципах доказательной медицины, использование средств справочно-информационной ориентации врачей не в отношении статистики, а в пределах конкретных клинических специальностей в качестве экспертных систем. Это потребует соответствующих интеллектуальных затрат, но в результате будет способствовать развитию врачебного кругозора и внедрению новых методов диагностики, лечения, профилактики.

Тема: ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ И УПРАВЛЕНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Вопросы:

Наиболее значимые проблемы управления и экономики здравоохранения

Инновации в организации медико-социальной помощи

Изменение общих социально-экономических условий в Республике Беларусь объективно определило необходимость решения ряда проблем здравоохранения. Важнейшей из них является приведение в оптимальное соответствие потребностей граждан и возможностей общества в защите и поддержке здоровья нации. Наиболее значимые **проблемы управления и экономики здравоохранения в Республике Беларусь:**

- недостаток финансовых средств;
- низкая адаптируемость имеющихся организационных структур к изменившейся внутренней и внешней среде их деятельности;
- неэффективная мотивация труда работников здравоохранения;
- отсутствие четкой программы развития платных медицинских услуг;
- дублирование механизмов централизации и децентрализации;
- отсутствие научного информационного сопровождения инноваций в здравоохранении;
- низкий уровень материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений.

Проблемы, существующие на всех уровнях отечественного здравоохранения, подразделяют на 3 группы: социально-медицинские, организационно-управленческие и экономические проблемы. В настоящее время приоритетный характер имеют **экономические проблемы**, состоящие в ограниченных объемах централизованного финансирования и необходимости эффективного использования имеющихся ресурсных возможностей.

Организационно-управленческие проблемы заключаются:

- в несоответствии действующих административно-организационных структур и форм оказания медико-социальной помощи,
- в отсутствии системы стандартов деятельности учреждений органов управления здравоохранением,

- в необходимости реструктуризации системы подготовки кадров;
- делегирования управленческих полномочий общественным структурам,
- созданию соответствующих систем мотивации медперсонала.

Социально-медицинские проблемы – это снижение продолжительности жизни населения, отсутствие культуры здоровья у большинства населения, необходимость развития первичного уровня медико-санитарной помощи посредством института врача общей практики, семейного врача. Стратеги решения этих проблем заключается в этапном реформировании действующей системы путем экспериментальной проверки возможных механизмов и инструментов, их закрепления и последующего широкого внедрения.

Выйти из экономического и организационного кризиса в здравоохранении невозможно без повышения эффективности управления на основе научно обоснованных подходов. Успех решения этой задачи определяется обоснованной методологией информационного обеспечения, разработкой и применением передовых организационных технологий информатизации. В настоящее время разрабатывается стратегия массовой компьютеризации лечебно-профилактических учреждений. В России уже используют универсальные типовые пакеты программ, которые можно использовать на всех уровнях – в поликлиниках и стационарах, у руководителей органов и учреждений здравоохранения, в экономических, кадровых, статистических службах и пр.

Инновации в организации медико-социальной помощи населению:

- стратегическое управление;
- компьютеризация;
- автоматизация;
- новаторские информационные технологии;
- использование средств телевизионной связи и Интернета.

Стратегическое управление в здравоохранении предполагает разработку тактических задач для решения стратегической цели, которая в целом должна способствовать развитию ранка медицинских услуг, полное удовлетворение потребителя медицинских услуг и извлечение максимальной прибыли для удовлетворения материальных потребностей специалистов, технологического, технического и профессионального совершенства качества и количества медицинских услуг. Цели медицинского учреждения определяют концепцию его развития и основные направления деловой активности. Стратегия предполагает разработку обоснованных мер и планов достижения намеченных целей, в которых учитываются профессиональный рост, техническое и технологическое совершенство и производство медицинских услуг.

Разработка экономической политики любого лечебно-профилактического учреждения предполагает:

- формирование стратегических целей и задач;

- анализ сильных и слабых сторон производства медико-социальных услуг;
- оценку существующих и перспективных направлений хозяйственной деятельности;
- анализ рынка и его влияния на функционирование лечебного учреждения;
- выбор тактики достижения целей;
- составление ежегодного бизнес-плана для лечебно-профилактического учреждения и функциональных подразделений.

При разработке стратегических позиций медицинского учреждения пользуются качественными и количественными показателями. **Количественные показатели инноваций в здравоохранении** могут быть представлены в виде изменений стратегии и тактики планирования и ведения дела, внедрения инноваций, совершенствования форм обслуживания в каждом конкретном ЛПУ. **Качественные показатели** – в виде эффективных показателей диагностики, лечения, профилактики заболеваний и удовлетворенности граждан. Инновационные подходы должны способствовать закономерному переходу количественных изменений в качественные. Это позволит любому ЛПУ и любой медицинской организации извлекать прибыль в виде устойчивого превышения суммарных доходов над расходами и обеспечит устойчивое развитие учреждения и формирование оборотных средств.

Разработка, внедрение, совершенствование инновационных процессов в здравоохранение тесно связаны с реформированием отрасли. Одним из основных направлений реформирования системы здравоохранения, определенных Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь, является стандартизация медицинской помощи. Главная цель стандартизации – создание информационно-технологической базы, обеспечивающей, с одной стороны, условия для организации доступной, гарантированной финансовыми ресурсами государством помощи населению, с другой – позволяющей на основании клинико-экономического анализа с учетом доказательной медицины более рационально использовать ресурсы отрасли.

Проблема улучшения качества медицинской помощи является ключевым критерием реформирования здравоохранения. Опыт показал, что все преобразования и нововведения в здравоохранении неэффективны без решения этой проблемы. Специалистами Минздрава РБ разработаны общереспубликанские протоколы (стандарты) обследования и лечения больных.

Протоколы представляют собой перечень нозологических форм согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра с соответствующими апробированными и регламентированными схемами диагностических и лечебных технологий, проведение которых гарантируется пациенту, и требования к конечному результату лечения.

Проблема управления качеством медико-социальной помощи – проблема управления ресурсами и технологией медицинской помощи для достижения лучших результатов в изменении состояния здоровья населения. Перспективными направлениями улучшения качества медицинской помощи являются:

- разработка протоколов обследования и лечения распространенных заболеваний;
- выработка наиболее оптимальных алгоритмов, содержащих технологическую последовательность в соответствии с идеологией доказательной медицины;
- детализация технологических схем обследования и лечения;
- создание специализированных клинико-организационных руководств по опыту здравоохранения других стран (СНГ, Австралии, Канады).

Важнейшие условия эффективности медико-социального обслуживания населения:

- самопрофилактика;
- медицинская профилактика;
- самопомощь;
- медико-санитарная помощь внутри семьи;
- организация первичной медицинской помощи (врач общей практики, семейный врач);
- амбулаторно-поликлиническая помощь;
- стационарная (больничная) помощь;
- постлечебная помощь, реабилитация;
- научное сопровождение реформирования здравоохранения.

Первые 4 условия ориентированы на индивидуальный характер заботы о здоровье, следующие характеризуют долю участия организованной медико-социальной помощи в здравоохранении.

В республике разработана и внедрена **новая технологическая схема оказания первичной медико-санитарной помощи** населению на основе создания территориальных семейных отделений (бригад), включающих врачей и медсестер необходимого профиля. Цель создания комплексного территориального семейного отделения заключается в совершенствовании организации и улучшении качества первичной медико-санитарной помощи. Цель достигается решением следующих задач:

- переноса оказания медицинской помощи со стационара на амбулаторно-поликлинические учреждения,
- приближение квалифицированной медицинской помощи к месту жительства,
- рациональное использование потенциала узких специалистов за счет овладения врачами территориального участка смежных специальностей,
- разработка системы тарифов на оказание медицинских услуг как составной части механизма оценки результатов деятельности,

- повышение роли младшего и среднего медперсонала в системе первичной медико-санитарной помощи.

Определение затрат на обслуживание населения и оплата труда осуществляется на основе дифференциации всего населения на 5 групп, отличающихся сложностью необходимой медицинской помощи и категории конкретного случая. Определяется стоимость обслуживания каждого пациента. По мере улучшения состояния здоровья, прикрепленного к данной поликлинике населения (переход части пациентов из группы здоровья 5 в группу 4 и т.д.), путем проведения более активной профилактической работы, интенсивных лечебных мероприятий (реабилитация, стационар на дому и пр.) создается фонд экономического стимулирования для поликлиники в целом, каждого отделения врачебного участка. В результате у медперсонала появляется материальная заинтересованность в своей деятельности.

В течение последних лет учеными-медиками разрабатываются научно-обоснованные предложения по вопросам реформирования здравоохранения Республики Беларусь. Исследования направлены на решение таких важных вопросов, как введение врача общей практики, развитие консультативно-диагностических служб в поликлиниках, оптимизация коечного фонда за счет реорганизации структуры стационаров по степени интенсивности лечебно-диагностического процесса, внедрение в практику амбулаторной помощи стационарозамещающих технологий, стандартизация и унификация медицинской деятельности. Немаловажны и другие направления научно-практической деятельности: разработка норм и штатных нормативов медицинского персонала ЛПУ; переход от контроля к управлению качеством и эффективностью медицинской помощи; создание правовой базы и законодательных актов, направленных на дальнейшее развитие конституционных принципов обеспечения прав граждан на медицинскую помощь и охрану здоровья.

Тема: УПРАВЛЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫМИ ПРОЦЕССАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Вопросы:

Организация процесса внедрения новых технологий в здравоохранении

Процессное управление в медико-социальной сфере

Медико-экономическая модель управления здравоохранением

Организация процесса внедрения инноваций в здравоохранении

Для того чтобы результаты научных исследований, изобретения, разработки превратились в инновации, приносящие реальную пользу улучшению здравоохранения, необходима организация процесса внедрения новых технологий. Стратегическое управление в здравоохранении предполагает разработку тактических задач для решения стратегической цели. Условия для внедрения новых технологий в здравоохранении:

достаточное информационное обеспечение,

прогнозирование эффективности внедрения инноваций, рациональные финансовые затраты, приобретение качественного оборудования, адекватное применение современной компьютерной техники и другие факторы, способствующие улучшению качества оказываемой медико-социальной помощи.

Анализ литературных данных показал, что для организации процесса внедрения инноваций в здравоохранении эффективно действуют Координационно-аналитические центры по управлению инновационными процессами в лечебно-профилактических учреждениях. Функции координационно-аналитического центра ЛПУ:

- проводит сбор, систематизацию и анализ информации по всем доступным каналам на рынке современных технологий в здравоохранении;

- организует и проводит экспертизу новых технологий и оборудования, осуществляет прогнозирование эффективности использования новых технологий, готовит рекомендации по их внедрению;

- разрабатывает ежегодно программу научно-практических исследований, координирует совместную работу по проведению этих исследований с научными учреждениями и организациями;

- анализирует эффективность работы подразделений ЛПУ, вносит на рассмотрение руководства предложения по изменению структуры и повышению эффективности деятельности;

- готовит обзоры, аналитические справки и рекомендации;

- изучает состояние рынка медицинских услуг, готовит рекомендации по оптимизации рекламной деятельности, участвует в организации сотрудничества с негосударственными медицинскими организациями, изучает общественное мнение, проводит социологические исследования;

- обеспечивает двустороннюю связь администрации ЛПУ со средствами массовой информации и медперсоналом.

Деятельность центра по управлению инновационными процессами в больнице на примере приобретения и ввода в эксплуатацию нового оборудования.

1 этап – экспертиза и прогнозирование эффективности использования оборудования. Для этого проводится маркетинговые исследования, оцениваются техническая возможность установки и эксплуатации нового оборудования (наличие производственной площади, энерго-водоснабжение и пр.), анализируется кадровый потенциал с целью определения кандидатур для обучения работе с оборудованием.

2 этап – осуществление анализа рынка необходимого оборудования для определения наиболее оптимального соотношения цены и качества. При прочих равных условиях во внимание принимаются: более длительный гарантийный срок обслуживания, доступность расходных материалов, уровень сервисного обслуживания.

По итогам 2 этапов готовится информационно-аналитический материал для руководителя ЛПУ с рекомендациями и предложениями по

приобретению нового оборудования.

3 этап – приобретение оборудования, монтаж, ввод в действие;

4 этап – регулярный контроль и анализ эффективности использования приобретенного оборудования.

Все выше сказанное приводит к улучшению качества медико-социальной помощи и рациональных расходов на медицинские услуги.

Процессное управление в медико-социальной сфере

Управление инновационными процессами – управление системой процессов, связанных между собой в области внедрения и использования новых технологий.

На практике эти процессы представлены:

- прогнозированием и планированием объемов финансовых ресурсов;
- оперативным управлением финансовыми ресурсами;
- анализом и контролем расходования финансовых средств.

Важная роль в инновационных процессах отводится методам моделирования деятельности системы. Модель – основа любого управления. Даже в случае, когда модель объекта управления в формальном виде не описана, руководитель, принимая решение, прогнозирует реакцию системы на основе своего видения объекта управления и внешней среды – интуитивной модели.

Одним из перспективных направлений внедрения новаций в современные системы управления представляется разработка новых моделей, аккумулирующих активные знания в формализованном виде и позволяющих поддерживать более высокий уровень гарантий качества принимаемых решений за счет сокращения потенциальных ошибок, возникающих вследствие неправильного учета особенностей действий тех или иных элементов системы управления.

Для реализации этого направления необходимо решить следующие задачи: извлечение корпоративного знания, развития корпоративного знания, поддержание цикла корпоративных знаний. Внедрение моделей и их использование создают предпосылки для инноваций в управлении крупными организациями и ЛПУ. Для эффективности внедрения моделей используются международные стандарты качества медицинской помощи.

Медико-экономическая модель управления здравоохранением

В соответствии с Концепцией развития здравоохранения Республики Беларусь, в настоящее время создается медико-экономическая модель управления здравоохранением. Ведущие направления деятельности по совершенствованию механизма хозяйствования и позитивных изменений в здравоохранении:

- планирование финансовых средств с использованием нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя;

- уточнение уровня государственных гарантий в области здравоохранения с разработкой территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и

формированием государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения;

- концентрация ресурсов на приоритетных направлениях деятельности и реструктуризации медицинской помощи;

- создание республиканских научно-практических центров;

- развитие общей врачебной практики;

- стандартизация медицинских технологий;

- расширение внебюджетной деятельности;

- информатизация отрасли.

Таким образом, министерством здравоохранения Республики Беларусь определена модель здравоохранения, ориентированная на следующие ключевые положения:

1. Приоритетность развития здравоохранения с бюджетным финансированием в объеме не менее 7% ВВП.

2. Определение нормативов бюджетной обеспеченности расходов на здравоохранение в расчете на одного жителя как основных показателей в системе государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения.

3. Реализация прав на бесплатное лечение в государственных организациях, осуществляемая в рамках государственных минимальных социальных стандартов в области здравоохранения.

Потенциальные возможности финансирования по нормативам расходов на одного жителя связаны со структурной перестройкой, совершенствованием экономических отношений, использованием новых форм организации и стимулировании труда медработников. Отрабатываются методики расчета себестоимости медицинских услуг, использованию новых штатных нормативов, рассчитанных на численности населения.

Установлен государственный минимальный социальный стандарт по числу врачей первичного звена (участковые врачи) – 1 врач на 1 300 жителей. Фактически обеспеченность составляет (на 01.07.04 г.) 1 врач на 1 442 жителя (по штатному расписанию), на 1 535 жителей (по занятым должностям), на 1 941 жителя (по физическим лицам). Наблюдаются диспропорции по регионам: - 1 врач на 1 496 жителей по физическим лицам в Гродненской области, в Минске - на 1 614 жителей, в Брестской области – 1 920, в Витебской – 1 929, в Минской – 2 020, Гомельской – 2 264, Могилевской – 2 343.

(В европейских странах число врачей на 1 000 населения колеблется от 1,5 в Великобритании до 5,5 в Италии.)

Реализация медико-экономической модели здравоохранения требует активной, творческой и инновационной деятельности специалистов органов управления здравоохранением и всей медицинской общественности республики.

