Федеральное агентство по образованию

Российский государственный профессионально-педагогический университет

Социальный институт

Факультет социальной работы и социальной педагогики

Кафедра социальной работы

**ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ЗАРУБЕЖНЫХ (АМЕРИКАНСКИХ И ЕВРОПЕЙСКИХ) ПРОГРАММ ЛЬГОТНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ**

**С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

Дипломная работа

Исполнитель студент группы ЗСР – 616

Халиуллина М.М.

Научный руководитель: к.соц.н, доцент кафедры СР

Масленцева Н.Ю,

Екатеринбург 2007

**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение

1. Дети с ограниченными возможностями как объект социальной защиты

1.1 Характеристикам детей с ограниченными возможностями

1.2 Нормативно-правовая база социальной защиты детей-инвалидов

1.3 Социально-медицинская помощь

2. Зарубежный опыт социально-медицинской помощи детям с ограниченными возможностями

2.1 Особенности организации медицинского страхования в зарубежных странах

2.2 Социальная защита в США и странах Европы

3. Возможности реализации зарубежных программ льготного стоматологического обслуживания детей с ограниченными возможностями на базе стоматологической поликлиники г.Екатеринбурга47

3.1 Виды стоматологической помощи, оказываемые в рамках программ льготного стоматологического обслуживания детей с ограниченными возможностями

3.2 Реализация программ международной стоматологической ассоциации (FDI) для детей с ограниченными возможностями

3.3 Реализация зарубежных программ льготного стоматологического обслуживания детей с ограниченными возможностями на территории Российской Федерации

Заключение

Список источников и литературы

Приложения

**ВВЕДЕНИЕ**

До недавнего времени, семьи с детьми-инвалидами были оставлены один на один со своими проблемами, а дети, в зависимости от сложности заболевания, заперты в четырех стенах квартиры или специального интерната. В современных условиях гуманизации общества, на смену закрытым учреждениям по воспитанию и образованию детей с ограниченными возможностями, приходит система комплексной реабилитационной помощи семье и ребенку.

Сущность социального обслуживания ребенка-инвалида и его семьи заключается в деятельности по организации и оказанию помощи семье, способствующей оптимизации процесса социализации.

Принятие нормативных актов по защите инвалидов, на различных уровнях власти, от Федерального до местного, свидетельствует о том, что государственные структуры и общество в целом признали, что проблема инвалидности существует, ее решение является приоритетным направлением как области социальной защиты населения, так и государства в целом.

В систему комплексной помощи входят: организация воспитания и обучения; организация культурно-досугового пространства и летнего отдыха детей; социально-бытовая адаптация; коррекция имеющихся нарушений; профориентация и социально-трудовая реабилитация; медицинская и спортивная реабилитация; консультационная помощь; просветительская пропаганда и формирование общественного мнения по проблеме инвалидности.

Основная цель социальной защиты — сохранение здоровья и жизни клиентов, а значит, это также и медицинская задача. Любые услуги социальной защиты так или иначе защищают здоровье и жизнь обездоленных лиц. И действительно, распределяются ли благотворительные дары, обеспечиваются ли ночлегом бомжи, пресекаются ли наркомания, алкоголизм, другие порочные наклонности, ведется ли доставка дров, лекарств, пенсий, проявляется ли просто участие и интерес к судьбе защищаемых людей — все это прямо или косвенно касается здоровья и жизни подопечных людей. Оттого не случайно, а вполне естественно, что среди разновидностей социальной работы, т. е. среди форм социальной защиты населения, предусмотрены медицинские услуги. Причем речь идет не о лечебных манипуляциях и оперативных вмешательствах (это делали и делают учреждения медицинской службы), речь идет о координационной работе, позволяющей охватить необеспеченных и оказавшихся вне общества лиц услугами, которые так или иначе связаны с защитой их здоровья, т. е. речь идет о так называемых социально-медицинских услугах населению. Эта форма социальной работы предусматривает посредничество между учреждениями здравоохранения и населением.

Данная проблема изучается Международной Стоматологической Ассоциацией (FDI), поддерживаемой ООН.

Основными авторами изучения являются доктор Питер Свис, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ, профессор АЕ, заместитель генерального директора ОАО «Стоматология» вице-президен Стоматологической Ассоциации В.Д.Вагнер.

**Актуальность** выбранной мною темы обусловлена тем, что для детей-инвалидов характерен высокий уровень стоматологической заболеваемости и потребности в лечении. Неудовлетворительное качество оказания стоматологической помощи таким детям обусловлено не только особенностями патогенеза основного заболевания, но и отсутствием стройной системы организации стоматологической и лечебно-профилактической помощи данной категории детей.

**Объектом** дипломной работы являются дети с ограниченными возможностями, **предметом** – возможность применения программ льготного стоматологического обслуживания детей с ограниченными возможностями.

**Цель** работы – изучить возможность применения зарубежных программ льготного стоматологического обслуживания детей с ограниченными возможностями.

**Задачи**: 1). изучить теоретические аспекты социальной помощи детям с ограниченными возможностями;

 2). изучить зарубежный опыт социально-медицинской помощи детям с ограниченными возможностями;

3) зарубежные программы льготного стоматологического обслуживания детей с ограниченными возможностями;

 4). изучить возможности применения данных программ на территории Российской Федерации.

**1. ДЕТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ КАК ОБЪЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ**

**1.1 Характеристикам детей с ограниченными возможностями**

По исследованиям американских ученых, *неполноценные дети*есть в каждой седьмой семье: дети, имеющие от родимого пятна на лице до функциональных недостатков, слепоты, глухоты, замедленного умственного развития.

*Характеристика детей с ограниченными возможностями.*

Существует довольно много классификаций по различным основаниям для людей, имеющих отклонения в здоровье и развитии. В 1980 г. Всемирная организация здравоохранения приняла британский вариант трехзвенной шкалы ограниченных возможностей:

* *недуг* — любая утрата или аномалия психических либо физиологических функций, элементов анатомической структуры, затрудняющая какую-либо деятельность;
* *ограниченная возможность* — любые ограничения или потеря способности (вследствие наличия дефекта) выполнять какую-либо деятельность в пределах того, что считается нормой для человека;
* *недееспособность (инвалидность)* — любое следствие дефекта или
ограниченная возможность конкретного человека, препятствующая или ограничивающая выполнение им какой-либо нормативной роли исходя из возрастных, половых или социальных факторов.

В проекте закона Российской Федерации о специальном образовании физические отклонения определяются исходя из возможностей обучения ребенка. Введено понятие, принятое в западных странах, — «лица с ограниченными возможностями здоровья». К ним относят детей, имеющих физический и (или) психический недостатки, которые препятствуют освоению образовательных стандартов без создания специальных условий для получения образования. Введено также понятие «недостаток», выделены виды недостатков - физические, психические, сложные и тяжелые.

К *физическим недостаткам* относят подтвержденные в установленном порядке временные или постоянные недостатки в развитии и (или) функционировании органа (органов) человека либо хроническое соматическое или инфекционное заболевание.

*Психический недостаток —* это утвержденный в установленном порядке временный или постоянный недостаток в психическом развитии человека, включая нарушения речи, эмоционально-волевой сферы, в том числе повреждения мозга, а также нарушения умственного развития, задержку психического развития, создающие трудности в обучении.

*Сложный недостаток* сочетает в себе физические и (или) психические недостатки, подтвержденные в установленном порядке.

*Тяжелый недостаток* — подтвержденный в установленном порядке физический или психический недостаток, выраженный в такой степени, что образование в соответствии с государственными образовательными стандартами является недоступным.

К отклонениям в физическом развитии ребенка могут быть отнесены болезнь, нарушения зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата.

Психические отклонения от нормы связаны с умственным развитием ребенка, его психическими недостатками.

К этой группе отклонений относятся *задержка психического развития* (ЗПР) ребенка и *умственная отсталость* детей, или олигофрения (от греч. *oligos —* малый и *phren* — ум). Умственная отсталость может быть обусловлена врожденными дефектами нервной системы или являться результатом болезни, травмы или другой причины. У детей может проявляться различная степень выраженности умственной отсталости: от легкой (дебильности) до глубокой (идиотии).

К психическим отклонениям относятся также *нарушения речи*разной степени сложности: от нарушения произношения и заикания до сложных дефектов с нарушениями чтения и письма.

Для школьного социального педагога важно выяснить отношения ребенка и родителей, а также реагирование взрослых членов семьи на степень неполноценности ребенка. Для одних родителей пятно на лице — трагедия, для других — тяжелое осознание того, что ребенок с ограниченными возможностями будет всю жизнь беспомощным.

Здесь необходима чуткость социального педагога, сегодня семья переживает огромные трудности, но если ко всем социальным и экономическим бедам добавляется и больной ребенок — это сверхтяжелое испытание для родителей.

Чаще всего в такой семье мать или отец работать не могут. Это вызывает трагедию, родители разводятся, кончают жизнь самоубийством, становятся алкоголиками.

Кроме помощи ребенку, *социальный педагог обращает свое внимание на родителей. Им зачастую нужна помощь нисколько не меньше, чем больному ребенку.*

Нужно убедить родителей искать выход из горя и озлобления, найти положительные черты у ребенка и направить все силы на их развитие. Нужно найти пути и возможности ухода за больным ребенком, его воспитания и обучения. Важно при этом не стараться «нормализовать» ребенка, так как неудача приведет к трагедии.

Родителей следует связать с другими родителями, у которых также больной ребенок; это поможет им легче переносить свои тяготы, побороть чувство беспомощности и одиночества.