Тема: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ЕГО РЕФОРМИРОВАНИЯ

Вопросы:

Общие положения социально-когнитивной психологии

Условный пример системы по отношению к нововведениям

Основные методы социально-психологического влияния

Мотивация медицинских работников

Социально-психологические методы преодоления сопротивления нововведениям в здравоохранении

Для решения проблем здравоохранения требуется повышение уровня профессиональной подготовки и управленческой культуры руководителей, изменение сознания медицинских работников. В современных условиях все большее значение приобретают социально-психологические методы управления. Достижения в области социально-когнитивной психологии позволяют по-иному взглянуть на многие проблемы трудовой мотивации медицинских работников, социально-психологического и информационного обеспечения реформ в отрасли.

Стратегическое управление в здравоохранении, как вид социальных инноваций, предполагает разработку тактических задач для решения стратегической цели. Цель любой организации достигается через планирование, организацию, мотивацию и контроль деятельности людей, т.е. человеческий фактор является центральным звеном процесса управления. В условиях реформирования отрасли социально-психологическая адаптация медицинских работников и их позитивное отношение к проходимым преобразованиям являются важными факторами эффективной деятельности всей системы здравоохранения. Поэтому основной задачей социально-психологического управления является соответствующее изменение поведения, убеждений и установок медицинских работников.

Для достижения этой задачи требуется повысить заинтересованность сотрудников ЛПУ в улучшении качества работы и культуры оказания медицинской помощи, обеспечить общественную поддержку каких-либо преобразований, улучшить морально-психологический климат в коллективе.

Общие положения социально-когнитивной психологии

Выделяют 5 видов реакций человека на социальные раздражители:

1. Собственное поведение, выражающееся в каких-либо действиях индивидуума.
2. Поведенческие интенции – намерения, ожидания, планы действий, предваряющие сами действия. Поведенческие интенции могут быть реализованы в действиях или так и оставаться в виде намерений.
3. Когнитивные – познания, сложившиеся в результате познавательных (когнитивных) процессов. Включают в себя убеждения, идеи, знания о данном объекте, о том как вести себя по отношению к нему.

4. Аффективные реакции – эмоции, отражающие наши установки на уровне физического самочувствия (например, переживание удовольствия, злости, печали, раздражительности, радости и пр.).
5. Установки – комплексные суммарные оценочные реакции, включающие в себя все остальные элементы.

Таким образом, установка – устойчивая предрасположенность к определенной оценке, основанная на когнициях, аффективных реакциях, поведенческих интенциях и предшествующем поведении, способная в свою очередь влиять на познавательные процессы, аффективные реакции, формирование интенций и будущее поведение.

Иными словами, установка представляет собой комплексное образование, состоящее из 5 взаимосвязанных элементов: собственно установки, когниций, аффективные реакции, поведенческие интенции, поведение) и получившее в научной литературе название установочной системы.

Условный пример уст ановочной сист емы по от ношению к нововведениям

Установочная система на примере внедрения координационно-аналитических центров при больнице.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИНТЕНЦИИ

«Я собираюсь выступить на медицинском совете, посвященном вопросам управления и организации внедрения новых технологий, с предложением организовать координационно-аналитический центр при больнице»;

«Если координационно-аналитический центр будет создан, я пойду туда работать».

ПОВЕДЕНИЕ

«Во время последней врачебной конференции в своем выступлении я предложил организовать координационно-аналитический центр при больнице»;

«При общении с коллегами я неоднократно высказывался о преимуществах и реальной пользе в улучшении качества работы и управления инновационными процессами»;

«Во время социологического опроса я высказался за создание координационно-аналитического центра при больнице».

УСТАНОВКА

«Я за создание координационно-аналитического центра при больнице»

КОГНИЦИИ

«Создание координационно-аналитического центра позволит эффективно проводить

политику в области внедрения новых технологий»;
«Организация центра обеспечит систематизацию и анализ информации о нововведениях в здравоохранении;
«Проводимые экспертиза и прогнозирование позволят эффективно использовать финансовые и трудовые ресурсы и совершенствовать систему управления».

АФФЕКТИВНЫЕ РЕАКЦИИ

«Мне нравится, когда организован процесс управления и внедрения в больнице новых технологий, разработок»;

«Меня раздражают нерациональное использование финансовых и человеческих ресурсов»;

«Меня злит низкое качество оказываемой медицинской помощи».

Таким образом, опосредованно через установочные системы можно оказывать влияние на поведение человека или группы людей. Медицинские работники, как и все люди, осмысленно реагируют на поступающую информацию только тогда, когда у них есть желание (когда что-то касается их лично) и возможность ее анализировать. Проблемы реформирования здравоохранения и внедрения нововведений без соответствующей подготовки достаточно сложны для понимания. Гораздо больше медицинских работников волнуют вопросы, затрагивающие их непосредственные интересы: заработная плата, условия труда и т.д.

Основные методы социально-психологического влияния.

- метод, основанный на принципе взаимности;
- метод, основанный на принципе последовательности;
- метод, основанный на принципе социального доказательства;
- метод, основанный на принципе благорасположения;
- метод, основанный на принципе авторитета.

1. Метод, основанный на принципе взаимности. Правило взаимного обмена является наиболее распространенной нормой человеческой культуры. Чуткое отношение к нуждам подчиненных, позволит руководителю рассчитывать на них поддержку во время перемен и нововведений.
2. Метод, основанный на принципе последовательности. Внутренне стремление к последовательности является базовой потребностью человека. Последовательность ассоциируется с интеллектуальностью, силой, логикой, рациональностью, стабильностью, честностью. Главная роль при применении метода социального влияния на основе принципа последовательности играют принятые на себя обязательства, наиболее эффективны публичные обязательства, которые запускают процесс изменения установок. Для начала это может быть несколько слов в поддержку внедрения нововведений или отдельных преобразований в

лечебно-диагностическом процессе. Обязательства не должны быть навязаны свыше, а быть внутренне мотивированными. Руководителю важно заручиться поддержкой в чем-то малом, связанным с изменениями в организации медико-социальной помощи и не вызывающим возражений. Различные собрания, совещания, конференции, семинары, медицинские советы, курсы повышения квалификации являются публичным полигоном для изменения установок медицинских работников в сторону более конструктивного внедрения инноваций в здравоохранении. Интересной формой социального влияния являются различные коллективные обращения, петиции, открытые письма, сбор подписей. Наличие подписей авторитетных людей или просто слух об их поддержке оказывает влияние на тех, кто еще не подписался. В коллективном обращении можно создать ассоциации даже несвязанными вопросами. Публичные обязательства изменяют представление человека о самом себе и его поведение. Люди принимают на себя внутреннюю ответственность за выбранную форму поведения.

3. Метод, основанный на принципе социального доказательства. Согласно этому принципу, человек определяет, что является правильным, выясняя, что считают правильным другие люди. Действие этого принципа усиливается в условиях неуверенности, отсутствия или недостаточной информации. Когда люди не чувствуют себя уверенно, в большей степени они ориентируются на действия и мнения других, чтобы решить как им действовать. На большинство людей оказывает влияние поведение окружающих, особенно похожих на них людей. Поэтому важно при применении этого метода в качестве агитаторов инноваций выдвигать представителей тех профессиональных групп, на кого направлено социальное воздействие. Принцип социального доказательства эффективен на успешных примерах. Сообщают, что многие (чем больше, тем лучше) ЛПУ и их сотрудники организуют координационно-аналитические центры, бюро социально-психологических исследований и внедряют другие нововведения, и у них получается рационально использовать финансы, получать прибыль, получать материальное вознаграждение по результатам труда, улучшать качество медико-социальной помощи. Необходимо делать упор на возможность удовлетворения важных и актуальных потребностей медицинских работников: увеличение заработной платы, повышение удовлетворенности работой, возможности самовыражения и реализации своих потенциальных возможностей. Для этого необходима позитивная информация в СМИ. Требуется распространение успешного опыта работы в новых условиях.
4. Метод, основанный на принципе благорасположения. Люди охотнее соглашались с тем, что им нравится. Нам нравятся люди, похожие на нас. Желательно, чтобы агенты влияния были той же социальной группы, на которую осуществляется социально-психологическое воздействие. Для достижения благорасположения, положительных реакций

используют принцип ассоциаций. Необходимо связывать инновационные процессы с какими-либо достижениями, позитивными эмоционально окрашенными событиями. Важно установить положительную связь с помощью СМИ.

5. Метод, основанный на принципе авторитета. Многие авторитетные специалисты обладают особым воздействием на людей, склонных считать их достоверным источником информации. Влияние авторитетов возрастает, если они кажутся беспристрастными.

Таким образом, трудовое поведение и отношение медицинских работников к нововведениям в здравоохранении определяется не только влиянием окружающей социальной среды, но и особенностями восприятия и интерпретации объективной действительности на основе имеющихся установок. Оценка социальных влияний складывается под воздействием внутренних (диспозиционных) и внешних (ситуационных) факторов, различия между которыми стираются, так как ситуационные факторы вызывают изменения установочной системы. Общественное восприятие внедрения нововведений в здравоохранении во многом зависит от имеющихся у медицинских работников представлений, ощущений, жизненного опыта, уровня информированности, системы ценностей, социально-психологических особенностей.

Мотивация медицинских работников

В настоящее время доказано, что деньги не всегда побуждают человека трудиться усерднее. Для эффективной мотивации медицинских работников необходимо определить их потребности в порядке значимости и обеспечить возможность их удовлетворения в процессе трудовой деятельности. Выделяют 2 группы теорий мотивации:

1. Содержательные теории, в основе которых лежит идентификация потребностей человека, заставляющих людей действовать определенным образом.

2. Процессуальные теории мотивации, изучающие когнитивные особенности (особенности восприятия и познания) людей.

До сих пор нет единой всеми принятой классификации потребностей. Большинство психологов считают, что потребности можно разделить на первичные (врожденные физиологические потребности в пище, воде, сне и пр.) и вторичные (потребности в успехе, уважении, привязанности, власти и пр.). Первичные заложены генетически, вторичные возникают и меняются в течение всей жизни в зависимости от окружающей среды. Вторичные потребности более индивидуализированы, чем первичные. В основе содержательных теорий мотивации лежат работы А.Маслоу, Ф.Герцберга, Д.МакКлелланда.

Основные положения содержательных теорий А.Маслоу,
Ф.Герцберга, Д.МакКлелланда

Теория А.Маслоу

1. Потребности делятся на первичные и вторичные, представляют собой пятиуровневую структуру, в которой они располагаются в соответствии с приоритетом.

2. Поведение человека определяет самая нижшая неудовлетворенная потребность в иерархической структуре.

3. После того, как потребность удовлетворена, ее мотивирующее воздействие прекращается.

Теория Д.МакКлелланда

1. Три потребности, мотивирующие человека – потребность власти, успеха, принадлежности (социальная потребность).

2. Актуальны потребности высшего порядка, поскольку потребности низших уровней, как правило, уже удовлетворены.

Теория Ф.Герцберга

1. Потребности делятся на гигиенические факторы и мотивации.

2. Наличие гигиенических факторов всего лишь не дает развиваться неудовлетворению работой.

3. Мотивации, которые примерно соответствуют потребностям высших уровней у А.Маслоу и МакКлелланда, активно воздействуют на поведение человека.

4. Для того чтобы эффективно мотивировать подчиненных, руководитель должен сам вникнуть в сущность работы.

Таким образом, для мотивации нет универсального способа, эффективного во всех случаях и для всех людей. Потребности человека и способы их удовлетворения определяются его местом в социальной структуре и ранее приобретенным жизненным опытом. Задача руководителя определить доминирующие потребности своих подчиненных, способствовать их полному или частичному удовлетворению для достижения целей организации.

Процессуальные теории рассматривают не только потребности человека, но и процесс выбора возможного поведения на основе особенностей восприятия окружающей среды, ожиданий, оценки возможных результатов выбранного поведения. Выделяют три основные процессуальные теории мотивации: теория ожиданий, теория справедливости, модель Портера-Лоулера.

Теория ожидания рассматривает следующие взаимосвязи:

- затраты труда – результаты труда;
- результаты труда – вознаграждение;
- вознаграждение – удовлетворенность вознаграждением, его субъективная ценность для индивидуума.

В современных теориях мотивации понятие вознаграждение трактуется более широко: под ним понимается все, что человек может получить в результате определенного поведения и считается ценным для него. Поэтому мотивация работников должна осуществляться дифференцировано.

Выделяют два типа вознаграждения:

1. внутреннее (чувство достижения результата, значимости выполненной работы, самоуважение); вознаграждение дает сама работа.

2. внешнее (зарплата, продвижение по службе, символы служебного статуса, престиж, социальное признание); дает организация, в которой трудится человек.

Оптимальное соотношение внутренних и внешних вознаграждений определяет потребности людей. Несмотря на низкую зарплату медицинских работников, их трудовая мотивация не должна сводиться только к материальному вознаграждению. Для повышения производительности труда и качества оказания медицинской помощи руководители должны сформировать высокий, но реалистичный уровень ожидаемых результатов труда от подчиненных, внушить им, что они смогут добиться, если приложат силы. Оценка работников своих возможностей во многом зависит от того, что ожидает от них руководство. Если требования руководства высоки, обоснованы и понятны для подчиненных, тогда производительность труда повышается.

Теория справедливости основывается на положении о том, что люди оценивают (крайне субъективно) соотношение полученного ими вознаграждения и собственных затраченных усилий, и сравнивают его с вознаграждением других работников за аналогичную работу. Если коллега получил больше, возникает психологическое, физиологическое чувство дискомфорта, поправной справедливости. Теория справедливости имеет исключительное значение в мотивации медицинских работников. Для снижения социально-психологического напряжения требуется не только обоснованные разъяснения по поводу материального обеспечения, но и справедливое распределение материальных благ. Порядок оплаты медицинских работников в целом приблизительно одинаков в соответствии с единой тарифной сеткой. На медицинских работников большое влияние оказывает размер заработной платы в соседнем ЛПУ, чем доходы других социальных групп.

Модель Потера-Лоулера включает в себя элементы теории ожидания и теории справедливости. Согласно этой модели, результаты труда зависят от трех переменных: затраченных усилий, способностей человека и оценки им своей роли в процессе труда. Объем затраченных усилий зависит от оценки работником ценности вознаграждения и уверенности в том, что оно будет получено. Результативный труд и чувство выполненной работы ведут к ощущению удовлетворения. Практика показала, что высокая результативность является причиной удовлетворения, а не следствием. Довольные работники не всегда трудятся лучше. Материальное вознаграждение должно следовать за эффективной работой. Заработная плата, не связанная с результатами труда, теряет мотивирующее значение. Мотивация деньгами эффективна, когда: работники придают ей большое значение и имеется связь между материальным вознаграждением и результатами труда.

Реализация принципа оплаты труда по конечному результату в здравоохранении трудно достижима, так как трудно формализовать критерии оценки деятельности медицинских работников и ЛПУ.

Таким образом, нет универсального метода мотивации. Существуют определенные правила для руководителей, направленные на повышение производительности труда, удовлетворенностью работой, улучшением морально-психологического климата в коллективе:

1. увязывайте вознаграждение с результатами труда;
2. выражайте публичное признание лучшим работникам;
3. не пытайтесь провести какие-либо изменения и преобразования, пока вы не в состоянии компенсировать все связанные с ними издержки (дополнительный объем работы, увеличение психологической нагрузки и т.д.);
4. поощряйте участие подчиненных в управленческом и инновационном процессе, разработке критериев оценки результативности труда;
5. делайте труд подчиненных более привлекательными.

Социально-психологические методы преодоления сопротивления нововведениям в здравоохранении

Сопротивление переменам и нововведениям является распространенным явлением. Оно может проявляться от скрытого пассивного неприятия до открытой активной борьбы. Основные причины сопротивления переменам и инновациям:

1. Неопределенность. Чувство неопределенности само по себе вызывает психологический дискомфорт, т.к. ощущение контроля над окружающей средой и собственной жизнью относится к базовым потребностям человека.

2. Предполагаемая угроза потребностям работника и ощущение возможных потерь (уменьшение заработной платы, угроза увольнения, нарушение социальных связей, необходимость переучиваться и пр.).

3. Убеждение, что перемены и нововведения не решат существующие проблемы и ничего хорошего не принесут.