При работе с семьей, имеющей ребенка с ограниченными возможностями, школьному социальному педагогу необходимо учитывать следующие моменты:

* обеспечение педагогической направленности содержания,
форм, методов, используемых в ходе работы;
* изучение медико-психолого-педагогических условий, влияющих на личность ребенка с ограниченными возможностями, его интересов, потребностей;
* организация социально-педагогической деятельности в социуме, различных видов сотрудничества детей с ограниченными возможностями и взрослых;
* представление и защита интересов детей с ограниченными возможностями, их семей во взаимоотношениях с различными общественными инстанциями и структурами;
1. Старайтесь вовремя уловить изменения в ребенке. Они могут
выражаться в неординарных вопросах или в поведении и являться
признаком одаренности.
2. Уважайте в ребенке индивидуальность. Не стремитесь проецировать на него собственные интересы и увлечения. Развивайте в своих детях следующие качества:
* уверенность, базирующуюся на объективной самооценке;
* понимание достоинств и недостатков в себе самом и окружающих;
* интеллектуальную любознательность и готовность к исследовательскому риску;
* уважение к доброте, честности, дружелюбию, сопереживанию, терпению, душевному мужеству;
* привычку опираться на собственные силы и готовность нести
ответственность за свои поступки;
* умение находить общий язык и радость в общении с людьми
всех возрастов.

**1.2 Нормативно-правовая база социальной защиты детей-инвалидов**

До 1980 года детей-инвалидов в России официально вообще не существовало. Только в 1979 году впервые был принят Перечень показаний, дающих право признать ребенка инвалидом. Он был несовершенным, но, наконец, было сказано, что дети-инвалиды в стране есть. И лишь в 1991 году введены в действие "Медицинские показания, при которых ребенок в возрасте до 16 лет признается инвалидом". Перечень заболеваний, дающих право на инвалидность, в нем значительно расширен. С выходом этого документа в стане начала создаваться система социально-педагогического обслуживания и социальной защиты детей-инвалидов и семей, воспитывающих их.

В ноябре 1999 года исполнилось десять лет Конвенции о правах ребенка - документу Международного Правового стандарта, в котором содержатся требования по защите прав и интересов детей, обеспечению их активного участия в жизни общества.

Конвенция о правах ребенка была ратифицирована Верховным Советом СССР в июне 1990 года и в сентябре того же года вступила в силу в Российской Федерации.

Нельзя не отметить, что еще до принятия Конвенции законодательство Советского Союза и России, как республики в составе, во многом соответствовало ее положениям. Прежде всего, это касалось социального обеспечения детей.

Переход страны на путь рыночной экономики потребовал нового взгляда на нормы Конвенции и их реализацию в условиях уже современной России, что выразилось как в развитии законодательства в интересах детей, так и в действиях по его обеспечению. Делается многое для сохранения доступных в ряде сфер результатов, а также для смягчения влияния кризисных явлений в обществе и экономике на их положение.

Но, вместе с тем, состояние социально-правовой защиты детства, на сегодняшний день, нуждается в доработке. [3, с. 16] [16, с. 21]

Так остаются невыполненными существенные требования ряда статей Конвенции ООН о правах ребенка. Например, ст. 27 – о праве **каждого** ребенка на уровень, необходимый для физического, умственного, духовного и нравственного развития. Принятые нормативные акты о социальной помощи, не оказывают поддержки многим семьям с детьми и детям.

Нельзя считать выполненным и требование ст. 24 Конвенции об охране здоровья детей - о предоставлении каждому ребенку права на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановление здоровья, обеспечение доступа к этим услугам. Подобная гарантия не предусмотрена нашим законодательством.

Основным законодательным актом, регулирующим область социального обслуживания в России, является Федеральный Закон "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации".

Закон принят Государственной Думой 15 ноября 1995 года. Настоящий Федеральный Закон, в соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами Международного права, устанавливает основы правового регулирования в области социального обслуживания населения в Российской Федерации.

В настоящее время приоритетное развитие получили реабилитационные центры для детей и подростков с ограниченными возможностями, центры для несовершеннолетних, социальные приюты для детей и подростков. Для обеспечения их работы в новых условиях, Минтрудом России разработан законопроект "Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации". [39, с. 4]

Предполагается, что новый закон обеспечит семьям и детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, право на получение гарантированных государством социальных услуг, необходимых для преодоления этой ситуации.

Основным законодательным документом, регулирующим область социальной защиты инвалидов, является Федеральный Закон Российской Федерации "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации". Закон принят Государственной Думой 20 июля 1995 года, одобрен Советом Федерации 15 ноября 1995 года. Этот закон стал в истории страны документом, соответствующим мировым стандартам. Закон был принят с большим трудом, преодолевая различные вето, понимая, что финансирование пойдет туго. Но все же приняли, а значит, признали: есть в обществе такая категория людей, как инвалиды, и она нуждается в особой защите со стороны государства.

Статья 1 данного закона дает определение понятия инвалид. Инвалидомпризнается лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Социальная защита инвалидов - это система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества. [1, с. 5]

Согласно статьи 9 Федерального Закона, реабилитация инвалидов - это система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

В законе четко оговорены гарантированные государством льготы, такие как: обеспечение инвалидов жилой площадью, обеспечение занятости инвалидов, рассмотрены льготы в области образования и воспитания, санаторно-курортное лечение инвалидов, транспортное обслуживание и другие.

Образовательные учреждения, органы социальной защиты населения, учреждения связи, информации, физической культуры и спорта обеспечивают непрерывность воспитания и образования, социально-бытовую адаптацию детей-инвалидов. Образовательные учреждения совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей-инвалидов, получение инвалидами среднего общего образования, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. [1, с. 15]

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 1992 года №543 "О первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы", разработана и действует Президентская программа "Дети России", а в рамках ее Федеральная целевая программа "Дети - инвалиды", государственным заказчиком которой является Минсоцзащиты России. Задачами программы являются:

- повышение эффективности профилактики детской инвалидности;

- оснащение учреждений реабилитации для детей-инвалидов, детских домов-интернатов средствами реабилитации, укрепление их материально-технической базы;

- строительство домов-интернатов и реабилитационных центров для детей;

- научно-методическое и информационное обеспечение решения проблем детской инвалидности;

- проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по созданию технических изделий для детей с отклонениями в развитии;

- организация подготовки и повышения квалификации кадров, работающих с детьми-инвалидами;

- проведение оздоровительно-физкультурной работы и культурно-массовых мероприятий с детьми-инвалидами.

Основной целью программы является формирование основ комплексного решения проблем детей с отклонениями в развитии. Создание условий для их полноценной жизни.

В России сложился механизм формирования и реализации государственной социальной политики в области защиты и реализации прав и интересов детей, обеспечения их выживания и развития на национальном уровне. И в исполнительной, и в законодательной структуре существует немало структур, призванных отслеживать и координировать работы, связанную с исполнением Конвенции.

Важным результатом процесса демократизации последних лет стало развитие взаимодействия государственных органов власти с общественными организациями. Именно, "активное" последних, способствовало принятию Федерального Закона "О благотворительной деятельности". В настоящее время в Минюсте зарегистрировано более 90 организаций, основная деятельность которых связана с решением проблем детей-инвалидов. Около двух десятков из них имеет Международный статус. Расширяется практика участия этих организаций в реализации Федеральных и Региональных целевых программ в интересах детей, в разработке проектов законодательных актов, в развитии социальных услуг, медико-социальной реабилитации детей-инвалидов, организация летнего отдыха и т.д.

На основании Федерального Закона "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", в целях усиления государственной поддержки инвалидов, разработана окружная программа "Социальная поддержка инвалидов Ханты-Мансийского автономного округа на 2000-2003 годы", которая включает комплекс мероприятий по созданию службы медико-социальной реабилитации и интеграции инвалидов в общество. Государственным заказчиком программы является Управление социальной защиты населения Администрации Ханты - Мансийского автономного округа. Программа утверждена Думой Ханты-Мансийского автономного округа 3 ноября 1999 года.

Настоящая программа должна способствовать созданию единого социального пространства для инвалидов, детей-инвалидов, дополнительных условий для обеспечения уклада, качества и уровня жизни инвалидов. Реализация мероприятий, предусмотренных программой, позволит:

- способствовать установлению приоритетов социальной политики с учетом потребностей инвалидов, нуждающихся в особой социальной поддержке со стороны государства;

- обеспечить системный подход к решению проблем инвалидов и способствовать достижению позитивных результатов в развитии государственных систем, направленных на социальную защищенность инвалидов;

- смягчить социально-экономические последствия переходного периода экономики для инвалидов и для семей, имеющих детей-инвалидов, в первую очередь, за счет совершенствования предоставления помощи и услуг учреждениями социальной сферы;

- привлечь дополнительное внимание общества к проблемам инвалидов и способствовать преодолению стереотипа негативного восприятия инвалидности людьми всех возрастов;

- внести достойный вклад в подготовку к проведению Российской Федерацией ежегодного Международного для инвалидов.

Постановлением Главы Муниципального образования "Советский район" утверждена районная программа "Социальной защиты инвалидов". Основная цель программы - повышение жизненного уровня инвалидов и семей, воспитывающих детей-инвалидов. В программе указан перечень льгот и компенсаций для инвалидов района.

Имеется целый ряд других нормативных актов в основах законодательства социальной защиты инвалидов в области социальных выплат, медицинского обслуживания, социальной реабилитации, образования, области занятости, жилищной, налоговой и др.

Следует сделать вывод, что принятие нормативных актов, по защите инвалидов, на различных уровнях власти, от Федерального до местного, свидетельствует о том, что государственные структуры и общество в целом признали, что существует проблема инвалидности, решение которой является приоритетным направлением как области социальной защиты населения, так и государства в целом.

**1.3 Социально-медицинская помощь**

Из-за финансовых трудностей система государственного здравоохранения уже не в состоянии выполнять в полном объеме те функции, которые выполняла ранее, уже «не доходит» до своей клиентуры, все больше скатываясь к пассивному ожиданию ее обращений. Уменьшается объем бесплатных услуг, ограничивается доступность этого вида медицинской помощи. В то же время растет число заболевших «старыми» болезнями (туберкулез, дифтерия, венерические болезни и др.), появились новые (СПИД, наркомания, экзотические завозные инфекции). В таких условиях обеспечить неимущее население необходимым минимумом медицинских услуг — задача социальных работников. Таким образом, социально-медицинские услуги — это спасительный мостик, компромисс между медицинскими и социальными службами. [3, С. 115]

Отказ от общественной системы, где главным лозунгом был «Человек человеку— друг, товарищ и брат», и переход к системе накопительства и потребительского отношения к жизни повысили риск скатывания общества к эгоизму, самоизоляции, деморализации, бездуховности. Одиночество и духовная разъединенность — еще одна угроза неимущим гражданам. На фоне нищеты невнимание окружающих воспринимается особенно болезненно, ведет к депрессии — вплоть до самоубийства. В капиталистических странах экономического благоденствия это явление не изжито по сей день. В Дании, например, — стране, наиболее благополучной в мире по качеству жизни, — ежегодный уровень самоубийств составляет 28 случаев на 100 тыс. жителей. Это второе место в мире после Венгрии (44 на 100 тыс.), затем идут Швеция (18,5) и Норвегия (15,5). [3, С. 100]

Психопрофилактика депрессивных состояний тоже относится к сфере социально-медицинских услуг.

В таких условиях подготовка кадров социально-медицинского сервиса имеет огромное значение. Ведь образ жизни (прежде всего быт, его условия) формирует 50% здоровья человека (данные ВОЗ). Доля остальных факторов — генетической наследственности, экологии и т. д. — лишь 5 — 15%. [1, С. 121]

В нашей стране уже начата подготовка социальных работников с медицинским профилем, что соответствует специализациям: «Социально-медицинские технологии работы с населением», «Трудотерапия и реабилитация», «Клиническая психология» и др. Примечательно, что эту профессию выбирают лица гуманного склада, чья сердобольность и чуткость необходимы для будущей работы. Они учатся, четко осознавая, что эта работа не сулит им сверхприбылей и богатства.

Бакалавры и специалисты социальной медицины будут оказывать социально-медицинскую помощь населению, т. е. они являются организаторами-консультантами, менеджерами социально-медицинской защиты пенсионеров, безработных, хронически больных людей, одиноких, многодетных, сирот, инвалидов, лиц, пристрастившихся к алкоголю и наркотикам, а также всех тех, кто попал в кризисную ситуацию экономического, социального или медицинского характера и чей доступ к медицине стал ограниченным. Их конкретные функции весьма многочисленны:

* изучение условий жизни курируемого населения, выявление
участков с неполным набором медицинских услуг, а также групп
риска, связанного с повышением заболеваемости и социальной напряженности, установление масштабов необходимой для этих групп социальной и медицинской помощи, обеспечение реализации этих масштабов, выявление и восстановление утраченных социальных контактов между обществом и лицами, оказавшимися вне его;
* помощь в поиске места в жизни, поддержка усилий социального плана, направленных на улучшение качества жизни;
* предотвращение социальной и психической напряженности, профилактика психических срывов, приступов психических и соматических заболеваний;
* обеспечение здорового досуга, семейного отдыха, формирование здорового образа жизни у детей и подростков;
* профилактика травматизма, а при необходимости — оказание
первой и неотложной помощи пострадавшим и больным на месте происшествия или при приступе болезни;
* содействие в медицинском страховании подопечных, в обеспечении лекарствами, протезами, бытовыми удобствами, общим уходом за больными и предметами этого ухода, отвлекающими средствами и мерами;
* обучение семей правилам и навыкам ухода за больными, престарелыми, детьми;
* организация правовой защиты курируемых слоев населения, контроль пенсионного и материального обеспечения;
* противостояние процессам дегуманизации и деморализации
общества, участие в политической жизни района (в той ее части, которая касается профессиональных задач), в социальном планировании застройки и организационных мероприятий обслуживаемого района;
* применение санитарно-гигиенических мер оздоровления территориальных, жилищных и экологических условий района в контакте с санэпидемслужбой, ЖРЭУ и т.д.;
* постановка перед органами медицинской службы, правоохранительных служб, местными властями, общественными организациями организационных вопросов по обеспечению медицинского и социального благополучия курируемых групп населения, выступление в средствах массовой информации по проблемам своей работы.

Естественно, что эти многочисленные функции — дело не одного человека, а всех сотрудников соответствующих служб.

Многие из перечисленных функций требуют творческого подхода к их решению. Здесь большой простор для находчивых, ищущих новые формы работы специалистов.

**Медико-социальная экспертиза**

Особое место в практике социальной работы занимает медико-социальная экспертиза. Существовавшая ранее в нашей стране система врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭК) была направлена преимущественно на оценку трудоспособности человека и не обеспечивала выявление ограничений других сфер жизнедеятельности, установление их социальных последствий и определение способов преодоления инвалидом нарушенных взаимоотношений с социальной средой. В соответствии с законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995) было предусмотрено формирование новой государственной службы медико-социальной экспертизы, владеющей методологией оценки основных ограничений жизнедеятельности, выявления связанных с этим потребностей инвалида и определения мер его социальной защиты. В связи с этим со второй половины 1990-х гг. врачебно-трудовая экспертиза стала трансформироваться в медико-социальную.

На территории субъектов Российской Федерации были созданы учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы первичного уровня — бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ), а также учреждения высшего уровня — главное бюро медико-социальной экспертизы субъекта Российской Федерации. Бюро медико-социальной экспертизы создавались из расчета одно бюро на 70—90 тысяч человек при условии освидетельствования в год 1800—2000 человек. [5, С. 120]

В настоящее время в основном завершилось формирование государственной службы медико-социальной экспертизы. Сейчас в стране функционирует свыше 1600 бюро медико-социальной экспертизы и около 300 составов главного бюро медико-социальной экспертизы. Главные бюро создавались по постановлению глав администраций областей, краев и республик, находящихся в составе страны. Причем в каждом субъекте Российской Федерации создавалось несколько составов главного бюро, включая специализированные составы: педиатрические, психиатрические и др. Например, в Ростовской области в 2000 году функционировало 12 составов главного бюро медико-социальной экспертизы, а всего 77 бюро медико-социальной экспертизы. В Краснодарском крае соответственно: 5 составов главного бюро, а всего 57 бюро медико-социальной экспертизы. [5, С. 120]

По закону на государственную службу медико-социальной экспертизы возложены следующие задачи: определение группы инвалидности, ее причин, сроков, времени наступления инвалидности, потребности инвалидов в различных видах социальной защиты; разработка индивидуальных программ реабилитации инвалидов; контроль за реализацией мер социальной защиты, включая меры реабилитации, и оценка их эффективности; оказание содействия инвалидам в получении необходимых мер социальной защиты, включая реабилитацию; изучение состояния, динамики инвалидности населения и факторов, приводящих к инвалидности; участие в разработке комплексных программ по профилактике инвалидности, медико-социальной реабилитации и социальной защите инвалидов; определение причины смерти инвалида в случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается предоставление льгот семье умершего.

В индивидуальной программе реабилитации инвалида определяются виды, формы, сроки, объемы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации с указанием исполнителя программы. Специалисты бюро медико-социальной экспертизы не только разрабатывают, но и отслеживают реализацию этих программ. С каждым годом увеличивается численность индивидуальных программ реабилитации.

Переход к индивидуальной программе реабилитации инвалидов, которая является юридическим документом, расширил возможности в оказании системной реабилитационной помощи нуждающимся гражданам. Индивидуальная программа реабилитации, содержащая рекомендации по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации инвалида, заключение экспертов, является фактически договором между инвалидом и государством. А это позволяет перейти к целевому расходованию средств и оценке эффективности их вложений.

В штат бюро медико-социальной экспертизы наряду с тремя врачами различных специальностей, специалиста по реабилитации, психолога входит и специалист по социальной работе. При необходимости в состав бюро могут войти педиатры, специалисты по функциональной диагностике, по профориентации, по правовым вопросам, по физиологии труда, по техническим средствам реабилитации и другие. Направлять заявку на освидетельствование в учреждения медико-социальной экспертизы теперь могут не только лечебно-профилактические учреждения и органы социальной защиты населения, но и сами граждане, испытывающие затруднения в выполнении бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Они сейчас вправе обращаться напрямую в БМСЭ. Граждане или их законные представители также могут привлекать для участия в проведении медико-социальной экспертизы любого другого специалиста за счет собственных средств. [5, С. 128]

Первый опыт функционирования службы медико-социальной экспертизы выявил определенные проблемы. Так, во многих учреждениях базовые помещения, где располагаются БМСЭ, не удовлетворяют потребностям и не соответствуют тем нормативам, которые к ним предъявляются. Затруднения испытывают отдельные городские, межрайонные и районные БМСЭ в вопросе обеспечения транспортом, который необходим для проведения выездных заседаний. Все еще не хватает подготовленных кадров. Касается это не только специалистов по реабилитации и социальной работе, но и врачей, имеющих экспертную подготовку. В результате многие службы БМСЭ только в последние несколько лет активно приступили к разработке индивидуальных программ реабилитации инвалидов, занимаясь до этого в основном освидетельствованием больных. Уже приводились данные по Ростовской области за 1998 г., когда по всей области было разработано лишь 1,8 тыс. индивидуальных программ реабилитации инвалидов. В Краснодарском крае за весь 1999 г. было разработано 1,2 тыс. таких программ. Подобная тенденция была характерна для большинства регионов нашей страны. Перелом к лучшему здесь наступил в последние три года. [5, С. 128]

Нуждаются в корректировке отдельные нормативные положения, касающиеся деятельности учреждений медико-социальной экспертизы. В частности, следовало бы отказаться от практики обязательного ежегодного освидетельствования для некоторых категорий инвалидов, например с ампутацией рук, ног и др. Им нет необходимости каждый год подтверждать экспертным комиссиям свою группу инвалидности.

В целом же пока не приходится говорить о должной эффективности работы служб медико-социальной экспертизы и всей системы реабилитационной работы. В стране наблюдается увеличение количества инвалидов трудоспособного возраста и детей-инвалидов. Такая тенденция в связи с сохранением социально-экономического неблагополучия вряд ли изменится в ближайшие годы к лучшему. При этом показатели реабилитации инвалидов остаются на низком уровне и не превышают 2,8 % при повторном переосвидетельствовании, что свидетельствует о недостатках в осуществлении медицинской, профессиональной и социальной реабилитации. Российским правительством все еще не разработан порядок организации и деятельности Государственной службы реабилитации инвалидов, отсутствуют системный подход, последовательность, преемственность в организации и проведении реабилитации, не определен порядок взаимодействия учреждений различной ведомственной принадлежности.