4. Прошлый отрицательный опыт перемен и нововведений.

Учитывая большую вероятность сопротивления нововведениям, необходимо предпринимать превентивные меры по его предотвращению. Для этого руководителям требуется информация о потребностях подчиненных, неформальных группах и ее лидерах.

В целях преодоления сопротивления нововведениям используют рассмотренные выше методы мотивации работников и соответствующее информационное обеспечение. Меры принуждения к нововведениям обладают краткосрочным действием и не меняют установок работников. Более перспективны методы, направленные на изменение установок, культуры организации, включая нормы, систему ценностей и цели организации.

Тема: РАСПРОСТРАНЕНИЕ И ПРИНЯТИЕ

ИННОВАЦИЙ

Вопросы:

Сост авляющие процесса социальных изменений

Процесс распрот ранения инноваций

Скорост ь внедрения инноваций

Процесс принят ия инновационных решений

Сост авляющие процесса социальных изменений

Сложный спланированный процесс социальных изменений может быть представлен в виде следующих этапов:

1) *Изобретение*: создание или разработка новых идей (инноваций).

2) *Распространение*: процесс сообщения этих новых идей от оригинального источника к членам социальной системы.

3) *Последствия*: изменения, произошедшие в социальной системе в результате принятия или отказа от инноваций.

Процесс социальных изменений осуществляется на уровне экономики, социума и человека.

Экономика: развитие экономики или производящего базиса любого общества, который занят производством товаров и материалов, необходимых для жизни. В сфере экономики развитие направлено на внедрение новых идей в социальную систему для повышения уровня жизни населения посредством современных методов производства и улучшенную продукцию.

Социум: улучшение социальной организации общества, отвечающей за непроизводственные нужды: предоставление спектра социальных услуг в сфере здравоохранения, образования, просвещения, культуры. Развитие направлено на полную трансформацию традиционного общества в технологические и ассоциированные типы социальных организаций, характерных для устойчивых обществ.

Человек: развитие самих людей, индивидуальное и коллективное (в сообществах), осознание ими своего потенциала, чтобы они могли использовать свои знания, навыки, способности, играть конструктивную роль в формировании собственного сообщества. Развитие человека – это формирование его таким образом, чтобы он мог сам строить свое будущее. Развитие – приобретение опыта самостоятельного принятия решений. Самостоятельно принятое решение формирует чувства ответственности, собственного достоинства и самоуважения. Развитие способствует росту человеческого потенциала.

Процесс распрот ранения инноваций

Распространение инноваций – это процесс коммуникации, при котором инновации поступают от своего оригинального источника через различные каналы коммуникации к членам социальной системы. Сущность процесса распространения инноваций – это человеческие взаимоотношения, в процессе которых один человек общается по поводу новой идеи с другими людьми. Под коммуникацией понимают передачу новых знаний, посланий.

Основные элементы процесса распространения инноваций:

Инновация: новая идея или практика

Ист очник инновации: индивид, обладающий знаниями об инновации

Получат ель: индивид или институт, не знающие об инновации

Канал: коммуникативные связи, соединяющие индивидов или институт

Эффект: результат изменения (знания, отношения, поведение).

Источник инноваций – это индивид или институт, от которого исходит сообщение об инновации. Канал – это средство транспортировки сообщения от источника к получателю. Для разных источников, сообщений или получателей предпочтительными является комбинация каналов как наиболее эффективный путь представления людям новых идей и подготовки их к принятию инноваций.

Каналы коммуникации делятся на межличностные и средства массовой информации. Они подходят для ознакомления с предметом инновации и применимы для несложных сообщений и нововведений.

Меж личност ные каналы предполагают обмен информацией между 2 и более индивидами. Такие каналы эффективны: - для прямого, двустороннего обмена идеями, понимания, запоминания и преодоления барьеров селективного восприятия; - формирования или изменения сложившегося отношения; - преодоления сопротивления или апатии; - воздействия на те категории, которые позже других принимают инновацию.

Средст ва массовой информации – это каналы, которые позволяют доставить сообщение от одного или нескольких источников ко многим получателям посредством связи, телевидения, радио, прессы, Интернета. Они эффективны: - для быстрого охвата большой аудитории с непрямой обратной связью; - быстрого ознакомления с предметом и распространения информации; - изменения слабо закрепленных отношений; - воздействия на те категории, которые раньше других принимают инновацию.

Для облегчения принятия сложных инновационных решений эффективна комбинация межличностных каналов и средств массовой информации, снижающая негативное восприятие инноваций.

Скорост ь внедрения инноваций

Между появлением новой идеи и ее повсеместным принятием проходит значительный период времени, иногда годы. Этот период различен для разных инноваций, и одних и тех же инноваций, но в разных социальных системах. Успех просветительской или образовательной программы определяется степенью уменьшения этого временного периода, с тем, чтобы повысить **скорость принятия** – относительную скорость, с которой инновация распространяется и принимается членами данной социальной группы. На скорость принятия инноваций влияют 5 факторов:

- 1) тип решения, которое принимается по инновациям;
- 2) свойства инновации, воспринимаемые клиентами;
- 3) вид социальной системы, к которой принадлежат клиенты;
- 4) вид используемых каналов коммуникации;
- 5) деятельность усилий инноваторов.

Типы инновационных решений

Выделяют 4 основные типа инновационных решений:

Индивидуальные решения – принимаются индивидуумами без учета решений других членов социальной группы.

Коллективные решения – принимаются членами социальной группы совместно, являются обязательными для всех членов социальной группы.

Авторитарные решения – навязываются социальной системе индивидом или структурой, которые имеют соответствующие властные полномочия.

Смешанные решения – состоят из последовательной комбинации двух или более ранее приведенных типов решений.

Самую высокую скорость принятия решений инновации обеспечивают авторитарные решения. Однако, как правило, эти решения часто не выполняются, что приводит к тому, что изменение будет не стабильным. Принятие инноваций через индивидуальные решения происходит более медленно, чем авторитарное, но быстрее чем коллективное. Чем больше людей вовлечено в процесс принятия решений, тем ниже скорость принятия инноваций. Различные типы решений требуют от агентов влияния использования различных стратегий.

Индивидуальные решения по инновациям

Мыслительный процесс, при котором индивид проходит путь от первого узнавания об инновации к решению одобрить или отклонить ее к подтверждению этого решения по инновации. Новизна альтернативы, которую индивид должен выбрать в качестве решения, является отличительной характеристикой этого решения. Эта новизна вносит в процесс принятия решения дополнительную степень риска и неопределенности.

Решение по поводу инновации не является мгновенным или случайным. События и действия, происходящие в связи с решениями по инновациям за какой-то промежуток времени – это период принятия решений. Процесс состоит из 5 стадий:

осознание: мы узнаем о существовании новой идеи или практики, но имеем мало или не имеем подробных сведений о ней;

интерес: появляется интерес и любопытство по поводу инновации, мы ищем больше информации о ней и обдумываем ее качества;

оценка: общий интерес сменяется персональным интересом, мысленно мы пробуем инновацию в нашей собственной ситуации, получаем больше о ней информации, решаем, применить ее или нет;

испытание: мы реально применяем инновацию, обычно в небольшом масштабе, что определить полезность в нашей ситуации;

принятие: мы внедряем и используем инновацию продолжительно и в полном объеме.

Такой традиционный процесс обычно используется в теории и на практике просвещения. Он имеет некоторые недостатки, например, процесс не всегда заканчивается принятием инновации и не всегда протекает через 4 стадии. Существует и другая модель процесса принятия решений по инновациям, состоящая из 4 стадий:

- 1) **узнавание:** получение знаний об инновации;
- 2) **убеждение:** формирование отношения к инновации;
- 3) **решение:** принятие решения об одобрении инновации;
- 4) **подтверждение:** подтверждение принять или отвергнуть инновацию.

1) Узнавание: получение знаний об инновации

Принятие большинства решений об инновации начинается с прохождения стадии узнавания, когда впервые узнаем об инновации. Эта стадия выполняется в течение всего процесса принятия решения, по мере того, как мы получаем больше знаний и лучше понимаем инновацию. В этой стадии выделяют **3 вида знаний об инновации.**

Информация о существовании инновации и ее основных характеристиках. Нам должны быть хорошо известны потребности наших клиентов, их интересы, убеждения, для того, чтобы преодолеть сопротивление. Там, где мы не чувствуем особенной нужды в предлагаемом изменении, мы должны начинать с более общих потребностей и работать для того, чтобы создать специфические потребности и мотивацию к изменению.

Знания «каким образом»: информация или понимание, необходимые для использования или применения инновации правильным образом. Этот вид знаний самый существенный на стадии испытания или принятия решения. Неадекватные знания о том, каким образом применять инновацию, повышают вероятность непринятия или отказа в будущем от инновации.

Принципиальные знания: понимание принципов, подчеркивающих полезность инновации. Обычно клиенты могут принять и регулярно использовать инновацию без обладания принципиальными знаниями. Но развитие принципиальных знаний клиентов может быть необходимо для выполнения долгосрочных задач, связанных с внедрением инноваций, для решения навыков членов сообщества в области управления и принятия решений.

2) Убеждение: формирование отношения к инновации

Знание об инновации еще не означает, что она будет принята. Потенциальный получатель может не посчитать ее подходящей или полезной. Отношение к инновации может проявиться в промежутке между стадиями узнавания и принятия решения. Во то время как стадия узнавания включает в основном когнитивную умственную активность (знания), стадия убеждения в основном аффективна (чувства, эмоции) – формирование приятного или неприятного отношения к инновации.

На стадию убеждения влияют несколько факторов. Первый – это личность индивида. В формировании отношения к инновации важна способность уметь мыслить гипотетически, абстрактно, чтобы приложить новые идеи к настоящим и предполагаемым будущим ситуациям. Мнения, высказанные со стороны равных, друзей, коллег особенно важны при формировании отношения к риску, который ассоциируется с инновацией. Хотя основная забота агентов изменений при осуществлении действий на стадии убеждения – создание благоприятного отношения к специфической

инновации, которую они продвигают, их второй ключевой задачей является развитие общего позитивного отношения к изменениям. Поэтому очень важно выбрать последовательность вводимых инноваций. **3) Решение: принят ие решения об одобрении инновации**

Во время принятия решений индивиды включаются в деятельность, которая приводит их к выбору – принять или отвергнуть инновацию. Попытки использовать инновацию в безопасных, контролируемых обстоятельствах понижают возможный риск негативных последствий использования новшества. Испытание инноваций может произойти и опосредованно, через опыт других людей или организаций. Если индивид ощутит хоть некоторые преимущества или некоторое удовлетворение во время испытания (апробации), он будет стремиться к принятию инновации.

4) Подтверждение: подтверждение принять или отвергнуть инновацию

На стадии подтверждения люди ищут укрепления их в решении, которое они приняли. Таким образом они стремятся избежать состояния беспокойства или снизить его. Беспокойство обычно выступает мотивом для изменения знаний, отношения, поведения индивида. Это может случиться на любой стадии процесса принятия решения по инновациям. Например, на стадии узнавания индивид может осознать потребность или проблему – несоответствие между некоторыми текущими или желательными состояниями и положением дел – что мотивирует его искать способы снижения ликвидации его беспокойства.

После решения принять инновацию, индивид может получить информацию, показывающую, что лучшим решением будет не принимать ее. Беспокойство преодолевается отказом от инновации. С другой стороны, если пересмотр первоначального решения затруднен или невозможен, индивид рационализирует поведение путем использования избирательного восприятия, ищет только такую информацию, которая может подтвердить первоначальное решение.

Коллективные решения по инновациям: когда решение принимает группа

Когда коллективные решения по инновациям принимаются индивидами в социальной системе – группе, к которой каждый индивид должен подстраиваться. Этот тип решений более сложный, чем индивидуальный, т.к. коллективное решение состоит из множества индивидуальных. При коллективном решении происходит взаимодействие между вовлеченными в него индивидами. В этом процессе выделяют 7 этапов:

- 1) пробуждение интереса к новой проблеме или идее ст имулят орами;
- 2) инициирование действий по внедрению новой идеи в социальной системе инициат орами;
- 3) «узаконивание» идеи лидерами мнений;
- 4) распространение идеи в обществе через лидеров действий;
- 5) согласие по поводу необходимости и действий со стороны общества;

6) *доступение сообществом соглашения действовать по воплощению идеи;*

7) *действие определенных людей в соответствии с решением.*

1) ***Пробуждение интереса к новой проблеме или идее стимуляторами.*** Люди часто этому они достаточно рано получают доступ к инновациям, имеют шкалу сравнения для восприятия нужд своей социальной системы и в целом положительно относятся к изменениям. Их интерес к нововведениям может быть общим или конкретным.

2) ***Инициирование действий по внедрению новой идеи в социальной системе инициаторами.*** Тогда как стимуляторы первыми воспринимают потребность или предлагают новую идею, которая может решить проблему, инициаторы включают идею в специальный план действий. Инициаторы – люди, замеченные положительном отношении к переменам и хорошо знающие социальную систему. Они стремятся больше ориентироваться на получателя или клиента, чем стимуляторы, которые часто больше ориентированы на саму инновацию или сообщение о ней.

3) ***«Узаконивание» идеи лидерами мнений*** Инициаторы обычно подают новую идею формальным или неформальным «узаконивателям» (лидерам мнений или формальным лидерам), чтобы получить одобрение предложенным действиям и выслушать предложения. Ответ такого лидера может варьироваться от прямого отказа до желания стать центром деятельности по продвижению идеи. Он редко прилагает усилия для того, чтобы инициировать или выполнить программу действий, обычно, не предлагает себя в качестве источника знаний, времени, энергии или влияния. Но в случае, если об узаконивании не просили или не был дан положительный ответ, «узакониватели» могут, используя свои ресурсы, блокировать программу.

4) ***Распространение идеи в обществе через лидеров действий.*** Если в принятии решений и действиях участвует много индивидов, следует дать возможность осознать и признать существование потребности в изменении. Эти функции выполняются людьми с коммуникативными и организаторскими способностями, с широким доступом к людям, которые называются «лидерами действий».

5) ***Согласие по поводу необходимости действий со стороны общества.*** Необходимо привести индивидов к согласию, т.е. необходимо действовать. Для этого применяют следующие методы:

- проведение базовых образовательных программ, для того, чтобы дать людям фактическую информацию о потребности социальной системы и альтернативах;

- создание комиссий или групп по разработке программ для сообществ из числа ключевых личностей с целью изучения ситуации, проблем и ресурсов;

- использование кризисных ситуаций для проведения необходимых действий;

- демонстрации или испытания инноваций, чтобы показать те

усовершенствования, которые должны быть сделаны;

- использование обращения к прошлому опыту в подобной ситуации;
- превращение жалоб и недовольства в позитивные предложения по поводу действий;

- публикация образов, опросов, которые помогут членам социальной системы, которых затрагивают перемены, более явно увидеть ситуацию.

б) *Достижение сообществом соглашения действовать по воплощению идеи.* Недостаточно помочь людям осознать потребность в изменении. Часто кажется, что люди приняли идеи или осознали потребность, но они недостаточно мотивированы, чтобы действовать. Решение не гарантировано, пока члены сообщества не заключат публичное соглашение делать что-то – например, посещать лекции, жертвовать деньги, время, другие ресурсы, действовать одновременно, участвовать в программе, голосовать или рассказывать о программе другим.

7) *Действие определенных людей в соответствии с решением.*

Это требует плана действий, определяющего, что, кто, когда и как будет действовать. В зависимости от конкретного проекта, могут быть предприняты такие действия, как создание организаций, приобретение оборудования, популяризация неких идей и т.д.

Агенты изменений обладают квалификацией, которая позволяет им работать в качестве стимуляторов и инициаторов процесса коллективного принятия решений. Они редко непосредственно узаконивают решения, для этого им не хватает высокого социального статуса и власти. Но их широкие социальные связи и техническая компетентность помогают представить идеи лидерам системы и разработать стратегию.