Медико-социальный характер носит и деятельность клинико-экспертных комиссий (КЭК), функционирующих при лечебно-профилактических учреждениях. Они призваны обеспечивать рациональное трудоустройство больных с ограниченной трудоспособностью, не ставших инвалидами. Деятельность этих комиссий направлена на подготовку соответствующих трудовых рекомендаций. Больные могут быть временно, сроком до двух месяцев переведены на другую работу с выдачей доплатного или трудового больничного листа. Такое трудовое устройство производится при туберкулезе различной локализации и профессиональных заболеваниях, когда больные не могут продолжать работу по своей профессии без ущерба для состояния здоровья, но, не нарушая нормального хода лечения, способны выполнять какую-либо другую, нижеоплачиваемую работу.

**Социально-медицинская работа**

Социально-медицинская работа представляет собой одно из важных направлений в деятельности социальных учреждений и занимает особое место в практическом здравоохранении.

Увеличение доли пожилых и престарелых в структуре населения, числа больных хроническими заболеваниями, одиноких стариков с особенностями их образа жизни и вытекающими отсюда социальными проблемами выдвигает новые требования к оказанию социально-медицинской помощи. Пожилые и старые люди наряду с непосредственно медицинской помощью, обусловленной тем или иным хроническим заболеванием, не в меньшей степени нуждаются в мероприятиях социально-медицинской реабилитации.

Определить степень участия в трудовой деятельности вышедшего на пенсию пожилого человека, помочь ему адаптироваться к новым условиям, содействовать активному участию в определении режима питания, формированию адекватного образа жизни — это задачи медико-социального специалиста, вооруженного знаниями психофизиологических особенностей стареющего организма и в то же время информацией о возможностях медико-социальной службы.

В социально-медицинской защите нуждаются семьи, имеющие инвалидов и больных с тяжелыми хроническими заболеваниями, пострадавшие от радиоактивного загрязнения среды обитания, а также неполные, многодетные, опекунские, молодые, остронуждающиеся, получающие пенсию по потере кормильца и другие малообеспеченные семьи.

Защита и оказание различных видов социальной помощи, укрепление и развитие семьи, помощь в обеспечении благоприятных условий для выполнения семьей своих основных функций осуществляются в специальных центрах «Семья» или в отделениях медико-социальной помощи при территориальных лечебно-профилактических учреждениях.

Вопросы медицинской помощи решаются на уровне первичной медико-санитарной помощи, которая может быть оказана специалистом по медико-социальной работе высшего или среднего уровня совместно с семейным (участковым) врачом — врачом первичного контакта.

Медико-социальная помощь заключается в решении медицинских, социально-бытовых, психологических, юридических вопросов. Обеспечение инвалидов медикаментами, продуктами питания по льготным ценам, оформление и переоформление документов для направления больного на медико-социальную экспертизу при стойких ограничениях жизнедеятельности и трудоспособности также входят в круг обязанностей медико-социального работника. Больные с ограниченными возможностями должны быть трудоустроены с использованием различных форм организации труда (надомный труд, неполный трудовой день и т. д.).

В компетенцию медико-социального работника входят вопросы, связанные с нетрудоспособностью больных, направленных в санатории из больничных учреждений после хирургического заболевания или оперативного вмешательства, участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (1986—1987 гг.), инвалидов, пострадавших от радиационного воздействия, эвакуированных из населенных пунктов, подвергшихся радиоактивному загрязнению, и других категорий лиц. [12, С. 35]

Социальный работник медицинской ориентации должен курировать женщин после родов, особенно из неблагополучных семей. Молодые женщины в послеродовом периоде по различным причинам, часто социального характера, не обращают должного внимания на свое здоровье, что может способствовать развитию гинекологических заболеваний и отразиться на репродуктивной функции.

Рождение ребенка в неполной семье (внебрачный ребенок), рождение второго ребенка, прерывание беременности, продолжение учебы или ее прекращение ввиду опасности осложнения беременности — все эти вопросы входят в компетенцию социального работника и должны решаться как на приеме у медико-социального врача, так и при индивидуальной, патронажной работе в семье с участием консультантов психолого-педагогического и социально-правового профиля.

Своевременное выявление детей из неблагополучных, асоциальных семей, диспансерное наблюдение с момента рождения, направление в ясли, детский сад, при необходимости в санатории «Мать и дитя», туберкулезные санатории, школы для трудновоспитуемых или умственно отсталых позволяет избежать пагубных привычек (курение, алкоголизм, наркомания) и дает возможность внедрять в социальный жизненный процесс элементы здорового образа жизни.

Специалист медико-социального профиля формирует у населения определенные правила поведения, здоровые привычки, что способствует предупреждению хронических неинфекционных заболеваний, повторных обострений, прогрессирования уже имеющегося заболевания, развития осложнений и неблагоприятных исходов.

Медико-социальная работа, которую проводит социальный работник, — это реальное воплощение медико-социальной защиты населения. Она направлена на оказание конкретной помощи людям, в ней нуждающимся.

Служба медико-социальной помощи комплектуется специально подготовленными работниками, исходя из поставленных перед ней задач. Утверждение соответствующих должностей социальных работников с медицинской ориентацией в лечебно-профилактических учреждениях, их квалификационная характеристика, отлаживание системы подготовки кадров для работы в практическом здравоохранении — основы организации медико-социальной службы.

Для оказания полноценной медико-социальной помощи населению необходима трехуровневая система, предусматривающая работу специалистов с высшим, средним специальным образованием и персонала, добровольно помогающего ухаживать за престарелыми, одинокими, инвалидами, тяжелыми хроническими больными. Комплексный подход к оказанию медико-социальной помощи предусматривает одновременное участие специалистов всех трех уровней.

В компетенцию специалиста *высшего уровня* (социальный работник с высшим образованием — социально ориентированный врач) входит получение полной информации о социальном положении населения, создание банка данных— социальной карты региона.

К банку данных предъявляются определенные требования. В нем должны быть сведения не только об общей численности обслуживаемого населения, но и о количестве проживающих на данной территории семей. Из общего числа семей необходимо выделить неполные семьи, многодетные, малообеспеченные, семьи, имеющие в своем составе инвалида, наркологического больного, ребенка-инвалида с детства.

Для успешной социальной работы специалиста медико-социальной направленности очень важно определить социально-экономическую обстановку региона: его криминогенность, уровень заболеваемости социально опасными болезнями (заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП), дифтерия, туберкулез и др.).

Социальный работник медицинского направления с высшим образованием составляет и внедряет программы медико-социальной помощи населению обслуживаемого региона, отлаживает системы взаимодействия с медицинскими работниками лечебно-профилактических учреждений, координирует деятельность медико-социальной службы со смежными вневедомственными организациями (педагоги, психологи, юристы и др.), направляет и контролирует проведение социальных мероприятий работниками среднего звена, решает другие организационные вопросы.

Основными функциями медико-социального работника *среднего звена* является непосредственная патронажная работа с семьями по реализации конкретных услуг: оказание первичной медико-санитарной помощи инвалидам, одиноким, больным хроническими заболеваниями; содействие в обеспечении медикаментами, перевязочными и гигиеническими средствами, продуктами питания через специальные магазины по льготным ценам; организация консультативной помощи правоведов, психологов, педагогов; санитарно-просветительная работа и обучение само- и взаимопомощи; выявление и пресечение аномальных явлений в семье; формирование здорового образа жизни у детей и подростков; осуществление социально-бытовой помощи одиноким престарелым и инвалидам; выявление нуждающихся в ортопедической технике, протезах.

Социально-медицинская работа *третьего уровня* выполняется добровольцами: лицами из числа верующих, представителями Общества Красного Креста и других организаций, которые по убеждению или из чувства сострадания и сочувствия оказывают непосредственную посильную физическую, моральную, психологическую помощь людям, нуждающимся в посторонней помощи (сиделки у тяжелобольных, одиноких людей, сопровождающие слепых, инвалидов и т. д.).

Через социального работника третьего уровня может осуществляться связь медико-социальных работников поликлиники с добровольными организациями, оказывающими помощь в социальной работе (возрождение благотворительности и милосердия, создание соответствующих добровольных структур).

Одной из рациональных форм организации социальной помощи населению являются **отделения медико-социальной помощи,** создаваемые при территориальных поликлиниках. Формирование медико-социальных структур на базе лечебно-профилактических учреждений целесообразно по многим причинам и обусловлено прежде всего тем, что общественное здоровье зависит от решения как медицинских, так и социальных проблем.

При комплексном подходе к изучению здоровья не вызывает сомнения, что медико-социальная защита населения может быть достигнута совместными усилиями медицинских и социальных работников, организационно объединенных в единую межведомственную систему по охране здоровья.

Медико-социальная защита населения включает, например, такие направления деятельности, как первичная медико-санитарная помощь и реабилитация больных хроническими заболеваниями со стойкой утратой трудоспособности, оказание медицинских услуг по уходу за престарелыми, инвалидами, решение социально-бытовых, юридических, воспитательных, психологических и ряда других проблем, выполнение которых невозможно без медицинской подготовки социальных работников.

Социальный работник медицинского профиля (бакалавр, специалист, магистр), владея знаниями не только в области медицины, но и таких дисциплин, как психология, педагогика, социальная зашита, право, обеспечивает (путем координации деятельности всех служб) медико-социальную помощь и защиту отдельных лиц, семей и населения в целом.

Залог успеха медико-социального работника учреждения здравоохранения в том, что в своей профессиональной деятельности по социальной защите и поддержке населения он не ограничивается задачами и возможностями одного ведомства, а руководствуется одновременно медицинскими и социальными нормативными требованиями как основополагающей базой, способствующей сохранению и укреплению здоровья.

Медицинский социальный работник, находящийся в структуре медицинского учреждения, высвобождает лечащего врача от непрофильной работы: приема больных, обращающихся для решения медико-социальных вопросов (оформление справок, медицинских карт, выписывание рецептов лекарственных препаратов по социальным показаниям и т. д.). [12, С.38]

Медико-социальный работник находит применение своим знаниям и умениям в таких структурах, как дневной стационар при поликлиниках, стационар на дому для наблюдения за больными после так называемой «ранней» выписки из хирургического стационара, как отделения для долечивания, реабилитационные центры, медицинские учреждения медико-социального обеспечения и др.