Авторитарное принятие решений

Авторитарные инновационные решения означают одностороннюю выработку предложений структурой или человеком с высокой степени личной власти и передачу их на более низкий уровень. Авторитарные решения чаще встречаются в формальных организациях, чем в других типах социальных систем. Формальная организация – это социальная система, которая намеренно создана для достижения конкретных целей. Она характеризуется предписанными ролями, властной структурой, формальной системой правил и предписаний для управления поведением ее участников. Авторитарный процесс принятия решений состоит из 5 стадий: *-1. Получение информации о необходимости изменения и инновации.* Это знание может прийти из внешнего источника (консультанты, СМИ) или внутренних источников организации. -

2. Восприятие и оценка инновации принимающей решения структурой. Характеризуется поиском подробной информации, оценкой затрат воплощения, последствий, возможных непредвиденных обстоятельств. Как и в случае индивидуальных решений, воспринимаемые свойства инновации могут сильно влиять на процесс ее оценки. Например, тяжело оценить инновацию, если ее эффект незаметен сразу или не достает данных о ее возможных последствиях.

3.- *Принятие решения одобрить или принять инновацию.* Большое значение имеет то, насколько структура, внедряющая инновацию активно участвует в этом процессе. Как и в случае с коллективными решениями, чем выше ее участие, тем вероятнее принятие инновации и удовлетворенность ею.

4. *Коммуникация по поводу инновации с принимающей или внедряющей структурами.* Как и принятие решения, так и его внедрение находятся в ведении различных отделов, очень важна коммуникация между ними. Эффективность этой коммуникации зависит от таких факторов, как различия в статусе, каналы коммуникации, сложность сообщений, уровень знаний каждой структуры. В частности, сложная многоуровневая структура в организации может затронуть коммуникацию из-за потери сообщения, отсутствии обратной связи и т.д.

5. *Действия по принятию или отклонению решения исполнительной структурой.* Отношение индивида и инновации может отличаться от того, которое требуется от него структурой, принимающей решения. Если возникает чувство несогласия, индивид старается снизить его, меняя или отношения, или поведение. Может оказаться важным поработать для изменения отношения, чтобы достичь принятия инновации и предотвратить ее нестабильность.

Авторитарное решение может обеспечить высокую скорость принятия инновации. Но изменения не являются в этом случае непрерывными и полностью принимаемыми.

Свойства инноваций

На скорость принятия инноваций влияет, то, как воспринимаются получателем пять базовых характеристик инновации.

Относительное преимущество. Насколько инновация лучше той идеей, которую она замещает, например, экономическая эффективность, социальный престиж, комфортность. Физиологическая удовлетворенность. Можно повысить скорость принятия, подчеркивая ощутимые относительные преимущества инновации.

Сложность. Насколько сложна инновация в понимании и использовании. Чем сложнее инновация, тем медленнее она принимается. Количественные изменения обычно рассматриваются как простые инновации. Но качественные изменения могут быть восприняты как довольно сложные.

Возможность испытания. Новые идеи, которые могут быть опробованы в ограниченном масштабе, мысленно, на бумаге или ограничено на практике, принимаются быстрее, чем инновации, которые могут быть приняты по формуле «все – или ничего». Демонстрации, образцы продуктов, проигрывание ролей – это методы, которые помогают испытать инновацию.

Заметность. Чем раньше замечены или описаны результаты внедрения инноваций, чем раньше о них сообщают другим, тем выше скорость принятия инноваций. Превентивные действия, такие как профилактика болезней, техника безопасности, обычно дают результаты, которые нелегко

заметить сразу, поэтому характеризуются медленным темпом принятия. Материальные инновации и конкретные идеи, из-за лучшей наблюдаемости имеют тенденцию приниматься быстрее, чем нематериальные и абстрактные идеи.

Принятие инновации: кто и когда

Не все индивиды в социальной системе принимают инновацию одновременно. Классифицируют принимателей инновации внутри системы на категории относительно скорости принятия ими инновации. Каждая категория представляет собой идеальный тип, выделенный на основе наблюдений за многими реальными случаями.

«Инноваторы». Они представляют 2-3 % населения и жаждут попробовать новые идеи. Этот интерес выводит их за пределы своего социального круга и вовлекает в более космополитические социальные отношения. Они стремятся к общению с другими, живущими в другой географической области. Инноваторы чувствуют себя не совсем удобно в рамках социальных норм местного сообщества. У них есть психологическая, часто финансовая возможность, чтобы принять риск, связанный с апробацией идеи или практики.

«Ранние принимаатели». Они составляют 10-15 % населения. Как правило, это люди лучше интегрированы в местную социальную систему, чем инноваторы; имеют высокий социальный статус и являются лидерами мнений. Они служат ролевой моделью, прежде, чем попробовать новую идею, выясняют принята ли эта идея лидерами мнений.

«Раннее большинство» Представляют примерно одну треть населения, принимают инновацию раньше всех. Их можно назвать осторожными из-за относительно длительного периода принятия инновации; редко являются лидерами, но часто общаются с людьми и обеспечивают связь между ранними принимаателями и поздним большинством. В процессе распространения инновации.

«Позднее большинство». Представляют собой одну треть населения, которая принимает инновацию несколько позже, чем в среднем член данной социальной системы. Они могут быть названы «скептиками» - принимают инновацию по экономической необходимости или из-за роста социального давления. Позволяют себя убедить только после того, как большинство их сограждан приняли инновацию.

Медлящие с принятием. Составляют последние 15% населения, которое ориентированы в прошлое и могут быть названы «традиционалистами», принимают решения, основываясь на прошлом опыте, сильно привязаны к местному сообществу, некоторые полностью изолированы от внешнего мира. Для этой группы характерно подозрительное отношение к инновациям, инноваторам, агентам изменений. Они больше нуждаются в образовании, просвещении, являются сложной группой для работы агентов изменений.

Таким образом, необходимо уметь выделять среди своих клиентов выше перечисленные категории, при работе с каждой категорией

использовать различные стратегии и тактики.

Тема: ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ИННОВАЦИИ В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ

Вопросы:

Социально-демографические факторы, влияющие на нововведения в здравоохранении

Внедрение клинических инноваций

*Социально-демографические факторы,
влияющие на нововведения в здравоохранении*

В настоящее время в странах Европы наблюдается своеобразная картина заболеваемости, определяемая рядом факторов:

проблемой старения населения;

изменениями в рационе питания и образе жизни;

появлением новых и возвратом старых инфекционных заболеваний;

последствиями экономического спада и увеличением разрыва в доходах, особенно в странах Центральной Восточной Европы и Новых независимых государствах.

Постарение населения. Доля людей старше 65 лет будет по-прежнему расти. По мере достижения людьми пенсионного возраста их потребности в медико-социальных услугах увеличиваются, и изменяется структура заболеваемости, определяющей эту потребность. Рост потребностей в медицинском обслуживании увеличивает расходы на здравоохранение. Во многих странах положение усугубляется снижением коэффициента рождаемости, в связи с чем уменьшается количество трудоспособного населения, способного вносить свой вклад в формирование фондов общественного здравоохранения, тогда как потребность в здравоохранении растет, ровно как растут и расходы на социальное обеспечение (например, выплаты пенсий и пр.). Масштабы проблемы варьируют по странам, так в Великобритании относительно меньше проблем, чем в Германии, где сложно решаются медико-социальные вопросы. Спрогнозировать долгосрочные тенденции пока еще трудно, но резкое снижение коэффициента рождаемости во многих странах Европы вызывает серьезную проблему, поскольку численность экономически активного населения, способного содержать растущее число престарелых, будет сокращаться.

Структура заболеваемости будет также изменяться. В частности, возрастает число лиц, страдающих от сердечно-сосудистых заболеваний и заболеваний сосудов головного мозга, рака, слабоумия, переломов, особенно у женщин. Обычное реагирование служб здравоохранения на эти новые явления уже будет недостаточно. По мере развития исследований по проблеме эффективности специализированных программ борьбы с основными причинами болезней службам здравоохранения придется перестраиваться, учитывая, например, необходимость создания региональных служб по лечению рака, специализированных многопрофильных отделений по лечению инсулина, комплексных лечебных

центров, включающих отделения ортопедической хирургии, лечения старческих заболеваний и реабилитации лиц с переломами бедра.

Еще одним следствием старения населения является увеличение числа людей, страдающих от многочисленных болезней, в связи с чем они одновременно проходят несколько курсов лечения, которые могут быть несовместимы. Это создает новую проблему необходимости отхода от модели медицинского обслуживания, опирающейся на врачебную специализацию, и перехода к модели совместной работы медиков различных специальностей.

Изменения в рационе питания и образе жизни. На протяжении многих лет продолжительность жизни в странах Южной Европы была более высокой, чем в других частях региона. Например, продолжительность жизни в Греции и Испании превышала продолжительность жизни в странах Евросоюза; в Албании она превышала средний показатель по странам Центральной Восточной Европы, в кавказских республиках – средний показатель по Новым независимым государствам. В основном это объясняется различиями в рационе питания. Хотя точные механизмы, действующие в этой области, еще изучаются. Более высокая продолжительность жизни непосредственно связана с высоким уровнем употребления свежих овощей и фруктов. В настоящее время положение в странах, которые исторически пользовались преимуществом употребления овощей и фруктов меняется. В Испании в других странах растет популярность закусовых быстрого обслуживания, еда в которых содержит много животных жиров. Это может привести к увеличению числа сердечно-сосудистых заболеваний и появлению других связанных с питанием болезней, например, рака груди. Возможно, потребуется произвести переоценку потребности в программах скрининга в южноевропейских странах, где ранее наблюдались низкие уровни заболевания раком груди.

Изменения в образе жизни, в частности рост табакокурения в некоторых регионах Европы, создают проблемы, связанные с увеличением числа больных раком легких, что ведет к увеличению потребности лечения раковых заболеваний. При этом рост потребности сочетается с распадом традиционных структур семьи и появлением необходимости организации паллиативного медико-социального обслуживания населения. Рост числа курящих в тех странах, где изменяется рацион питания, стимулирует повышение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний. Курение имеет много других последствий, связанных со скрытым воздействием на легочную функцию. Многие люди хуже переносят общую анестезию, становятся более уязвимыми к легочным инфекциям в послеоперационный период, что удлиняет срок пребывания в больнице, увеличивая расходы на лечение.

Увеличение числа новых и возврат старых инфекций. Некоторые из них, в частности ВИЧ-инфекция и СПИД, уже привели к переориентации организации систем здравоохранения в ряде европейских стран. Последствия ВИЧ-инфекции не ограничиваются сферой заболеваний, передаваемых

половым путем, а затрагивают все аспекты организации здравоохранения, включая подходы борьбы и внутрибольничными инфекциями и проверку служб переливания крови. Распространение в больницах бактерий, стойких к многим антибиотикам, имеет серьезные последствия для стационарного лечения. Уже сейчас некоторые пациенты, заразившиеся стойким к метицилину бактериями, в некоторых странах рассматриваются как слишком опасные больные, требующие индивидуального лечения на дому. В некоторых странах отсутствие надлежащей политики в области применения антибиотиков ведет к значительному увеличению числа случаев инфицирования пациентов в больницах, увеличивая срок пребывания и расходы на лечения в стационаре. Такое положение заставляет произвести переоценку способов оказания медицинской помощи, к расширению практики лечения отдельных заболеваний за пределами больницы.

Тенденция роста инфекционных заболеваний уже затрагивает не только пациентов больниц. В результате распада систем государственного здравоохранения в Новых независимых государствах появились такие болезни как полиомиелит, дифтерия, холера и малярия, что повлияло на организацию служб первичной медико-санитарной помощи. Во всей Европе наблюдается рост заболеваемости туберкулезом, причем устойчивого к большинству обычных лекарственных средств. В связи с чем требуются новые подходы к организации и контролю за назначением медикаментозного лечения препаратами нового поколения.

Меняющиеся условия и структура заболеваемости населения требуют изменений традиционных моделей оказания медицинской помощи и внедрения новых медико-социальных услуг и инноваций. При этом необходимо учитывать, что многие заболевания, вызываются факторами, выходящими за пределы сектора здравоохранения. Изменение основных показателей здоровья в Европе является одним из факторов мотивации изменений в системах здравоохранения как на микро-, так и на макроуровнях. В условия старения населения, растущего распространения хронических заболеваний и болезней, передаваемых половым путем, в результате распространения ВИЧ-инфекции и СПИДа, требуется расширение комплекса медико-социальных услуг и нововведений.

Внедрение клинических инноваций

В последнее десятилетие ускорилось внедрение инвазивных и неинвазивных клинических инноваций. В силу факторов безопасности, эффективности, качества обслуживания и престижа, удовлетворенности пациентов к поставщикам медицинских услуг предъявляются более жесткие требования относительно применения новейших методов лечения. Даже если эти методы являются менее дорогостоящими (например, лапароскопическая хирургия, визуализация сердца), они требуют значительных капитальных затрат на новое оборудование, модернизацию технической базы, повышение расходов в связи с обучением и наймом дополнительного персонала. Прогресс в области информатики также требует капиталовложений в аппаратные средства, подготовку кадров.

В странах Европы существует достаточно примеров наличия различных механизмов для оценки медицинских технологий. В ряде стран созданы организации, специализирующиеся в области оценки новых технологий и инноваций. В некоторых странах при правительстве созданы специальные органы, например, Французское национальное агентство по разработке методов оценки медицинской технологии, Немецкий отдел прикладного системного анализа, Управление по технической оценке медицинских технологий в Каталонии, фонды помощи больным в Германии, Польше, Российской Федерации и прочие организации. Разработкой и исследованием инноваций в большинстве стран занимаются университеты, научно-исследовательские центры. Данные организации оказывают разное влияние на процесс реализации и внедрения новых технологий. Они проводят оценку новых и уже существующих технологий, сбор и анализ полученных данных об эффективности их использования, проводят соответствующие аналитические и сравнительные исследования. Несмотря на значительные масштабы их деятельности, быстрое развитие медицинских технологий, изменяющиеся условия и структура заболеваемости населения, существуют различия в адекватности и эффективности новых технологий в разных странах. При проведении сравнительных анализов иногда невозможно провести различие между оптимальными и избыточными уровнями конкретных технологий и инноваций. Для оптимальной структуры системы оценки медицинских технологий необходимо:

- проведение систематической идентификации приоритетов с учетом национальных особенностей;
- обзор полученных результатов;
- проведение фундаментальных исследований;
- внедрение и распространение результатов разработок, исследований.

Примером нового подхода, направленного на расширение внедрения инноваций от научно-исследовательской деятельности до практического применения, является стратегия в области проведения научно-исследовательской деятельности и развития в рамках британской Национальной службы здравоохранения. Комитет по контролю устанавливает национальные приоритеты, но его деятельность дополняется сетью вспомогательных комитетов в каждом регионе и другими центральными органами, например, Центром по проведению обзоров и распространению инновационной информации и исследованиям. На основе систематического обзора фактических данных, дополненных мнениями экспертов, готовятся рекомендации по ведению конкретных патологических состояний. Такие рекомендации разрабатываются государственными учреждениями, организациями врачей, страховыми компаниями и прочими учреждениями. Рекомендации могут носить обязательный или произвольный характер, предусматривают меры поощрения или наказания (финансовые штрафы).

Таким образом, результаты оценки медицинских технологий оказывают влияние на общий состав и уровень использования

высокотехнологичного оборудования, что в целом обеспечивает улучшение качества медико-социальной помощи, формирование новых видов медицинской помощи.

Тема: РАСПРОСТРАНЕНИЕ И ПРИНЯТИЕ ИННОВАЦИЙ

Вопросы:

Сост авляющие процесса социальных изменений

Процесс распрост ранения инноваций

Скорост ь внедрения инноваций

Процесс принят ия инновационных решений

Сост авляющие процесса социальных изменений

Сложный спланированный процесс социальных изменений может быть представлен в виде следующих этапов:

1) *Изобрет ение*: создание или разработка новых идей (инноваций).

2) *Распрост ранение*: процесс сообщения этих новых идей от оригинального источника к членам социальной системы.

3) *Последст вия*: изменения, произошедшие в социальной системе в результате принятия или отказа от инноваций.

Этапы процесса социальных изменений

Социальное изменение	Коммуникация	Распространение
ИЗОБРЕТЕНИЕ	ИСТОЧНИК Кто?	ИСТОЧНИК <ul style="list-style-type: none"> • Изобретатель • Агент изменений • Лидер изменений
	ПОСЛАНИЕ Что передается?	ИЗОБРЕТЕНИЕ <ul style="list-style-type: none"> • Новая идея • Новая практика применения
РАСПРОСТРАНЕ НИЕ	КАНАЛ Какими методами?	КАНАЛ <ul style="list-style-type: none"> • Межличностный • Средства массовой информации
	ПОЛУЧАТЕЛЬ Кому?	СИСТЕМА КЛИЕНТОВ <ul style="list-style-type: none"> • Индивиды • Группы • Организации
ПОСЛЕДСТВИЯ	РЕЗУЛЬТАТ С каким эффектом?	ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ <ul style="list-style-type: none"> • Знания • Отношение

Процесс социальных изменений осуществляется на уровне экономики, социума и человека.

Экономика: развитие экономики или производящего базиса любого общества, который занят производством товаров и материалов, необходимых для жизни. В сфере экономики развитие направлено на внедрение новых идей в социальную систему для повышения уровня жизни населения посредством современных методов производства и улучшенную продукцию.

Социум: улучшение социальной организации общества, отвечающей за непроизводственные нужды: предоставление спектра социальных услуг в сфере здравоохранения, образования, просвещения, культуры. Развитие направлено на полную трансформацию традиционного общества в технологические и ассоциированные типы социальных организаций, характерных для устойчивых обществ.

Человек: развитие самих людей, индивидуальное и коллективное (в сообществах), осознание ими своего потенциала, чтобы они могли использовать свои знания, навыки, способности, играть конструктивную роль в формировании собственного сообщества. Развитие человека – это формирование его таким образом, чтобы он мог сам строить свое будущее. Развитие – приобретение опыта самостоятельного принятия решений. Самостоятельно принятое решение формирует чувства ответственности, собственного достоинства и самоуважения. Развитие способствует росту человеческого потенциала.

Процесс распрот ранения инноваций

Распространение инноваций – это процесс коммуникации, при котором инновации поступают от своего оригинального источника через различные каналы коммуникации к членам социальной системы. Сущность процесса распространения инноваций – это человеческие взаимоотношения, в процессе которых один человек общается по поводу новой идеи с другими людьми. Под коммуникацией понимают передачу новых знаний, посланий.

Основные элементы процесса распространения инноваций:

Инновация: новая идея или практика

Ист очник инновации: индивид, обладающий знаниями об инновации

Получат ель: индивид или институт, не знающие об инновации

Канал: коммуникативные связи, соединяющие индивидов или институт

Эффект : результат изменения (знания, отношения, поведение).

Источник инноваций – это индивид или институт, от которого исходит сообщение об инновации. Канал – это средство транспортировки сообщения от источника к получателю. Для разных источников, сообщений или получателей предпочтительными является комбинация каналов как наиболее эффективный путь представления людям новых идей и подготовки их к принятию инноваций.

Каналы коммуникации делятся на межличностные и средства массовой информации. Они подходят для ознакомления с предметом инновации и

применимы для несложных сообщений и нововведений.

Межличностные каналы предполагают обмен информацией между 2 и более индивидами. Такие каналы эффективны: - для прямого, двустороннего обмена идеями, понимания, запоминания и преодоления барьеров селективного восприятия; - формирования или изменения сложившегося отношения; - преодоления сопротивления или апатии; - воздействия на те категории, которые позже других принимают инновацию.

Средства массовой информации – это каналы, которые позволяют доставить сообщение от одного или нескольких источников ко многим получателям посредством связи, телевидения, радио, прессы, Интернета. Они эффективны: - для быстрого охвата большой аудитории с непрямо́й обратной связью; - быстрого ознакомления с предметом и распространения информации; - изменения слабо закрепленных отношений; - воздействия на те категории, которые раньше других принимают инновацию.

Для облегчения принятия сложных инновационных решений эффективна комбинация межличностных каналов и средств массовой информации, снижающая негативное восприятие инноваций.

Скорость внедрения инноваций

Между появлением новой идеи и ее повсеместным принятием проходит значительный период времени, иногда годы. Этот период различен для разных инноваций, и одних и тех же инноваций, но в разных социальных системах. Успех просветительской или образовательной программы определяется степенью уменьшения этого временного периода, с тем, чтобы повысить **скорость принятия** – относительную скорость, с которой инновация распространяется и принимается членами данной социальной группы. На скорость принятия инноваций влияют 5 факторов:

- 1) тип решения, которое принимается по инновациям;
- 2) свойства инновации, воспринимаемые клиентами;
- 3) вид социальной системы, к которой принадлежат клиенты;
- 4) вид используемых каналов коммуникации;
- 5) деятельность усилий инноваторов.

Типы инновационных решений

Выделяют 4 основные типа инновационных решений:

Индивидуальные решения – принимаются индивидуумами без учета решений других членов социальной группы.

Коллективные решения – принимаются членами социальной группы совместно, являются обязательными для всех членов социальной группы.

Авторитарные решения – навязываются социальной системе индивидом или структурой, которые имеют соответствующие властные полномочия.

Смешанные решения – состоят из последовательной комбинации двух или более ранее приведенных типов решений.

Самую высокую скорость принятия решений инновации обеспечивают авторитарные решения. Однако, как правило, эти решения часто не выполняются, что приводит к тому, что изменение будет не стабильным.

Принятие инноваций через индивидуальные решения происходит более медленно, чем авторитарное, но быстрее чем коллективное. Чем больше людей вовлечено в процесс принятия решений, тем ниже скорость принятия инноваций. Различные типы решений требуют от агентов влияния использования различных стратегий.

Индивидуальные решения по инновациям

Мыслительный процесс, при котором индивид проходит путь от первого узнавания об инновации к решению одобрить или отклонить ее к подтверждению этого решения по инновации. Новизна альтернативы, которую индивид должен выбрать в качестве решения, является отличительной характеристикой этого решения. Эта новизна вносит в процесс принятия решения дополнительную степень риска и неопределенности.

Решение по поводу инновации не является мгновенным или случайным. События и действия, происходящие в связи с решениями по инновациям за какой-то промежуток времени – это период принятия решений. Процесс состоит из 5 стадий:

осознание: мы узнаем о существовании новой идеи или практики, но имеем мало или не имеем подробных сведений о ней;

интерес: появляется интерес и любопытство по поводу инновации, мы ищем больше информации о ней и обдумываем ее качества;

оценка: общий интерес сменяется персональным интересом, мысленно мы пробуем инновацию в нашей собственной ситуации, получаем больше о ней информации, решаем, применить ее или нет;

испытание: мы реально применяем инновацию, обычно в небольшом масштабе, что определить полезность в нашей ситуации;

принятие: мы внедряем и используем инновацию продолжительно и в полном объеме.

Такой традиционный процесс обычно используется в теории и на практике просвещения. Он имеет некоторые недостатки, например, процесс не всегда заканчивается принятием инновации и не всегда протекает через 4 стадии. Существует и другая модель процесса принятия решений по инновациям, состоящая из 4 стадий:

5) **узнавание: получение знаний об инновации;**

6) **убеждение: формирование отношения к инновации;**

7) **решение: принятие решения об одобрении инновации;**

8) **подтверждение: подтверждение принять или отвергнуть инновацию.**

1) **Узнавание: получение знаний об инновации**

Принятие большинства решений об инновации начинается с прохождения стадии узнавания, когда впервые узнаем об инновации. Эта стадия выполняется в течение всего процесса принятия решения, по мере того, как мы получаем больше знаний и лучше понимаем инновацию. В этой стадии выделяют **3 вида знаний об инновации.**

Информация о существовании инновации и ее основных

характеристиках. Нам должны быть хорошо известны потребности наших клиентов, их интересы, убеждения, для того, чтобы преодолеть сопротивление. Там, где мы не чувствуем особенной нужды в предлагаемом изменении, мы должны начинать с более общих потребностей и работать для того, чтобы создать специфические потребности и мотивацию к изменению.

Знания «каким образом»: информация или понимание, необходимые для использования или применения инновации правильным образом. Этот вид знаний самый существенный на стадии испытания или принятия решения. Неадекватные знания о том, каким образом применять инновацию, повышают вероятность непринятия или отказа в будущем от инновации.

Принципиальные знания: понимание принципов, подчеркивающих полезность инновации. Обычно клиенты могут принять и регулярно использовать инновацию без обладания принципиальными знаниями. Но развитие принципиальных знаний клиентов может быть необходимо для выполнения долгосрочных задач, связанных с внедрением инноваций, для решения навыков членов сообщества в области управления и принятия решений.

2) Убеждение: формирование от ношения к инновации

Знание об инновации еще не означает, что она будет принята. Потенциальный получатель может не посчитать ее подходящей или полезной. Отношение к инновации может проявиться в промежутке между стадиями узнавания и принятия решения. Во то время как стадия узнавания включает в основном когнитивную умственную активность (знания), стадия убеждения в основном аффективна (чувства, эмоции) – формирование приятного или неприятного отношения к инновации.

На стадию убеждения влияют несколько факторов. Первый – это личность индивида. В формировании отношения к инновации важна способность уметь мыслить гипотетически, абстрактно, чтобы приложить новые идеи к настоящим и предполагаемым будущим ситуациям. Мнения, высказанные со стороны равных, друзей, коллег особенно важны при формировании отношения к риску, который ассоциируется с инновацией. Хотя основная забота агентов изменений при осуществлении действий на стадии убеждения – создание благоприятного отношения к специфической инновации, которую они продвигают, их второй ключевой задачей является развитие общего позитивного отношения к изменениям. Поэтому очень важно выбрать последовательность вводимых инноваций. ***3) Решение: принятые решения об одобрении инновации***

Во время принятия решений индивиды включаются в деятельность, которая приводит их к выбору – принять или отвергнуть инновацию. Попытки использовать инновацию в безопасных, контролируемых обстоятельствах понижают возможный риск негативных последствий использования новшества. Испытание инноваций может произойти и опосредованно, через опыт других людей или организаций. Если индивид ощутит хоть некоторые преимущества или некоторое удовлетворение во время испытания (апробации), он будет стремиться к принятию инновации.

4) Подтверждение: подтверждение принять или отвергнуть инновацию

На стадии подтверждения люди ищут укрепления их в решении, которое они приняли. Таким образом они стремятся избежать состояния беспокойства или снизить его. Беспокойство обычно выступает мотивом для изменения знаний, отношения, поведения индивида. Это может случиться на любой стадии процесса принятия решения по инновациям. Например, на стадии узнавания индивид может осознать потребность или проблему – несоответствие между некоторыми текущими или желательными состояниями и положением дел – что мотивирует его искать способы снижения ликвидации его беспокойства.

После решения принять инновацию, индивид может получить информацию, показывающую, что лучшим решением будет не принимать ее. Беспокойство преодолевается отказом от инновации. С другой стороны, если пересмотр первоначального решения затруднен или невозможен, индивид рационализирует поведение путем использования избирательного восприятия, ищет только такую информацию, которая может подтвердить первоначальное решение.

Коллективные решения по инновациям: когда решение принимает группа

Когда коллективные решения по инновациям принимаются индивидами в социальной системе – группе, к которой каждый индивид должен подстраиваться. Этот тип решений более сложный, чем индивидуальный, т.к. коллективное решение состоит из множества индивидуальных. При коллективном решении происходит взаимодействие между вовлеченными в него индивидами. В этом процессе выделяют 7 этапов:

- 1) пробуждение интереса к новой проблеме или идее стимуляторами;
- 2) инициирование действий по внедрению новой идеи в социальной системе инициаторами;
- 3) «узаконивание» идеи лидерами мнений;
- 4) распространение идеи в обществе через лидеров действий;
- 5) согласие по поводу необходимости и действий со стороны общества;
- 6) достижение общественного соглашения действий по воплощению идеи;
- 7) действие определенных людей в соответствии с решением.

1) **Пробуждение интереса к новой проблеме или идее стимуляторами.** Люди часто этому они достаточно рано получают доступ к инновациям, имеют шкалу сравнения для восприятия нужд своей социальной системы и в целом положительно относятся к изменениям. Их интерес к нововведениям может быть общим или конкретным.

2) **Инициирование действий по внедрению новой идеи в социальной системе инициаторами.** Тогда как стимуляторы первыми воспринимают потребность или предлагают новую идею, которая может решить проблему, инициаторы включают идею в специальный план действий. Инициаторы –

люди, замеченные положительном отношении к переменам и хорошо знающие социальную систему. Они стремятся больше ориентироваться на получателя или клиента, чем стимуляторы, которые часто больше ориентированы на саму инновацию или сообщение о ней.

3) «Узаконивание» идеи лидерами мнений Инициаторы обычно подают новую идею формальным или неформальным «узаконивателям» (лидерам мнений или формальным лидерам), чтобы получить одобрение предложенным действиям и выслушать предложения. Ответ такого лидера может варьироваться от прямого отказа до желания стать центром деятельности по продвижению идеи. Он редко прилагает усилия для того, чтобы инициировать или выполнить программу действий, обычно, не предлагает себя в качестве источника знаний, времени, энергии или влияния. Но в случае, если об узаконивании не просили или не был дан положительный ответ, «узакониватели» могут, используя свои ресурсы, заблокировать программу.

4) Распространение идеи в обществе через лидеров действий. Если в принятии решений и действиях участвует много индивидов, следует дать возможность осознать и признать существование потребности в изменении. Эти функции выполняются людьми с коммуникативными и организаторскими способностями, с широким доступом к людям, которые называются «лидерами действий».

5) Согласие по поводу необходимости действий со стороны общества. Необходимо привести индивидов к согласию, т.е. необходимо действовать. Для этого применяют следующие методы:

- проведение базовых образовательных программ, для того, чтобы дать людям фактическую информацию о потребности социальной системы и альтернативах;
- создание комиссий или групп по разработке программ для сообществ из числа ключевых личностей с целью изучения ситуации, проблем и ресурсов;
- использование кризисных ситуаций для проведения необходимых действий;
- демонстрации или испытания инноваций, чтобы показать те усовершенствования, которые должны быть сделаны;
- использование обращения к прошлому опыту в подобной ситуации;
- превращение жалоб и недовольства в позитивные предложения по поводу действий;
- публикация образов, опросов, которые помогут членам социальной системы, которых затрагивают перемены, более явно увидеть ситуацию.

б) Достигание сообщества соглашения действий по воплощению идеи. Недостаточно помочь людям осознать потребность в изменении. Часто кажется, что люди приняли идеи или осознали потребность, но они недостаточно мотивированы, чтобы действовать. Решение не гарантировано, пока члены сообщества не заключат публичное соглашение делать что-то – например, посещать лекции, жертвовать деньги,

время, другие ресурсы, действовать одновременно, участвовать в программе, голосовать или рассказывать о программе другим.

7) Действительность определенных людей в соответствии с решением.

Это требует плана действий, определяющего, что, кто, когда и как будет действовать. В зависимости от конкретного проекта, могут быть предприняты такие действия, как создание организаций, приобретение оборудования, популяризация неких идей и т.д.

Агенты изменений обладают квалификацией, которая позволяет им работать в качестве стимуляторов и инициаторов процесса коллективного принятия решений. Они редко непосредственно узаконивают решения, для этого им не хватает высокого социального статуса и власти. Но их широкие социальные связи и техническая компетентность помогают представить идеи лидерам системы и разработать стратегию.

Авторитарное принятие решений

Авторитарные инновационные решения означают одностороннюю выработку предложений структурой или человеком с высокой степени личной власти и передачу их на более низкий уровень. Авторитарные решения чаще встречаются в формальных организациях, чем в других типах социальных систем. Формальная организация - это социальная система, которая намеренно создана для достижения конкретных целей. Она характеризуется предписанными ролями, властной структурой, формальной системой правил и предписаний для управления поведением ее участников. Авторитарный процесс принятия решений состоит из 5 стадий: -1. *Получение информации о необходимости и изменения и инновации.* Это знание может прийти из внешнего источника (консультанты, СМИ) или внутренних источников организации. -

2. *Восприятие и оценка инновации принимающей структурой.* Характеризуется поиском подробной информации, оценкой затрат воплощения, последствий, возможных непредвиденных обстоятельств. Как и в случае индивидуальных решений, воспринимаемые свойства инновации могут сильно влиять на процесс ее оценки. Например, тяжело оценить инновацию, если ее эффект незаметен сразу или не достает данных о ее возможных последствиях.