Структуризация медицинских кадров требует строгой дифференциации труда медицинских работников по степени занятости при оказании специализированной лечебной помощи. Этому способствует и перераспределение больничных коек в зависимости от характера проводимых лечебно-диагностических манипуляций и объема лечебного вмешательства. В этих условиях меняются взаимоотношения медицинских работников и открываются большие перспективы для деятельности медицинского социального работника.

Акцент в работе отделения медико-социальной помощи делается на изучении особенностей жизнедеятельности населения территориального участка, и на основе анализа полученных данных проводятся соответствующие мероприятия.

Приоритетным направлением практической работы медико-социального территориального отделения следует считать формирование и развитие полноценной семьи, в первую очередь молодой семьи. С этих позиций правомерно создание медико-социальной службы поддержки семьи а составе отделения медико-социальной помощи при поликлиниках, что методологически подготовлено пересмотром основных положений оказания первичной медико-санитарной помощи населению.

Медико-социальные и медицинские работники, объединенные на базе лечебно-профилактического учреждения, обеспечивают не только своевременное выявление нуждающихся в помощи, но и предоставляют рациональный объем всех необходимых медико-социальных услуг. Медицинский социальный работник выступает в этом случае как доверенное лицо населения своего участка и практически, конкретно, поадресно, с учетом индивидуальных особенностей реализует программу сохранения и укрепления здоровья своих пациентов.

К основным видам деятельности территориального отделения медико-социальной помощи относятся обеспечение первичной, вторичной и третичной профилактики заболеваний путем предупреждения аномальных явлений в семье и у подростков, просветительная работа по гигиеническому воспитанию населения, обучение само- и взаимопомощи, медико-социальная помощь престарелым и неоперабельным больным.

В своей работе социальный работник руководствуется как запросами самого населения, так и целесообразностью и полезностью их осуществления в конкретных условиях.

Медико-социальные услуги должны быть несложными в организации, доступными для всех слоев населения и социально гарантированными по объему и качеству. Немаловажно заинтересовать и вовлечь само население в проведение социальных программ, а также обеспечить участие в их реализации представителей добровольных и благотворительных организаций, фондов, ассоциаций, служителей церкви.

Важным направлением работы отделений медико-социальной помощи следует считать создание благоприятных условий и реальных возможностей для поддержания здоровья и благополучия тех, кто временно оказался в затруднительном положении экономического или социального характера (предоставление рабочих мест, организация производства на дому и т. д.).

Нормативная нагрузка медико-социального работника первого уровня рассчитывается исходя из общей численности обслуживаемого населения. Следует, однако, иметь в виду, что критериями оценки работы может служить не столько общая численность населения, проживающего на участке, сколько количество конкретных семей, более того, неполных семей, семей, имеющих инвалидов, наркологических больных, т. е. семей высокого социального риска. Работа с таким контингентом населения очень сложна, требует настойчивости, усердия, психологического напряжения. Эти факторы, несомненно, усложняют работу социального работника и должны учитываться при определении ежедневной нагрузки.

В то же время расчет нагрузки по количеству проживающих семей в чистом виде применяться не должен, так как это чревато негативными последствиями. Необходимость констатации неизменного числа неблагополучных семей на участке (с целью сохранения прежней нагрузки) не будет способствовать их уменьшению или изменению социальной напряженности другим путем.

Медико-социальный работник второго уровня выполняет непосредственную патронажную работу в семьях, оказывая практические медико-социальные услуги, поэтому его нагрузка зависит от конкретной деятельности с отдельными пациентами, семьей или коллективом. Нагрузку в этом случае рассчитывают исходя из количества обслуживаемых пациентов (престарелые, одинокие, инвалиды, дети-сироты и т.д.), их жилищных условий, количества семей высокого социального риска, криминогенности обстановки района обслуживания. [5, С. 128]

Нагрузка социально-медицинского работника третьего уровня определяется гражданской ответственностью лиц, добровольно изъявивших желание в свободное от работы время помогать нуждающимся. Работа добровольных организаций по предоставлению социальных услуг рассматривается как пример милосердия, крайне важный для общества.

В оказании социальной помощи населению значительная роль отводится медицинскому социальному работнику. Дальнейший поиск приемлемых вариантов сотрудничества медицинских и социальных работников будет способствовать комплексной реализации программы оказания медико-социальных услуг населению.

В России сложился механизм формирования и реализации государственной социальной политики в области защиты и реализации прав и интересов детей, обеспечения их выживания и развития на национальном уровне. И в исполнительной, и в законодательной структуре существует немало структур, призванных отслеживать и координировать работы, связанную с исполнением Конвенции.

**2. ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

**2.1 Особенности организации медицинского страхования в зарубежных странах**

*Особенности организации медицинского страхования в США*

Страховая медицина в США значительно отличается от западно-европейской. Конституция США не предусматривает государственного обеспечения медицинской помощью всех граждан, кроме социально незащищенных слоев населения. Не существует в США и единой национальной системы медицинского страхования, в то же время на здравоохранение расходуется в 1,5 - 2 раза больше, чем в западно-европейских странах. Более того, расходы на здравоохранение в США стремительно растут : в 1980 году - 247,2 млрд.долларов, в 1995 году - 1.04 трлн. долларов, в 4 раза больше; 75% работающих страхуют работодатели в частных страховых компаниях. Государственные программы медицинского страхования охватывают престарелых, инвалидов и бедных; 74% американцев имеют частную страховку, в том числе 61% коллективные страховки работодателей, 13% покупают индивидуальную страховку, государственную страховку имеют 27% населения, из них 13% страхует «Медикэр» (для медицинской помощи пожилым людям после 65 лет), 10% - «Медикейд» (для помощи безработным, неимущим и инвалидам) и 4% ветеранов армии.

Большинство американцев пользуются услугами частных страховых компаний и выбирают одну из схем страхования: *схему**возмещения,* известную под названием «плата за услугу», или *схему регулируемого предоставления медицинских услуг.* При первой схеме страховая компания возмещает 80% расходов. 20% платит держатель страховки. Вторая схема построена по принципу профилактической философии, подчеркивая важность поддержания здоровья в хорошем состоянии. При второй схеме, в отличие от первой, возмещаются расходы, связанные с профосмотрами, иммунизацией, лечением, направленные на лечение алкоголизма и наркомании. Вторая схема начинает доминировать над первой, тем более, что величина соплатежа меньше (10 долларов). Введение соплатежей стало стандартом в США, поскольку считается, что до тех пор, пока пациенты не начнут платить хотя бы какие-то деньги за услуги, которые они получают, они мало ценят эти службы.

В медицинском страховании Канады доминирует система сберегательных счетов медицинского страхования (СССМС), что позволяет снизить расходы как работодателя, так и работника в среднем на 20%. Сберегательные счета формируются из отчислений работодателей и принадлежат работнику, неизрасходованные на лечение средства накапливаются на его счете. Работники инвестируют эти средства, а проценты используют для оплаты более дорогих услуг. Это дает, с одной стороны, возможность капитализации средств рынка медицинских услуг; с другой стороны, эта система сразу привлекает внимание потребителей медицинских услуг, дает им уверенность в том, что эти отчисления - их собственность. Однако в этой системе есть изъян: если пациенту понадобится очень дорогостоящее лечение, для его оплаты накопительного счета просто не хватит. В то же время государство осуществляет дополнительные страховые платежи - от полного до частичного страхования считается, так как заинтересованное участие пациента устраняет излишние затраты.

Канада расходует на здравоохранение 9,5% от ВВП, что в среднем составляет 2500 долларов на человека. Как показал опрос, большинство канадцев рассматривают идею СССМС как рациональную (72%) и как возможность выбирать услуги, соответствующие потребностям (67%), и как средство повышения ответственности медицинских работников (55%).

*Модель добровольного контракта* предусматривает то, что взаимоотношения страховщиков и медицинских учреждений строятся на основании договоров. Пациенты имеют право получить медицинскую помощь только в тех учреждениях, с которыми у страховщика договор. По существу, такая система является прообразом американских организаций по поддержанию здоровья, которые начали активно развиваться в США в 70-е гг. и очень распространены сегодня.

В этой модели страховщики активно конкурируют между собой, привлекают наиболее эффективные медицинские учреждения, которые также конкурируют между собой за право работать со страховщиками. При этом страховщики следят за пациентами и врачами, чтобы ограничить объемы оказываемой медицинской помощи с целью достижения экономической эффективности. Обычно в таких моделях пациент, прежде чем попасть на любой уровень оказания медицинской помощи, должен проконсультировать и получить направление от своего лечащего врача амбулаторного уровня. Последний принцип используется также и в английской системе здравоохранения.

Недостаток этой модели проявляется в ограничении прав пациентов, возможности несправедливого отношения к некоторым клиентам и несоблюдении принципов общественной солидарности. Это, а также нежелание врачей иметь жестких контролеров между собой являются причиной малой распространенности этой модели.

*Добровольная интегрированная модель* основана на соединении в одну организацию страховщиков и медицинских учреждений. Страховщики обнаружили, что им выгоднее не заключать договоры с медицинскими учреждениями, а нанимать врачей на работу и платить им зарплату, предоставляя соответствующие помещения, в т.ч. больничные. Эта модель получила широкое распространение в США в виде различных модификаций организации поддержания здоровья.

В рамках этой модели каждый человек имеет возможность выбрать конкурирующего страховщика на основании решения об оптимальном соотношении величины страховых взносов и объема и качества предоставляемых медицинских услуг. Таким образом, потребитель может выбрать медицинское учреждение не напрямую, а опосредованно - через страховщика, поскольку клиент должен обращаться за помощью только в те учреждения или к тем врачам, которые предусмотрены программой страхования. При этом любое обращение должно быть санкционировано лечащим врачом амбулаторного звена.