3.- *Принятие решения одобрить или принять инновацию.* Большое значение имеет то, насколько структура, внедряющая инновацию активно участвует в этом процессе. Как и в случае с коллективными решениями, чем выше ее участие, тем вероятнее принятие инновации и удовлетворенность ею.

4. *Коммуникация по поводу инновации с принимающей или внедряющей структурой.* Как и принятие решения, так и его внедрение находятся в ведении различных отделов, очень важна коммуникация между ними. Эффективность этой коммуникации зависит от таких факторов, как различия в статусе, каналы коммуникации, сложность сообщений, уровень знаний каждой структуры. В частности, сложная многоуровневая структура в организации может затронуть коммуникацию из-за потери сообщения,

отсутствии обратной связи и т.д.

5. Действия по принятию или отклонению решения исполнит ельной ст рукт урой. Отношение индивида и инновации может отличаться от того, которое требуется от него структурой , принимающей решения. Если возникает чувство несогласия, индивид старается снизить его, меняя или отношения, или поведение. Может оказаться важным поработать для изменения отношения, чтобы достичь принятия инновации и предотвратить ее нестабильность.

Авт ори т арное решение может обеспечить высокую скорость принятия инновации. Но изменения не являются в этом случае непрерывными и полностью принимаемыми.

Свойства инноваций

На скорость принятия инноваций влияет, то, как воспринимаются получателем пять базовых характеристик инновации.

От носит ельное преимущест во. Насколько инновация лучше той идей, которую она замещает, например, экономическая эффективность, социальный престиж, комфортность. Физиологическая удовлетворенность. Можно повысить скорость принятия, подчеркивая ощутимые относительные преимущества инновации.

Слож ност ь. Насколько сложна инновация в понимании и использовании. Чем сложнее инновация, тем медленнее она принимается. Количественные изменения обычно рассматриваются как простые инновации. Но качественные изменения могут быть восприняты как довольно сложные.

Возмож ност ь испыт ания. Новые идеи, которые могут быть опробованы в ограниченном масштабе, мысленно, на бумаге или ограничено на практике, принимаются быстрее, чем инновации, которые могут быть приняты по формуле «все – или ничего». Демонстрации, образцы продуктов, проигрывание ролей – это методы, которые помогают испытать инновацию.

Замет ност ь. Чем раньше замечены или описаны результаты внедрения инноваций, чем раньше о них сообщают другим, тем выше скорость принятия инноваций. Превентивные действия, такие как профилактика болезней, техника безопасности, обычно дают результаты, которые нелегко заметить сразу, поэтому характеризуются медленным темпом принятия. Материальные инновации и конкретные идеи, из-за лучшей наблюдаемости имеют тенденцию приниматься быстрее, чем нематериальные и абстрактные идеи.

Принятие инновации: кто и когда

Не все индивиды в социальной системе принимают инновацию одновременно. Классифицируют принимаемых инновации внутри системы на категории относительно скорости принятия ими инновации. Каждая категория представляет собой идеальный тип, выделенный на основе наблюдений за многими реальными случаями.

«Инноваторы». Они представляют 2-3 % населения и жаждут попробовать новые идеи. Этот интерес выводит их за пределы своего

социального круга и вовлекает в более космополитические социальные отношения. Они стремятся к общению с другими, живущими в другой географической области. Инноваторы чувствуют себя не совсем удобно в рамках социальных норм местного сообщества. У них есть психологическая, часто финансовая возможность, чтобы принять риск, связанный с апробацией идеи или практики.

«Ранние приниматели». Они составляют 10-15 % населения. Как правило, это люди лучше интегрированы в местную социальную систему, чем инноваторы; имеют высокий социальный статус и являются лидерами мнений. Они служат ролевой моделью, прежде, чем попробовать новую идею, выясняют принята ли эта идея лидерами мнений.

«Раннее большинство» Представляют примерно одну треть населения, принимают инновацию раньше всех. Их можно назвать осторожными из-за относительно длительного периода принятия инновации; редко являются лидерами, но часто общаются с людьми и обеспечивают связь между ранними принимающими и поздним большинством. В процессе распространения инновации.

«Позднее большинство». Представляют собой одну треть населения, которая принимает инновацию несколько позже, чем в среднем член данной социальной системы. Они могут быть названы «скептиками» - принимают инновацию по экономической необходимости или из-за роста социального давления. Позволяют себя убедить только после того, как большинство их сограждан приняли инновацию.

Медлящие с принятием. Составляют последние 15% населения, которое ориентированы в прошлое и могут быть названы «традиционалистами», принимают решения, основываясь на прошлом опыте, сильно привязаны к местному сообществу, некоторые полностью изолированы от внешнего мира. Для этой группы характерно подозрительное отношение к инновациям, инноваторам, агентам изменений. Они больше нуждаются в образовании, просвещении, являются сложной группой для работы агентов изменений.

Таким образом, необходимо уметь выделять среди своих клиентов выше перечисленные категории, при работе с каждой категорией использовать различные стратегии и тактики.

Тема: ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Вопросы:

Организация социального обслуживания пожилых

Правовое регулирование положения пожилых людей

Новые социальные технологии

Социальное обслуживание пожилых

Процесс старения населения характерен для большинства стран мира,

в том числе и для нашей страны. В Республике Беларусь на 1 января 1999 г. граждан трудоспособного возраста составляла 5,8 млн.чел.; старше трудоспособного возраста – 2,2 млн.чел., т.е. на 1 тыс. трудоспособных приходится 380 человек старше 65 лет. За период с 1990-1998 гг. численность занятых в народном хозяйстве уменьшилась на 15,2% при росте численности пенсионеров на 12,4%. В результате этого процесса в Республике Беларусь значительно изменяется соотношение между работающими и пенсионерами: если в 1990 г. оно составляло 2,2 к 1, то в 1998 г. – всего 1,6 к 1. Это означает, что возрастает нагрузка на пенсионную систему, обостряются проблемы финансирования, возрастает потребность в медико-социальном обслуживании пожилых.

В настоящее время граждане в возрасте 65 лет и старше составляют более 20 %: **численность пенсионеров** всего в 1990 г. составляла 22279, 4 тыс. чел.; в 2000 г. — 2500,6 тыс.чел.; в 2001 г. — 2490,7 тыс.чел.;

минимальный размер месячной пенсии по возрасту в 1995 г. — 248,5 тыс.руб.; в 2000 г. — 27,0 тыс.руб.; в 2001 г. — 44,4 тыс.руб.;

величина прожиточного минимума пенсионера в 1995 г. равнялась 457,3 тыс.руб.; в 2000 г. (с учетом деноминации) — 31,3 тыс. руб.; в 2001 г. — 51,8 тыс. руб.

В декабре 2001 г. средний размер назначенных месячных пенсий составил 39,1 % от величины средней начисленной заработной платы.

На 1 января 2001 г. в расчете на 1000 населения приходилось — 261,5 пенсионера, на 1 января 2002 г. — 250,3 пенсионера.

Одно из заметных макроэкономических последствий старения как социально-демографического процесса – рост потребности медицинской помощи и социальных услуг в широком смысле. Расходы на медицинскую помощь одному больному пенсионного возраста в 3 раза больше, чем больному трудоспособного возраста. Граждане пожилого возраста формируют устойчивый спрос на социальные услуги. В комплексе мер медико-социального характера, направленных на охрану здоровья лиц старших возрастов, особое место занимают внебольничные формы помощи пожилым как наиболее экономичные в финансовом и кадровом отношении. Среди них выделяют:

1. Гериатрические кабинеты в поликлиниках.
2. Геронтологические и гериатрические центры, амбулаторные гериатрические отделения, медико-социальные отделения в ЛПУ.
3. Стационарозамещающие (дневные стационары в ЛПУ, стационары на дому, койки дневного пребывания при стационарах).
4. Центры медико-социальной реабилитации инвалидов.
5. Система врача общей практики.
6. Службы органов социальной защиты (центры социального обслуживания, отделения скорой помощи, социальной помощи на дому, отделения дневного и временного пребывания, социальные жилые дома).
7. Службы, организуемые Обществом Красного Креста, Дома милосердия, Хосписы и другие общественные организации.

Возрастает доля дорогостоящих услуг по постоянному уходу на дому, медико-социальных услуг, услуг сиделок. Растет спрос на места в социально защищенных жилищах.

Число домов-интернатов для престарелых и инвалидов всего в 1990 г. — 66 в них проживало 15,2 тыс. чел.; в 2000 г. — 63 в них проживало 14,2 тыс.чел.; в 2001 г. — 63 в них находилось 14,5 тыс.чел.

Фиксируется постоянный рост посещаемости пожилыми людьми нестационарных учреждений социального обслуживания.

Численность граждан пожилого возраста и инвалидов, обслуживаемых отделениями социальной помощи на дому всего в 1990 г. составила 37 130 чел.; в 2000 г. — 92 839 чел.; в 2001 г. — 90 332 чел.

В 2001 г. на постоянном постельном режиме находилось 38,7% взрослых и 32,5 % детей из числа проживающих в домах-интернатах.

Особенностью ситуации является то, что востребованными являются стационарное и нестационарное социальное обслуживание. Сложилась сеть учреждений социального обслуживания. По своим основным характеристикам она выглядит вполне стабильной и удовлетворительной.

В настоящее время актуальным стал вопрос повышения качества социальных услуг, предоставляемых пожилым людям. Этот вопрос решается в рамках действующих нормативных документов традиционными подходами к организации социального обслуживания.

Управление качеством социального обслуживания должно базироваться на принципах:

*приемлемость и,
доступность и,
справедливость и,
законность и,
эффективность и,
экономичность и.*

Доминирующая роль принадлежит доступности социальных услуг, в основе которой лежит принцип солидарности, когда человек в зависимости от индивидуальной нуждаемости получает защиту и помощь от общества через государственные и негосударственные структуры, основываясь на своем законном праве.

Правовое регулирование положения пожилых людей

Применение принципа законности прямо связано с вопросами правового регулирования пожилых людей. В Республике Беларусь права пожилых граждан регулируются законами:

«О пенсионном обеспечении», «О социальном обслуживании», «Об основах государственного социального страхования», «О государственных минимальных социальных стандартах», «О ветеранах», «О социальной защите инвалидов» и другими законодательными актами, например, Декретом Президента Республики Беларусь «О дополнительных мерах по совершенствованию пенсионного обеспечения».

В стране разработан и осуществляется План мероприятий по улучшению социального положения пожилых людей, утверждена Республиканская Программа по проблемам пожилых людей, в рамках которой действуют региональные комплексные программы.

На основании действующего законодательства и международного права складывается единый нравственно этический стандарт отношения к пожилому человеку, основанный на уважении. Социальные службы основываются в своей работе на *главный принцип социального обслуживания – ориентация на индивидуальную оценку нужд клиента, более совершенный механизм предоставления социальных услуг на основе индивидуальных планов, участие самих пожилых людей и семей в планировании услуг.*

Приоритетные направления практических мероприятий по достижению улучшения социального положения пожилых и внедрения инноваций в социальном обслуживании пожилых:

- обеспечение безопасных условий для пожилых;
- недопущение проявлений дискриминации по признаку пола, возраста, укрепление солидарности поколений;
- сохранение самостоятельности в пожилом возрасте через предоставление социальных услуг;
- налаживание партнерства на всех уровнях.

Внедрение новых технологий социального обслуживания пожилых

Внедрение новых технологий в практику социального обслуживания населения пожилого возраста обусловлено наличием неудовлетворенного спроса на социальные услуги и необходимостью поиска ресурсов при их ограниченности. Оптимизация расходов на социальное обслуживание - главная тенденция во всех странах. Благодаря государственной политики в области социального обслуживания населения пожилого возраста возможно внедрение новых социальных технологий, проверенных на опыте других стран: *социальному обслуживанию пожилых на дому; хоспис на дому; от деления доставки социальных услуг; мобильная социальная помощь, социальная квартира; поезда милосердия и пр.*

Сегодня приоритет отдается *социальному обслуживанию пожилых на дому*. В деятельности социальных служб разграничены сервис, личный уход, мероприятия по реабилитации и поддержанию здоровья. В настоящее время применяется бригадный метод работы, в состав которых входят семейные врачи, медицинские сестры, социальные работники психологи, гериатры.

Из многообразия нововведений, применяемых в медико-социальном обслуживании пожилых людей, выделяют *хоспис на дому* – это усовершенствованная модификация отделения социально-медицинской помощи на дому. Главное отличие – работа бригадой, которую возглавляет врач-гериатр, в состав входят медицинские сестры, социальные работники, младшие медицинские сестры. Персонал работает не только с пациентом, но и с семьей, обеспечивая паллиативную помощь на дому, помогая пережить тяжелую утрату.

В структуре центров социального обслуживания населения *образованы отделения доставки*, где социальные работники работают почасово с каждым клиентом. Предоставляются следующие социальные услуги на дому.

- обеспечение доставки горячей пищи, лекарств, товаров первой необходимости;

- выполнение работы по дому, которое можно описать как обслуживание;

- предоставление личных и бытовых услуг (гигиенические, одевание, купание, укладывание в постель);

- оказание услуг по поддержанию социальных связей с прежним местом работы, предоставление лечебно-профилактической помощи в центрах здоровья, поликлиниках, организациях досуга.

Для сельских жителей предоставление адресной оперативной помощи осуществляется *мобильной социальной службой*. Специальный автобус оборудован специализированными кабинетами для приема врачами, специалистами по социальной работе, организуются парикмахерские, прачечные, швейные и ремонтные мастерские.

В поликлиниках создаются *социальные квартиры* со средствами реабилитации и социальной адаптации клиентов. Это позволяет эффективно оценивать возможности пожилого человека, индивидуально подобрать технические средства реабилитации, пожилые могут получить простые медицинские процедуры, консультации медиков, социальных работников, юристов, взять на прокат предметы ухода, инвалидные коляски. Создаются *социальные жилые дома*, где одинокие пенсионеры и супружеские пары получают благоустроенную квартиру в доме, где работает служба социальной, социально-психологической помощи и проводится работа по формированию досуга жильцов.

Существуют *поезда милосердия*, где на небольших станциях оказывают медико-социальную помощь пожилым и нуждающимся.

Таким образом, отмечается большое разнообразие форм медицинской и социальной помощи пожилым людям, уделяется большое внимание внебольничным формам обслуживания и реабилитации пожилых и старых людей как наиболее эффективных и рациональных в экономическом и кадровом отношении.

Тема: ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ УПРАВЛЕНИЯ РЕСУРСАМИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

Вопросы:

Факторы, влияющие на рациональное использование ресурсов в лечебно-профилактических учреждениях

Основные направления деятельности ЛПУ по ресурсному обеспечению

Алгоритм оптимизации управления ресурсами

Показатели оценки и анализа деятельности и медицинского персонала

учреждений здравоохранения

Автоматизированная медицинская информационно-аналитическая система

Факторы, влияющие на рациональное использование ресурсов в лечебно-профилактических учреждениях

На рациональное использование ресурсов медицинского учреждения оказывают существенное влияние множество внешних и внутренних факторов лечебно-диагностического процесса. Выделяют 20 значимых факторов, оказывающих наиболее сильное влияние на рациональное использование ресурсов ЛПУ:

- базовая подготовка медицинского персонала;
- повышение квалификации персонала;
- укомплектованность кадрами;
- профессиональная адаптация персонала к современным технологиям управления ресурсами;
- степень готовности администрации к инновациям;
- финансово-экономическая готовность;
- готовность информационно-технического комплекса;
- уровень мотивации персонала;
- стратегическое управление;
- организационная структура;
- контроль;
- информационное обеспечение лечебно-диагностического процесса;
- подушевой норматив финансирования;
- стандартизация лечебно-диагностического процесса;
- способ оплаты медицинской помощи;
- критерии оценки трудозатрат персонала;
- включение врача в процесс клинического управления;
- система сбора, обработки и анализа медицинских затрат и услуг;
- знание персоналом основ клинического менеджмента.