Недостатки модели: отбор рисков страховщиками, зависимость от платежеспособности клиентов, несправедливость и неравенство для различных социальных групп населения. Именно поэтому данная модель не нашла распространения в европейских странах. *Модель государственного контракта* основана на государственной системе здравоохранения и предполагает оплату медицинской помощи, скорее, за счет общих налогов, нежели за счет специальных страховых взносов. Учреждения здравоохранения и фонды здравоохранения (даже если это страховые фонды) в этой модели практически не конкурируют. Покупателем медицинских услуг выступает государство, заключающее с медицинскими учреждениями соответствующие договоры. При этом нередко оплата работы учреждения зависит от ее объема и качества.

Недостаток модели заключается в том, что фонды здравоохранения является пассивными плательщиками расходов медицинских учреждений. Тем не менее свобода выбора пациентом учреждения стимулирует последних повышать эффективность и качество своей работы. Но пациент в этой модели не имеет возможности выбрать страховщика, так как он только один.

В результате решения проблемы обеспечения эффективности работы всей системы здравоохранения на макроуровне становится функцией государства. В связи с тем что эта модель обязательна для всех, она может стать хорошей основой для перехода к всеобщему обязательному медицинскому страхованию, обеспечивая равноправие и солидарность всех застрахованных.

В различных вариантах эта модель сейчас встречается в Германии, Нидерландах, Великобритании, Бельгии и ряде других стран.

История обязательного медицинского страхования в Германии начинает отсчет с 1983 года. Сегодня обязательное медицинское страхование входит в пакет, так называемого, «социального страхования». На сегодняшний день в Германии действует четыре вида социального страхования, а именно: пенсионное, медицинское, от безработицы и от несчастных случаев. Взносы на социальное страхование устанавливаются в процентах к фонду оплаты труда и составляют, в среднем, для пенсионного страхования - 18%, медицинского - 13%, от безработицы - 6%. Страхование от несчастных случаев на производстве осуществляет работодатель, и взнос зависит от степени риска. Взносы по пенсионному, медицинскому страхованию и страхованию от безработицы выплачиваются ( по данным, которыми мы располагаем) на 50% работодателем, на 50% работником. Взносы платятся при доходе больше 500 ОМ в месяц. Предельная сумма, с которой берутся взносы, 6000 ОМ в месяц. Социальное (обязательное) медицинское страхование предусматривает:

* диагностику и профилактику заболеваний;
* лечение в амбулаторных и стационарных условиях;
* снабжение лекарствами и вспомогательными средствами при амбулаторном и стационарном лечении;
* выплату пособий в связи с временной утратой трудоспособности (до 6 недель оплачивают работодатели)

• выплату пособий на прерывание беременности, по материнству, по смерти и т.д.

Взнос работающего обеспечивает страхование самого работающего и неработающих членов его семьи, при этом, неработающие члены семьи обязаны застраховаться в той же больничной кассе, в которой застраховался работающий. В обязательном страховании взнос не зависит от количества детей в семье. В структуре застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (по нашим данным это 92% населения) 44% составляют работающие , 27% - члены семьи, 21% - пенсионеры. Пенсионеры выплачивают 1/3 страхового взноса, а 2/3 выплачивает пенсионный фонд, который формируется из текущих поступлений на основании договора поколений (в отличие от США, где работающие формируют пенсионные фонды для себя).

Обязательное медицинское страхование (ОМС) осуществляют некоммерческие страховые организации – больничные кассы (БК). Это независимые организации, находящиеся на самоуправлении, структура которых определена законодательно. БК управляется собранием представителей, включающим 50% работодателей и 50% работников. Собрание представителей избирает Правление и Президента. Президент назначает управляющего. На местном уровне, для местных больничных касс, собрание представителей избирается из представителей владельцев и работников застрахованных предприятий. На федеральном уровне собрание представителей избирается для больничных касс, имеющих федеральное подчинение («эрзац-кассы»), Собрание представителей устанавливает размер страховых взносов. В зависимости от состава и дохода застрахованных разброс составляет от 9 до 15% от фонда оплаты труда. При этом, в наиболее невыгодном положении оказывается местная (территориальная) больничная касса, которая обязана застраховать всех. Остальные больничные кассы - это кассы для моряков, сельскохозяйственных работников, горняков. «Эрзац - кассы» отбирают застрахованных по профессиональному принципу. В настоящее время в Германии действует около 1200 больничных касс.

Работающий всегда страхуется лично. Так служащий может застраховаться либо в местной больничной кассе, либо в отделении «эрзац-кассы» (одновременно там же страхуются неработающие члены его семьи), и его предприятие будет переводить взносы по социальному страхованию в его больничную кассу (БК). БК осуществляют сбор всех взносов по социальному страхованию, перечисляя их потом в соответствующие фонды (пенсионный фонд и т.п.).

Нельзя не остановиться на частном медицинском страховании. Но хочется сразу отметить, что частное страхование дает преимущества только сервисного характера. Частным медицинским страхованием занимаются примерно 52 коммерческие страховые компании, в которых застраховано 7 млн. жителей, имеющих доход более 6000 ОМ в месяц (примерно 18% населения имеют доход более 6000 ОМ в месяц). Частное страхование построено на индивидуальном принципе - для каждого застрахованного рассчитывается степень риска, от которой зависит страховой взнос. В дальнейшем размер взноса не меняется. Застрахованный по частному страхованию имеет право на наиболее комфортные условия лечения, например, выбрать время для плановой госпитализации или выбрать врача в стационаре. Соответственно, гонорар врачей по частному страхованию выше, чем по обязательному. Но больницы имеют право обслуживать не более 40% застрахованных частным образом. При нарушении его прав, застрахованный по обязательному страхованию может обратиться с жалобой, и больница рискует потерять право на лечение частных пациентов.

При частном страховании, в отличие от социального, где медицинские услуги оплачивает медицинскую помощь, а затем предъявляет счет страховой компании. Она, как правило, возмещает 70-90% расходов (при этом, взнос значительно меньше, чем при 100% возмещении). Возвратность средств обычно реализуется путем снижения взноса при возобновлении договора. Стоит отметить, что частное страхование существует в двух видах:

• полное, при котором застрахованный не имеет права на обязательное страхование;

• частичное, когда застрахованный имеет право на обязательное страхование и дополнительные услуги (например, чиновники).

Насколько нам известно, в Германии твердо убеждены в необходимости разделения обязательного и частного страхования и недопустимости совмещения этой деятельности одним юридическим лицом.

*Модель государственной компенсации* основана на государственной системе здравоохранения. Государство понуждает всех страховать свое здоровье, причем страховые взносы устанавливаются пропорционально уровню доходов, а бедные получают субсидии за счет более богатых. Страховые фонды, не конкурирующие между собой и независимые от финансовых органов, оплачивают счета за лечение застрахованных в соответствии с программами страхования. Возможно финансовое участие самих пациентов в оплате лечения. Это особенно приемлемо для уменьшения отрицательного влияния на перепотребление медицинской помощи из-за участия в оплате третьей стороны. Застрахованные имеют возможность выбрать как страховой фонд, так и медицинских учреждений и врача.

Такая модель лежит в основе французской и бельгийской систем здравоохранения.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что медицина за рубежом в отличии от нашей страны в полном объеме оказывается всем социальным слоям населения, не зависимо от того, кто сколько заплатил налогов на обязательное медицинское страхование.

В нашей стране квалифицированную стоматологическую помощь можно получить лишь на платной основе. А что делать родителям у которых нет средств на оплату лечения? Ведь даже в Территориальной программе государственных гарантий по Свердловской области есть список лекарственных средств не вошедших в перечень бесплатных. Даже при бесплатной стоматологической помощи населению приходится платить определенную сумму за минимальный набор, без которого просто невозможно оказать квалифицированную помощь.

Я считаю, что западная модель подошла бы нашей стране, но для этого необходимо пройти длинный и долгий путь.

**2.2 Социальная защита в США и странах Европы**

*Социальная защита в США*

Отличительной чертой системы социальной защиты населения в США является децентрализация. Это проявляется в наличии и реализации разных социальных программ на разных уровнях: федеральном, штата, местном. Преимущества данной системы состоят в том, что она позволяет полностью и оперативно реализовывать социальные потребности людей практически в каждом регионе страны.

*Социальное страхование* и *государственное вспомоществование* являются двумя основными формами государственной системы социального обеспечения. Главное различие между ними состоит в разных источниках финансирования. Страховые фонды образуются за счет налогов с трудящихся (в процентах к заработной плате), предпринимателей (в процентах к фонду выплаченной заработной платы) и лиц свободных профессий, врачей, священников и др. (свыше 14% доходов), а государственное вспомоществование — за счет ассигнований из средств государственного бюджета, бюджетов штатов и местных органов власти.

С 1935 г. в США Законом о социальном страховании были установлены два вида страхования — пенсии по старости и пособия по безработице, меры помощи некоторым категориям бедняков (в первую очередь инвалидам и сиротам), а со временем — пенсии при утрате кормильца, пособия по нетрудоспособности (не связанной с производственными травмами), медицинское страхование лиц в возрасте 65 лет и старше. Действие указанного закона распространяется также на рабочих и служащих частного сектора. Для железнодорожников, федеральных гражданских служащих, ветеранов войны и военнослужащих установлена особая система социального страхования. Вместе с тем государственным страхованием не охвачены сельскохозяйственные рабочие, работники мелких предприятий, поденщики и некоторые другие категории трудящихся.

Кроме общей федеральной программы, на уровне штатов существуют программы страхования на случай производственного травматизма или профессиональных заболеваний. Компенсация (за увечья на производстве, гибель и т. д.) достигает до *2/3* заработной платы, и в основном она (компенсация) выплачивается частными страховыми компаниями.

Что касается вспомоществования бедным, то оно получило распространение в стране с 60-х годов XX в. и нацелено на обеспечение гарантированного дохода, поддержку семей с детьми, престарелых, инвалидов, многодетных или неполных семей (где глава семьи женщина или безработный), нуждающихся в продовольственной, жилищной и медицинской помощи.

Гарантированный государством доход в США соответствует «черте бедности». Он систематически корректируется с учетом уровня инфляции и может быть увеличен за счет бюджетных средств штатов.

Продовольственная помощь осуществляется главным образом путем предоставления нуждающимся продуктовых талонов. Их получают лица или семьи, доход которых не превышает 125% от дохода «черты бедности». Талоны предоставляются им бесплатно или по сниженным ценам. Другие формы продовольственной помощи — школьные завтраки, помощь матерям с детьми до 1 года и т. д.

Жилищные субсидии в США предоставляются семьям с низкими доходами, и их размер составляет в среднем 2000 долларов в год на семью.,

Система государственного страхования в стране дополняется *частными системами страхования,* имеющими две формы — коллективную по месту работы и индивидуальную.

Частным пенсионным обеспечением, имеющим важное значение для большей части трудящихся страны ('/3 из всех обеспеченных пенсиями), охвачено около 40 млн рабочих и служащих. Пенсионные фонды складываются из взносов предпринимателей (свыше 90%), профсоюзов, неорганизованных рабочих и служащих. Отличие частной пенсии от государственной состоит в том, что она выплачивается рабочим и служащим после 10 лет непрерывного стажа в одной фирме, а государственная — независимо от места работы.

В США довольно широко распространены также *дополнительные выплаты* (оплата отпусков и больничных листов, дополнительных пособий по безработице, субсидии на продолжение образования и юридические услуги).

В США можно отметить как общие с другими странами, так и особенные приемы и формы социальной работы с различными категориями населения.

Так, для пожилых людей и инвалидов создаются фонды и услуги на федеральном уровне. Это пенсии по старости, медицинское обслуживание, обеспечение дешевым жильем, продовольственное обеспечение, организация транспортных услуг, занятости и т. д.

Определенную долю забот берут на себя и местные органы страны. Поощряется шефская помощь, работа добровольцев и т. д. Как и в ряде других стран, в США практикуется помощь пожилым в условиях домашней обстановки, что не исключает их помещения в стационар. В последние годы стали широко практиковаться такие новые формы обслуживания в домах-интернатах, как дневные больницы, периодические курсы оздоровительного лечения, сочетание стационарного обслуживания с диспансерным и т. д.

Особое внимание уделяется жилищно-бытовому обслуживанию пожилых и инвалидов. И это вполне понятно. Как показывают исследования американских ученых, около четверти из 30 млн американцев в возрасте 65 лет и старше немощны. Практикуются доставка на дом обедов, купание в ванне, мытье, стрижка, стирка и смена белья, транспортные услуги, гимнастика с помощью инструктора, ремонт и благоустройство квартир, организация культурных мероприятий и досуга и т. д. Кроме того, для инвалидов предусматривается большая адаптационная подготовка (обучение пользования различными техническими и другими средствами, обустройство специальными приспособлениями квартиры, создание определенных условий для пользования транспортом, оказание транспортных услуг и др.).

Как и в других странах, в США также имеются проблемы с социальным обеспечением пожилых. Так, исследованиями правительства в начале 80-х годов XX столетия установлено, что треть домов для престарелых не соответствовала необходимым стандартам безопасности и качества. Одна из причин этого — многие дома престарелых находятся в частном владении. Поэтому государство вынуждено лицензировать и инспектировать их деятельность.

Другая проблема, как отмечают американские исследователи, состоит в том, что на пожилых американцев (12% населения) идет треть всех национальных расходов на здравоохранение. В то же время более 30 млн граждан в более молодом возрасте не имеют страхования здоровья. Поэтому попытка еще увеличить расходы на старшее поколение (а они действительно нужны) может усугубить конфликт поколений, чего нельзя допустить.

Немало интересного имеется в стране в социальной работе с детьми.Специальные учреждения социальной помощи детям предоставляют (для малообеспеченных семей бесплатно) следующие услуги: организация специальных групп профессионального обучения для родителей, обеспечение помощи по трудоустройству; обеспечение присмотра за детьми работающих в дневное и вечернее время родителей; создание при городских центрах здоровья служб для незамужних матерей; создание и поддержка служб защиты детей, подвергающихся насилию; создание и инспектирование детских домов, работа с приемными семьями, наблюдение за адаптацией ребенка в новой семье; развитие социальных служб помощи детям в получении образования, помощи родителям в ведении домашнего хозяйства и т. д. Подобные услуги оказываются и другим семьям, но за некоторую плату. В экстремальных ситуациях службы берут на себя заботу о детях независимо от уровня доходов семьи. В задачу детских социальных служб входят и вопросы усыновления детей-сирот.

Социальное обслуживание умственно отсталых осуществляется как в психиатрических больницах и домах-интернатах, так и в специализированных стационарах и диспансерах, а также амбулаторно. Особое внимание при этом обращается на работу с малолетними несовершеннолетними.

В США, как и в ряде других западных стран, проводится следующая работа с бежавшими из дома и бездомными детьми: функционируют приюты и общежития; проводятся индивидуальные и групповые консультации, беседы с родителями с целью возвращения ребенка в семью; оказывается помощь семьям, вновь объединившимся с детьми, и т. д. Существует также служба «телефонов доверия», оказывающая бесплатные услуги для юных беглецов.[[1]](#footnote-1)

*Развитие социальной работы в Германии*

XIX век — это век начала социальной работы в Германии. Становлению и развитию социальной работы способствовала индустриализация страны, так как с последней связано резкое обнищание семей рабочих, и, как следствие, большее число людей стало пользоваться социальным обеспечением. Во второй половине XIX в. возникла потребность в государственном социальном обеспечении, так как церкви и частные благотворительные учреждения уже не справлялись с большими затратами в социальной сфере.

В 1880 г. по инициативе Германского конгресса по благотворительности был основан Германский благотворительный союз заботы о бедных. В 1919 г. он был переименован на Германском съезде благотворительности в Германский союз государственного и частного попечительства. Сначала он находился в Берлине, затем (с перерывом на период с 1933 по 1945 г.) во Франкфурте-на-Майне. Это центральный союз, объединяющий государственные, частные, общественные учреждения, а также отдельных лиц, занимающихся реализацией социальной работы в ФРГ. Германский союз служит платформой для содружества практиков, социальных педагогов и ученых в деле координации социальных инициатив в сфере социальной помощи, в том числе помощи молодежи и здравоохранению.

После объединения ГДР и ФРГ (3 октября 1990 г.) число его участников возросло до 3000. Со стороны государства сюда вошли представители на федеральном уровне, уровне федеральных земель, свободных городов и округов. От общественных организаций в Союз входят Объединения благотворительности для рабочих, католический «Каритас», Паритетный союз, Германский Красный Крест, Союз милосердия Евангелической церкви и т. д. В него также вошли отдельные лица, прежде всего социальные работники, управленцы, руководители правлений и объединений, известные общественные деятели. В работе Союза участвуют учебные заведения, исследовательские институты, учреждения практической социальной работы.

По уставу, утвержденному собранием членов Союза 2 октября 1991 г. в Хейльбронне, главная его цель — воплощение идей социальной работы, особенно там, где речь идет о государственной, общественной и частной социальной поддержке, помощи молодежи и здравоохранению в ФРГ. Его основными задачами являются выдвижение инициатив в области социальной политики, выработка практических рекомендаций по осуществлению государственной, общественной и частной социальной работы; экспертная деятельность в области социального права; создание информационного банка для специалистов; повышение квалификации ведущих кадров и сотрудников в социальной сфере, поддержка значимых для социальной работы наук; изучение опыта и оценка развития социальной работы в других странах, развитие международного сотрудничества и обмена опытом; издание трудов и прочих публикаций по вопросам социальной сферы.

Социальными услугами в ФРГ считаются только те, которые оказываются в некоммерческих учреждениях, т. е. они финансируются из распределительного федерального фонда, например из фондов социального страхования, налогов, пожертвований и т. д. Их целью и содержанием являются улучшение, поддержание и защита жизненных условий малоимущих и неимущих слоев населения.

Исходя из вышеизложенного можно сделать некоторые предварительные обобщения.

1. Под социальными услугами в ФРГ понимаются услуги, оказываемые слабо защищенным в социальном плане слоям населения в некоммерческих учреждениях и направленные на выравнивание жизненного уровня граждан.
2. Типологию социальных услуг можно определить: в зависимости от их целей и задач; по правовому базису, т. е. что за организация или учреждение их оказывает; по виду и форме их оказания.
3. Гарантированная система социальных услуг существует для граждан с момента их рождения; иностранцы, проживающие в ФРГ, также пользуются социальными услугами.
4. Оказание социальных услуг в ФРГ опирается на правовую базу федерального законодательства и законодательства федеральных земель. Если возникают недоразумения, то в силу вступает закон.

Какие же профессии существуют в социальной сфере?

Мы ограничимся их перечислением, сохраняя принятые в Германии обозначения: помощник социального работника по уходу за пожилыми людьми; социальный работник по уходу за престарелыми; психотерапевт по детским и юношеским проблемам; дипломированный педагог; помощница по ведению домашнего хозяйства на селе; консультант по семейным вопросам; воспитатель; помощник по семейному быту; помощница в деле воспитания детей; социальный работник по уходу за инвалидами; воспитатель детского дома; организатор досуга детей и молодежи; ответственный работник с молодежью на местах (лицо, отвечающее за воплощение молодежной политики ФРГ в местных органах самоуправления); работник по делам детей и юношества; консультант по вопросам реабилитации; социальный педагог; социальный работник по делам иностранцев.

Даже из этого перечня профессий социальной сферы можно сделать вывод, что ФРГ является одним из мощных европейских социальных государств. Но это вовсе не означает, что Германия не имеет проблем, тем более, что в последнее время наметились тенденции к ухудшению положения в социальной сфере. Что же мешает дальнейшему развитию социального государства, к чему стремятся немцы?

Проблемными для социальной работы в ФРГ являются следующие сложившиеся условия:

* вступление страны в Европейский Союз и его последствия;
* трудности социально-политического выравнивания новых и старых федеральных земель;
* ухудшение социального положения граждан в ФРГ усугубляется ростом безработицы, нищеты, неблагоприятными тенденциями демографического развития страны, сокращением дотаций на жилье, высокой квартплатой, отсутствием необходимых мест в социальных учреждениях для временного пребывания детей;
* в ФРГ, как и в других странах, социальные работники — преимущественно женщины; эта работа малооплачиваема, недостаточно престижна.[[2]](#footnote-2)

*Социальная работа в Норвегии*

Большинство социальных служб в Норвегии образованы в результате различных *частных начинаний,* как, например, пожертвования церквей или богатых горожан или же различных альтернативных движений, профсоюзов, групп содействия, ассоциаций и молодежных движений. Это может быть выражено в форме или сиротских домов, или поддержки людей с физическими недостатками, или пожилых людей, молодежных клубов, приютов для женщин, которые подвергаются избиениям, и т. д.