Основные направления деятельности ЛПУ по ресурсному обеспечению

Ресурсный анализ деятельности ЛПУ проводится по следующим направлениям:

- использование трудовых ресурсов;
- использование коечного фонда;
- использование медицинской техники;
- использование финансовых ресурсов;
- использование информационных ресурсов;
- использование основных ресурсов.

Алгоритм оптимизации управления ресурсами

Алгоритм оптимизации управления ресурсами ЛПУ состоит из следующих мероприятий:

Определение оценочных показателей объемов медицинской помощи и

затрат.

Сбор и анализ информации.

Формирование информационной структуры, необходимой для выполнения плановых показателей.

Клинико-экономический анализ деятельности медицинского персонала.

Мониторинг и оценка оценочных показателей.

Показатели оценки и анализа деятельности и медицинского персонала ЛПУ

Для проведения учета, оценки и анализа деятельности медицинского персонала используют следующие оценочные показатели:

- уровень госпитализации;
- средняя длительность госпитализации;
- количество посещений;
- средняя стоимость койко-дня;
- структура затрат;
- количество медицинских услуг;
- количество условных единиц трудозатрат;
- стоимость одной параклинической услуги и т.д.

Адекватная оценка персонифицированного учета, оценки и анализа медицинских услуг и ресурсных затрат медицинского персонала возможна только при наличии медицинского информационно-аналитического центра.

Практические трудности при управлении ресурсами ЛПУ:

- заведующие отделениями не владеют данными о соотношении объемов медицинской помощи и затрат;

- лечащие врачи материально не заинтересованы в рациональном использовании ресурсов;

- лечащие врачи полностью отстранены от управления потоками клиентов и финансов;

отсутствие каналов обратной связи с уровня лечебно-диагностического процесса;

- неоптимальные способы оплаты медицинской помощи;
- большая доля вероятности финансовых рисков;
- отсутствие стандартизации диагностических и лечебных мероприятий;
- отсутствие эффективной системы персонифицированного учета, оценки и анализа деятельности медицинского персонала.

Автоматизированная медицинская информационно-аналитическая система

Одним из путей оптимизации информационного обеспечения ЛПУ является автоматизированная медицинская информационно-аналитическая система. В основе ее создания заложены принципы структуризации, систематизации и стандартизации лечебно-диагностического процесса и эффективные каналы обратной связи с уровня взаимодействия лечащего врача с пациентом.

Алгоритм информационного обеспечения деятельности ЛПУ:

- сбор данных;

- обработка полученных данных;
- накопление полученного материала;
- хранение информации;
- формирование выходных форм;
- определение показателей аналитической информацией.

Основные функциональные требования к автоматизированной медицинской информационно-аналитической системе:

- обеспечение централизованного приема и передачи информации между пользователями системы;
- обеспечение единого информационного пространства и информационных стандартов внутри сети;
- накопление информации в интегрированных базах данных системы;
- обеспечение персонифицированного учета, оценки и анализа деятельности медицинского персонала;
- формирование счетов-фактур за пролеченных пациентов;
- расчет стоимости медицинской услуги;
- контроль за движением потоков пациентов и финансов как внутри медицинского учреждения, так и на межучрежденческом уровне.

Таким образом, автоматизированная медицинская информационно-аналитическая система и инновационные модели управления ресурсами ЛПУ должны быть ориентированы на потребности населения в объемах медико-социальной помощи и необходимых для них выполнения ресурсных затрат.

СПИСОК ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная:

1. Агеева Л.А. Особенности психологического состояния лиц, пострадавших в результате Чернобыльской катастрофы и вопросы х социально-психологической реабилитации // Материалы конференции: Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф, Мн.: Национальный институт образования, 1998.- с.30.

2. Аладьин А.А. Из опыта оказания психологической помощи семьям переселенцев // Социально-психологическая реабилитация детей и подростков, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС. Сб.науч.трудов.- Выпуск II, Ред.коллегия под председ. Пергаменщик Л.А., Мн.: Национальный институт образования.- 1995.- с. 83-88.

3. Бондаренко И.Н. Инновационные технологии социального обслуживания пожилых людей: новые возможности // Клиническая геронтология, 2003, т.9, № 12, с. 21-28.

4. Белоокая Т.В. Комплексная реабилитация детей и семей Чернобыля и устойчивое развитие социума // Материалы VI международной научной конф.: Состояние здоровья в условиях кризиса и вопросы валеологии.-Мн., 1999.- с.96-115.

5. Буко Н.С. Проблема социального сиротства в Республике Беларусь» // Материалы II международной конференции: Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы; Минск, 2-3 апреля 2004 г. / Белорус. гос. ун-т.; ред.кол.: В.А.Прокашева [и др.]. – Минск: Изд. Центр БГУ .– Минск. – 2004. – С. 235-238.

6. Васильчиков В.М. Шведский подход к формированию доступной для

инвалидов среды жизнедеятельности// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000. № 1. С. 14–16.

7. Васильчиков В.М., Лазарева В.С. Опыт работы по реформированию системы оказания социальной и медико-социальной помощи пожилым людям в Великобритании //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1999. № 3. С. 9–11.

8. Васильчиков В.М., Лазарева В.С. Роль и место негосударственного сектора в организации социальной и медико-социальной помощи пожилым людям во Франции // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1999. № 3. С. 6–9.

9. Васильчиков В.М., Чикарина Л.Я. Социальная и медико-социальная помощь пожилым людям в Швеции: вопросы ухода и реабилитации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000. № 3. С. 30–34.

10. Вартанян Ф. Реформы здравоохранения в европейских странах // Врач.- 2001.- № 4, с.45-46.

11. Веденеева Т.П., Любезнова Е.Э., Журбенко К.Ю. Некоторые вопросы статистики инвалидности за рубежом // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 1998. № 3. С. 40–45.

12. Веремейчик Г., Гавдис С., Пошевалова Т. Развитие сообществ. Пособие для консультантов и организаторов. Минск, 2003, с.33-45.

13. Володько В.Ф. Социально-психологические последствия Чернобыля // Социально-психологическая реабилитация детей и подростков, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС. Сб.науч.трудов.- Выпуск II, Ред.коллегия под председ. Пергаменщик Л.А., Мн.: Национальный институт образования.- 1995.- с.3-8.

14. Галкин Р.А., Суслин С.А., Гехт И.А., Павлов В.В. Внебольничные формы организации медико-социальной помощи лицам старших возрастов в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2000, № 2, с.38-41.

15. Гасников В.К. Совершенствование управления здравоохранением региона на основе развития методологических подходов и информационных технологий / Автореф. Диссерт. Док.мед.наук.- М., 2001, 48 с.

16. Григорьев А. Д. Очерки истории социальной работы в Беларуси. Мн. 1998. 221с.

17. Григорьев А. Д. Социальная работа в Беларуси: история, опыт, проблемы: Учеб.пособие. Мн. 2000. 239 С.

18. Гуляев В.А. Опыт управления качеством медицинской помощи за рубежом // Военно-медицинский журнал. 2001. № 6. С. 60–63.

19. Гусева Н. К. Правила направления больных в бюро медико-социальной экспертизы. Н.Новгород.1997. 56 с.

20. Дементьева Н.Ф., Береговский Н.А., Гусакова З.С., Смирнов В.А., Подкорытов А.В. Гериатрический центр как организационная форма оказания специализированной медико-социальной помощи в системе учреждений социального обслуживания // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2001, № 4, с.10-17.

21. Ерш И. Р. Медико-социальная экспертиза (общие вопросы): Учеб. пособие для студентов мед.вузов. Гродно. 2000. 72 с.

22. Жарко В.И. Здоровье и инновации // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2007.- № 4. – С.3-9.

23. Женевская декларация // Врачи, пациенты, общество: Право человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций / Всемирная медицинская ассоциация, Киев, 1999, с.1-10.

24. Жуковский Д.И. Проблематика социального сиротства / Д.И.Жуковский // Беларуская думка, 2006. - №7. – С. 110-113.

25. Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей» //

Ведомости Национального Собрания, 1997, № 9, с.59-64.

26. Закон Республики Беларусь «О донорстве крови и ее компонентов» // Газета «Звезда» - 21 февраля 1995, «Народная газета» - 21 марта, 1995.

27. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» // Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2002, № 1, с.3-15.

28. Закон Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении» // Приложение к журналу «Право и экономика», Мн., 1998, 48 с.

29. Закон Республики Беларусь «О правах ребенка» // Ведомости Национального Собрания, 2000, № 32, с. 80-95.

30. Закон Республики Беларусь «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» // Ведомости Национального Собрания, 2000, № 24, с.120-143.

31. Закон Республики Беларусь «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» // Ведомости Национального Собрания, 1999, № 25, с.5-81.

32. Здравоохранение Республики Беларусь /Стат.сбор., Мн.: МЗ РБ, 2004.

33. Злотников, А.Г. Демографическое измерение современной Беларуси / А.Г.Злотников. – Минск: Право и экономика, 2006. – 212 с.

34. Карюхин Э.В. Медико-социальные проблемы пожилых и старых людей // Клиническая геронтология, 1999, № 4, с.88-96.

35. Квалификационный справочник: должности служащих, занятых в здравоохранении, фармации, Белорусской государственной службе судебно-медицинской экспертизе и системе социальной защиты. Мн.: НИИ труда. 2001. С.53-59.

36. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье. – Минск: Регистр, 1993. – 88 с.

37. Козлов А. А., Иванова Т.Б. Практикум социального работника. Серия «Учебные пособия» / А. А. Козлов, Т. Б. Иванова. Ростов-на Дону: Феникс. 2001. 320 С.

38. Координация служб здравоохранения и социального обеспечения в четырех странах: Австрии, Италии, Польше и Швеции // Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 1979. 59 с.

39. Кралько А.А. Юридическое сопровождение медицинской деятельности (исторический обзор) // Медицина.-2000, № 3, 29-32.

40. Красовская Н. Н. Подготовка кадров для системы социальной защиты: состояние и перспективы / Е.Н. Красовская // Материалы II Международной конференции: Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы. Мн.: БГУ. 2004. С.75-77.

41. Кучма В.Р., Милушкина О.Ю. Современные медико-социальные проблемы детей-сирот // Гигиена и санитария, 2003, № 5, с.39-42.

42. Легавина А. Ю. Психические состояния в обучении и необходимость их педагогической коррекции у социальных работников / А.Ю. Легавина // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 2000, № 4, с.3-12.

43. Леонов С.А., Калиниченко И.Н. Достижения и проблемы в лечении инвалидов // Здравоохранение Российской Федерации, 1999, № 3, с.28-32.

44. Лифшиц А. Управление инновационными процессами в больнице // Вопросы экономики, и управления для руководителей здравоохранения, 2003, № 1 (31), с. 24-25.

45. Лысенко В.И. Принципы и методы психодиагностики и психокоррекции детей, пострадавших от Чернобыльской катастрофы // Социально-психологическая реабилитация детей и подростков, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС. Сб.науч.трудов.- Выпуск II, Ред.коллегия под председ. Пергаменщик Л.А., Мн.: Национальный институт образования.- 1995.- с.89-105.

46. Малахова И.В. Научное сопровождение реформирования здравоохранения

Беларуси / Реформы здравоохранения Беларуси в XXI веке. Материалы IV съезда социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения Республики Беларусь.- Минск, 2000, с.71-72.

47. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа в России: основные положения Концепции // Экспертиза и реабилитация. 1998. № 2. С. 9–12.

48. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. М.:Наука. 1999. 240 с.

49. Махкамова З.Р. Медико-социальные проблемы детей, воспитывающихся без родителей // Автореф. ... канд.мед.наук, М., 1991, 22 с.

50. Минигалиева М. Р. Психологические аспекты в деятельности социального работника / М.Р. Минигалиева // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2001. № 1. С.72-86.

51. Миняев В. А., Вишняков Н. И., Юрьев В. К., Лучкевич В. С. Социальная медицина и организация здравоохранения // Руководство для студентов, клинических ординаторов и аспирантов.- СПб.1998. Т.1. 219 с.

52. Мороз И.Н. Особенности организации медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста // Актуальные проблемы биологии и медицины. Сб.науч.трудов МГМИ.- Мн.:МГМИ.- 1996.- т.3, с.650-651

53. Нагаев В. В. Опыт преподавания неврачебной психотерапии будущим специалистам по социальной работе / В. В. Нагаев, В.Г. Толстов // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2001. № 1. С. 3- 6.

54. О гарантиях по социальной защите детей-сирот, детей, оставшихся без попечения родителей, а также лиц из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей: Закон Республики Беларусь от 21 дек. 2005. - Минск: Адукацыя і выхаванне, 2005.

55. Основы социальной работы: Учебник / Отв. ред. П. Д. Павленок. 2-е изд., испр. и доп. М.:ИНФРА-М.2002. С. 26 -- 37.

56. ОСРБ 1-86 01 01-20008 Руководящий документ Республики Беларусь. Образовательный стандарт. Высшее образование. Первая ступень. Специальность 1-86.01.01. Социальная работа (по направлениям). Квалификация – специалист по социальной работе. Министерство образования Республики Беларусь. Минск. 2008.- 61 с.

57. Пантюк, И.В. Теоретические основы социальной работы //Минск:Амалфея. – 2010. – 388 С.

58. Пархоменко Ж.И. Исследование инновационных процессов в медицине и научное обоснование путей их совершенствования //Автореф. ...канд.мед.наук.- Киев, 1995, 18 с.

59. Петрюк П.Т. Некоторые психологические особенности у ликвидаторов последствий чернобыльской катастрофы // Материалы конференции: Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф, Мн.: Национальный институт образования, 1998.- с.149.

60. Пожилые в одиннадцати странах. Медико-социальное обследование. /Под ред. Е.Хейккинен // Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 1987. 287 с.

61. Положение детей в Республике Беларусь в 2005 году: нац. доклад. – Минск: Нац. комиссия по правам ребёнка, М-во образования Респ. Беларусь, 2006. – 111 с.

62. Полищук Ю.И., Голубцова Л.И. Состояние психического здоровья пожилых и старых людей в условиях социально-экономического духовного кризиса // Клиническая геронтология, 1999, № 4, с. 85-87.

63. Поставляло Л.А. Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы в Беларуси: проблемы и перспективы // Медицинские новости, 2004, № 11, с. 3-7.

64. Поставляло Л.А. Состояние и перспективы развития здравоохранения Беларуси // Здравоохранение, 2004, № 9, с. 14-19.

65. Право социального обеспечения: Учебник / Под общ. Ред. И. В. Гущина.- Мн.:Амолфея. 2002. С. 407 -- 429.
66. Проблемы и перспективы развития научно-инновационного комплекса Республики Беларусь: Сб. науч. ст. / Редкол.: В.И. Недилько и др.- Мн.: БелИСА, 2001, 120 с.
67. Пряткина О.П. Медико-социальные аспекты первичной инвалидности населения Республики Беларусь // Автореф. ... канд. мед. наук, Мн., 2002, 23 с.
68. Пузин С.Н., Линник В.В., Чикинова Л.Н и др. Актуальные проблемы реабилитации детей-инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2001, № 4, с. 6-9.
69. Решетников А.В. Процессное управление в социальной сфере // Вопросы экономики, и управления для руководителей здравоохранения, 2003, № 1 (31), с. 23-24.
70. Ромашевская Н. П. Специфика проведения контролируемой самостоятельной работы по специальности «социальная работа» / Н.П. Роашевская // Материалы II научно-практической конференции: Контролируемая самостоятельная работа студентов: состояние и перспективы. Мн.: БГУ. 2005. С. 71-73.
71. Сажин В.Л. Медико-социальные и организационные проблемы пенитенциарной медицины // Автореф. ... д.м.н., С.Пб., 2001, 42 с.
72. Сборник законодательных и инструктивных документов по социальной экспертизе и реабилитации. Мн. 1996. 264. с.
73. Сидоров П. И. Новые направления подготовки специалистов по социальной работе для реабилитации лиц с психическими и наркологическими заболеваниями / П. И. Сидоров П. И., А. М. Вязьмин, А. Г. Соловьев, В. В. Тевлина // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000. № 4. С. 13-16.
74. Смагина Л.И., Воднева А.К., Сойко Ю.А. и др. Сиротство как социальная проблема – Минск: Універсітэцкае, 1999. – 144с.
75. Смычек В.Б., Бузенкова Т.Н., Яковлев А.Н. Инвалидность детского населения в Республике Беларусь // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2004, № 1, с. 6-9.
76. Солтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000.- 432 с.
77. Сосновская Е.Я., Капитонова Э.К. Организация медицинской помощи населению Республики Беларусь, пострадавшему вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС // Медицинские новости, 2004, № 11, с. 13-15.
78. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Учебник Под общ. ред. И. Б. Зеленкевича, Н. Н. Пилипевича. Мн.: Высш. школа. 2000. 286 с.
79. Социальная работа: Теория и организация: Учеб. пособие / П.П. Украинец, С.В. Лапина, С.Н. Бурова и др.; Под ред. П.П. Украинец.- Мн.: ТетраСистема, 2005, - 288 с.
80. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие // Отв. ред. проф. Е. И. Холостова, проф. А. С. Сорвина. М.: ИНФРА-М. 2002. С. 195 -- 228.
81. Социальная работа: Учеб. пособие / Под общ. ред. проф. В. И. Курбатова. 2-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д.: Феникс. 2003. С. 8 -- 48.
82. Социальное положение и уровень жизни населения Республики Беларусь. Ст. сбор. Пред. ред. кол. В.И. Зиновский.- Мн.-2002.- 274 с.
83. Социально-психологическая реабилитация детей и подростков, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС / Сб. научн. трудов. Редакционный совет: Пергаменщик Л.А. (председатель), Кремень М.А., Отчик С.В., Фурманов И.А., - Мн.: Национальный институт образования, 1995, 143 с.
84. Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф // Материалы V Международной конференции, Мн.: Национальный институт образования, 1998, с. 30, 149, 198, 208.

85. Статистические материалы // Белорусский экономический журнал.- 2006.- № 3.- С.149-154.
86. Татарников М.А. Социально-психологические методы управления здравоохранением в условиях его реформирования // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения.- 2003, № 1 (31), с.10-23.
87. Тарасевич Е.В., Головач А.А. Последствия насилия над детьми и их лечение // Материалы VI международной научной конф.: Состояние здоровья в условиях кризиса и вопросы валеологии.-Мн., 1999.- с.87-89.
88. Тетерский С.В. Введение в социальную работу: Учеб.пособие для высш. Школы.- М. 2000.
89. Технологии социальной работы: Учеб. Пособие для студентов высш. учеб. заведений / Под ред. И.Г.Зайнышева.- М. 2000.
90. Технологии социальной работы: Учебник / Под общ. ред проф Е.И.Холостовой. М.:ИНФРА.М. 2002.С. 245 -- 262.
91. Тяжков А.П. Социальная работа в здравоохранении. Ч.1. Комсомольск-на Амуре. 2001. 207 с.
92. Ушакова Н.А. Особенности преподавания курса «Концепции современного естествознания» для студентов специальности социальная работа // Материалы III Международной конференции: Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы. Мн.: БГУ. 2005. Ч. 2. С. 62-64.
93. Филатов В.Б., Жилиева Е.П., Кальфа Ю.И. О классификации организационных технологий в здравоохранении // Проблемы соц.гигиены, здравооох. и истории медицины - 2000, № 5, с 27-30.
94. Царев Ю.В. О психологической помощи пострадавшим от аварии на ЧАЭС // Материалы конференции: Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф, Мн.: Национальный институт образования, 1998.- с.198.
95. Часнойть Р.А. Организационно-экономический механизм функционирования региональной системы здравоохранения в условиях трансформационной экономики Республики Беларусь / Автороеф. Диссер. Канд.мед.нак.- Минск, 2002, 22 с.
96. Черносивтов Е. В. Социальная медицина: Учеб.пособие для студентов высш.учеб.завед.. М.:Гумат.изд.центр ВЛАДОС. 2000. С. 253 -- 289.
97. Щур Ю.В. МАССМЕДИА в снижении социально-психологической напряженности населения // Материалы конференции: Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф, Мн.: Национальный институт образования, 1998.- с.208.
98. Шабалин В.Н. Актуальные проблемы медико-социальной помощи населению старших возрастных групп в России//Здравоохранение Российской Федерации, 1999, №3,с.25-28.

Дополнительная:

99. Байденко, В. Компетенции в профессиональном образовании // Высшее образование в России. – 2004. - №1. – С. 3-13.
100. Бермус, А.Г. Проблемы и перспективы реализации компетентностного подхода в образовании // Интернет-журнал "Эйдос". Доступно на <http://www.eidos.ru/journal/2005/0910-12.htm>.
101. Богдан, Е.Л., Митрошенко, И.В. Новые организационные технологии в развитии медицинских услуг для подростков // Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2010, № 3, с. 75-77.
102. Бочарова, В. Г. Социальная работа: знакомство с профессией / В. Г. Бочарова. – М.1997.- 13 с.

103. Браун, А., Боурн, А. Супервизор у соціальній роботі: супервізія догляду в громаді, денних та стаціонарних установах. – К.:Пульсари, 2003. – 239 с. Компетентнісний підхід у сучасній освіті: світовий досвід та українські перспективи / Овчарук О.В., Бібік Н.М., Ващенко Л.С. та ін. / Під ред. Овчарук О.В. – К.: "К.І.С." – 2004. – 112 с.
104. Воробьева, В.А. Социальное партнерство как условие эффективной подготовки специалистов по социальной работе (на примере взаимодействия вуза с территориальными центрами социального обслуживания населения) // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М.Машерова. – Витебск.- 2009 .- с.51-53.
105. Галущинская, Ю.О. Педагогическое содействие развитию толерантности к людям пожилого возраста у будущих специалистов по социальной работе // Сборник материалов Республиканской (с международным участием) научно-практической конференции «Социально-педагогическая и психологическая поддержка личностного и профессионального самоопределения в онтогенезе», 12 мая 2010 г. Бр.ГУ им.А.С.Пушкина; редкол.: М.С. Ковалевич[и др.].-Брест : БрГУ, 2010. – Ч. 1. – с.95-99.
106. Гольцов, А.Ю. К проблеме формирования педагогической компетенции по социальной работе // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М.Машерова. – Витебск.- 2009 .- с.69-71.
107. Грик, Н.А. Формирование профессиональной и социальной компетенции специалиста по социальной работе и технология группового проектного обучения //Социальная работа в России: образование и практика: Сб. науч. тр. / под ред. проф. Н.А. Грика. – Томск: Томск.гос. ун-т систем упр. радиоэлектроники, 2009. с.13-20
108. Дементьева, Н.Ф., Рязанов, Д.П., Явных, В.И., Петрова, И.Л. Характеристика социальных работников и их деятельности по обслуживанию пожилых людей на дому в Липецкой области // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2003, № 1, с.54-56.
109. Доэл, М., Шадлоу, С. Практика социальной работы. – М.: Аспект-Пресс, 1995. – с. 237.
110. Ивашкевич, Ю.М. Роль переговоров и особенности технологии их ведения в сфере социального партнерства // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М.Машерова. – Витебск.- 2009 .- с.103-105.
111. Елисеев, О.П. Конструктивная типология и психодиагностика личности / Под ред. В.Н.Панферова,- Псков, 1994, с.72-74.
112. Жадобина, Н.А., Смирнова, Е.Н. Значение курса «Основы медицинских знаний» при подготовке специалистов в области социальной работы и менеджмента здравоохранения // Материалы международной конференции: Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы, Мн.:БГУ, 2003, с.75-77.
113. Зеер, Э. Ф., Романцев, Г. М. Личностно-ориентированное профессиональное образование // Педагогика. № 3. 2002. С. 16 – 21.

114. Зимняя, И.А. Общая культура и социально-профессиональная компетентность человека//Интернет-журнал Эйдос. Доступно на <http://www.eidos.ru/journal/2006/0504.htm>.
115. Иванов, Д.А. Компетентностный подход в образовании. Проблемы, понятия, инструментарий / Д.А. Иванов, К.Г. Митрофанов, О.В. Соколов. – М., 2002. – 98 с.
116. Информация к разработке стандартов третьего поколения // Вестник учебно-методического объединения вузов России по образованию в области социальной работы. – М., 2006. – № 2. – С. 32–37.
117. Квалификационный справочник: должности служащих, занятых в здравоохранении, фармации, Белорусской государственной службе судебно-медицинской экспертизе и системе социальной защиты, Мн.: НИИ труда, 2001, с.53-59.
118. Козлов, А.А., Иванова, Т.Б. Практикум социального работника. Серия «Учебные пособия», Ростов-на Дону:Феникс, 2001, 320 с.
119. Костюкович, З.В. Диагностика готовности к профессиональному поведению у будущих специалистов социальной сферы // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М.Машерова. – Витебск.- 2009.- с. 144-146.
120. Кошелева,Л.А. Повышение профессиональных компетенций на занятиях специализации // Сборник материалов Республиканской (с международным участием) научно-практической конференции «Социально-педагогическая и психологическая поддержка личностного и профессионального самоопределения в онтогенезе», 12 мая 2010 г. Бр.ГУ им.А.С.Пушкина; редкол.: М.С. Ковалевич[и др.].- Брест : БрГУ, 2010. – Ч. 1. – с.228-232э
121. Красовская, Н.Н. Подготовка кадров для системы социальной защиты: состояние и перспективы // Материалы II Международной конференции: Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы, Мн.: БГУ, 2004, с.75-77.
122. Крысько, В. Г. Социальная психологи: словарь-справочник / В.Г. Крысько. – Мн.: Харвест, М.: АСТ, 2001. С. 688.
123. Ларионов, А.И, Красный, С.А., Моисеев П.И., Машевский А.А. Онкологическая служба Республики Беларусь: современное состояние и перспективы дальнейшего развития // Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2010, № 3, с. 22-27.
124. Левченко, П.А., Пиневиц, Д.Л., Милошевская Н.Г. Опыт работы доврачебного кабинета для оказания медицинской помощи людям старше трудоспособного возраста //Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2010, № 3, с.101-103.
125. Легавина, А.Ю. Психические состояния в обучении и необходимость их педагогической коррекции у социальных работников // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 2000, № 4, с.3-12.
126. Ляшенко,А.И. Профессиональное становление социального работника:Автореф., дис.канд.психол.наук.-М., 1993, 16 с.

127. Макрицкий, М.В. Возможности психологической оценки профессиональной ответственности // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М.Машерова. – Витебск.- 2009 .- с. 168-170.

128. Минигалиева, М.Р. Психологические аспекты в деятельности социального работника // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 2001, № 1, с.72-86.

129. Митина, Л. Н. Личностное и профессиональное развитие человека в новых социально-экономических условиях // Вопросы психологии.1977. № 4. С. 29 – 32.

130. Моторова, Н.С. Личностные качества как составляющая профессиональной компетентности будущего специалиста по социальной работе // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М.Машерова. – Витебск.- 2009 .- с.208-210.

131. Мрочек, А.Г., Дубень, С.А., Пацеев, А.В., Ермолкевич, Ф.Ф Организация оказания медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения в Республике Беларусь // Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2010, № 3, с. 9-17.

132. Мурашко, Е.А. О роли качественных методов исследования в подготовке специалистов по социальной работе // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М.Машерова. – Витебск.- 2009 .- с.211-212.

133. Нагаев, В.В., Толстов, В.Г. Опыт преподавания неврачебной психотерапии будущим специалистам по социальной работе // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, 2001, № 1, с. 3- 6.

134. Неверо, Е.Г., Богдан Е.Л. Состояние здоровья детского населения и пути его укрепления // Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2010, № 3, с.70-72.

135. Носова, Е.А., Крупенченко, Н.Н. Модель деятельности специалиста социальной работы по первичной профилактике алкоголизма у детей младшего школьного возраста из алкоголезависимых детей в условиях образовательного учреждения // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М.Машерова. – Витебск.- 2009 .- с.226-228.

136. Обучение практике социальной работы: Международный взгляд и перспективы / Под ред. М. Доэля и С. Шардлоу; Пер. с англ. под ред. Ю.Б. Шапиро. – М.: Аспект Пресс, 1997. С. 223.

137. Основы социальной работы: Учебник/ Отв. ред. П.Д.Павленок, М.:ИНФРА-М, 2002.- с. 76-78.

138. Орлова, А.П. Актуализация духовно-нравственных ценностей народной педагогики в подготовке специалистов социальной сферы // Международный научно-практический семинар: Пути повышения качества подготовки будущих специалистов по социальной работе. Витебск, 28 мая 2009 г.; Витебский государственный университет им. П.М.Машерова. – Витебск.- 2009 .- с.355-361.

139. Павлова, А.М., Зеер, Э.Ф., Сыманюк, Э.Э. Модернизация профессионального образования: компетентностный подход. – М.: МПСИ, 2005. – 216 с.
140. Пантук, И.В. Теоретические основы социальной работы // Минск: Амафья, 2010. – 388 с.
141. Педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. А. Сластенин, И. Ф. Исаев, Е. Н. Шиянов; под ред. В. А. Сластенина. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 576 с.
142. Решетников, В.А. Компетентностный или социокультурный подход: необходимость синтеза / В.А. Решетников // Социогуманитарное образование в России: проблемы и перспективы: сб. науч.-метод. тр. – Иркутск: НЦ РВХ ВСНЦСО РАМП, 2007. – С. 11–17.
143. Ромашевская, Н.П. Специфика проведения контролируемой самостоятельной работы по специальности «социальная работа» // Материалы II научно-практической конференции: Контролируемая самостоятельная работа студентов: состояние и перспективы, Мн.: БГУ, 2005, с. 71-73.
144. Рюмина, Ю.Н. Профессионально-ценностная ориентация будущих специалистов по социальной работе на начальном этапе обучения в вузе // Сборник материалов Республиканской (с международным участием) научно-практической конференции «Социально-педагогическая и психологическая поддержка личностного и профессионального самоопределения в онтогенезе», 12 мая 2010 г. Бр.ГУ им. А.С.Пушкина; редкол.: М.С. Ковалевич [и др.]. – Брест: БрГУ, 2010. – Ч. 1. – с.161-166.
145. Салко, О.Б., Корытько, С.С., Шепелькевич, А.П. Состояние эндокринологической службы Республики Беларусь на современном этапе, проблемы и пути их решения // Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2010, № 3, с.57-62.
146. Сидоров П.И., Вязьмин А.М., Соловьев А.Г., Тевлина В.В. Новые направления подготовки специалистов по социальной работе для реабилитации лиц с психическими и наркологическими заболеваниями // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2000, № 4, с.13-16.
147. Столяренко Л.Д. Основы психологии, Ростов-на Дону: Феникс, 1997, с. 554-557, 685-686.
148. Топчий, Л.В. Проблемы формирования профессионального мастерства специалистов по социальной работе // Социально-политический журнал. – 1997. – №2. – С. 214-222.
149. Трофимова, Н. М., Еремина, Е. И. Самообразование и творческое развитие личности будущего специалиста // Педагогика. № 2. 2003. С. 42 – 47.
150. Холостова, Е.И. Профессиональный и духовно-нравственный портрет социального работника. – М.: РГСИ, 1993. – 19 с.
151. Хохштрассер, Ф. Компетенции при обучении социальной работе в уголовно-исполнительной системе / Ф. Хохштрассер // СОТИС. – 2008. – № 1. – С. 46–53.
152. Хуриганова, А.А. Специалист по социальной работе в системе образования // Социальная работа в России: образование и практика: Сб. науч. тр. / под ред. проф. Н.А. Грика. – Томск: Томск. гос. ун-т систем упр. радиоэлектроники, 2009. с.225-228.

153. Чиганова, С.Д. Формирование профессиональной и социальной компетентности специалиста по социальной работе / С.Д. Чиганова // СОТИС. – 2006. – № 1. – С. 21–26.
154. Шаронова, С.А. Компетентностный подход и стандарты в образовании // Социологические исследования. – 2008. - №1. – С. 138-145.
155. Шурыгина, Ю.Ю. Содержание и методика социально-медицинской работы (с региональным компонентом): Учебно-методическое пособие.–Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ.- 2004. –121 с.