Если такие службы работают успешно, то своими результатами они могут привлечь внимание общества или администрации и получить некоторую *поддержку от крупных организаций или правительства.*

И наконец, социальная служба может быть регламентирована законом или некоторыми актами как всеобщая обязанность в данном обществе и, как следствие этого, — *объединена в бюджетную систему.*

В Норвегии сегодня можно встретить примеры социальных служб всех трех перечисленных видов.

Норвегию (с населением около 4 млн человек) часто определяют как государство всеобщего благополучия со смешанной экономикой, основанной на значительных доходах от производства бензина.

Финансирование социальной сферы и сферы охраны здоровья составляет '/3 общего государственного дохода (1985 г.), и каждый десятый трудящийся занят в социальной сфере или сфере охраны здоровья.

Реальная ситуация должна рассматриваться с учетом данных о возрастающей безработице, сокращении расходов на социальную защиту, кризиса финансовых институтов. Кроме того, следует отметить тенденцию к увеличению числа добровольных работников и роли неправительственных организаций.

Организация общественного управления основана на трех уровнях: государственном, региональном, муниципальном.

На *государственном* уровне наиболее важным достижением в социальном обслуживании является Акт национального страхования (1966 г.), который управляется министерством здоровья и социальных дел.

Система медицинского страхования финансируется налогами с работающих, работодателей/областей и муниципалитетов.

Эта программа включает выплаты: пенсионерам (после 67 лет), вдовам, детям (до 18 лет), нетрудоспособным, по болезни, медицинские и повседневные выплаты во время болезни и после родов, еженедельные выплаты по безработице (до 80 недель), за производственные травмы, матерям- и отцам-одиночкам.

Большая часть деятельности *региональных,* областных советов — это ответственность за институты охраны здоровья, которые включают: госпитали, ясли, учреждения для умственно отсталых и психически больных. Общее число мест в этих институтах 153 на 10 тыс. жителей.

На *муниципальном* уровне деятельность в области охраны здоровья и социальной работы регулируют некоторые акты. Каждый муниципалитет должен иметь социальные офисы, которыми люди могут пользоваться. Социальные офисы предоставляют широкий спектр услуг, основываясь на соответствующих законодательных актах.

Социальная защита по акту 1964 г. предусматривает предоставление социально-экономической помощи тем, у кого нет права на какие-либо выплаты, на пенсию по схеме национального страхования и кто не способен поддерживать свое существование. Экономическая помощь может быть оказана в виде пособия, ссуды или дотации, например для проезда студентов во время каникул. Информация, советы и денежная помощь — главные направления в работе по этому акту.

Основная задача социальной защиты детей — «дать детям (до 18 лет), которые живут в условиях, разрушающих их здоровье и развитие, необходимую помощь и защиту» и «требовать охраны хороших условий жизни для детей». Каждый муниципалитет имеет отдел по защите детей, который несет ответственность за выполнение соответствующих мер. Работа ведется на трех уровнях: основные профилактические меры, профилактические меры в семьях и защитные меры.

Цель основных профилактических мер — улучшать жизненные условия детей. Применительно к практической социальной работе это выполняется через общественную работу, открытие детских площадок, детских садов, молодежных клубов или решение транспортных проблем, восстановление домов и т. д.

Важно заметить, что эти основные профилактические меры выходят за пределы работы социальных офисов и включаются в общие планируемые процессы административных систем в муниципалитетах.

В семьях, где дети живут «в неблагоприятных условиях», которые негативно влияют на их здоровье, профилактические меры таковы: семейный надзор, поддержка и совет семье, экономическая поддержка, помощь в решении каких-либо школьных проблем или обеспечение местами в яслях или детском саду для улучшения ситуации в семье, чтобы родители получили возможность дать детям необходимое воспитание.

Но «если родители не могут заботиться о своих детях», отдел по защите детей берет на себя ответственность по их защите, воспитанию и помещению в приемные семьи или детские дома. В большинстве случаев эти меры временные, так что если ситуация меняется к лучшему, то ребенок может вернуться обратно в семью.

Отличительной чертой системы социальной защиты населения в США и странах Европы является децентрализация. Это проявляется в наличии и реализации разных социальных программ на разных уровнях: федеральном, штата, местном. Преимущества данной системы состоят в том, что она позволяет полностью и оперативно реализовывать социальные потребности людей практически в каждом регионе страны.

**3. ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ЗАРУБЕЖНЫХ ПРОГРАММ ЛЬГОТНОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ**

**С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

**3.1 Виды стоматологической помощи, оказываемые в рамках** **программ льготного стоматологического обслуживания детей с ограниченными возможностями**

1. Стоматологическая помощь.

Прием стоматолога профилактический и медико-социальный.

Прием стоматолога диспансерный, лечебный, диагностический.

Прием стоматолога консультативный

Посещение стоматолога на дому с автотранспортом (к инвалидам I гр. и больным с высокой температурой).

Лечение некариозных поражений твердых тканей зуба, кариеса, пульпита, периодонтита.

Реставрация зубов фотокомпозитами отечественного производства детям инвалидам.

Лечение при травматическом повреждении зуба.

Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Лечение заболеваний пародонта.

Удаление зубного камня и мягких зубных отложений.

Покрытие фторлаком.

Реминерализирующая терапия

Герметизация фиссур.

Проведение профессиональной гигиены

Обучение гигиене полости рта

Контроль гигиены полости рта с использованием индикаторов.

Составление плана профилактики.

Вскрытие абсцесса внутриротовым разрезом.

Лечение альвеолита с кюретажем лунки.

Обнажение коронки ретенированного зуба.

Послеоперационная перевязка.

Остановка кровотечения.

Хирургическая обработка раны с наложением швов.

Иссечение "капюшона" при перикоронарите.

Лечение заболеваний слюнных желез.

Операция удаления кист челюстей и мягких тканей.

Операция резекции верхушки корня.

Операция пластики уздечки верхней губы и языка (детям до 12 лет).

Взятие тканей для биопсии

Удаление зубов

Вправление вывиха, подвывиха ВНЧС.

Аппликационная, инфильтрационная, проводниковая анестезия.

Наркоз внутривенный, масочный.

Прием ортодонта консультативный, лечебный, диагностический для детей до 15 лет при ортодонтическом лечении и ретенции с использованием съемной внутри- и внеротовой аппаратуры, отдельных элементов несъемной аппаратуры (крючки, балки, кольца, коронки)

Профилактика аномалии лицевого скелета, функциональное лечение.

Пришлифовка и сепарация зубов

Наложение пращи.

Серебрение кариозных полостей.

2. Помощь вспомогательных служб.

Лабораторный этап изготовления ортодонтических аппаратов и зубных протезов детям-сиротам, детям-инвалидам.

Рентгенологические исследования.

Физиотерапевтическое лечение по медицинским показаниям (по направлению лечащего врача).

Вопрос об организации стоматологической помощи инвалидам г.Екатеринбурга является актуальным для стоматологической помощи службы города.

Данный вопрос был рассмотрен на заседание Городской думы, было принято решение, касающееся оказания стоматологической помощи детям с ограниченными возможностями:

- организовать доставку детей-инвалидов в муниципальные учреждения здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги.

- предусмотреть при предусмотреть средства на общее обезболивание при проведении стоматологического лечения детей-инвалидов и организацию их доставки в муниципальные учреждения здравоохранения, оказывающие стоматологические услуги.

Помощь малоподвижным инвалидам на дому не может быть организована, так как это связано с повышенным риском для жизни и здоровья пациентов, так как во-первых, невозможно создать асептические и антисептические условия на дому, что связано с развитием воспалительных осложнений.

Во-вторых, при проведении стоматологических манипуляций возможны осложнение в виде аллергических реакций, гематом, повышения артериального давления, порезов ветвей челюстно-лицевых нервов.

В-третьих, сложное вмешательство требует определенного набора инструментов, оборудования. В настоящее время стоматологические клиники города не располагают необходимым оборудованием для оказания неотложной помощи на дому. Безопасная эксплуатация данного оборудования невозможна в домашних условиях.

Оказание квалифицированной стоматологической помощи требует проведения дополнительных методов исследования для постановки диагноза и оценки соматического состояния больного (рентгеновского исследования невозможно в домашних условиях).

Оказание стоматологической помощи на дому должно проводиться при наличии соответствующего заключения от лечащего врача, поэтому стоматологическое вмешательство для детей-инвалидов требует специализированной и квалифицированной помощи, что возможно только в условиях стоматологической поликлиники с возможностью вызова бригады скорой помощи.

С учетом вышеизложенного можно предложить алгоритм оказания неотложной стоматологическо1й помощи детям-инвалидам:

1. Основанием для выезда врача-стоматолога детского на дом является обращение пациента или его родственников в регистратуру стоматологической поликлиники по месту жительства.

2. Показаниями для выезда специалиста на дом являются неотложные состояния, связанные с заболеванием зубов и полости рта.

3. Врач-стоматолог детский на дому определяет общее состояние ребенка, предварительный диагноз и объем предполагаемого вмешательства.

4. В зависимости от конкретной ситуации транспортируется в поликлинику для оказания квалифицированной стоматологической помощи в необходимом объеме.

Ограничение подвижности ребенка не должно нарушать его права на получение качественной специализированной стоматологической помощи.

5. Оказание экстренной и плановой стоматологической помощи детям с ограниченными возможностями и детям-инвалидам осуществляется во всех стоматологических поликлиниках без очереди, бесплатно в рамках Территориальной программы государственных гарантий.

6. Транспортировка детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями осуществляется через Центры социального обслуживания.

**3.2 Реализация программ международной стоматологической ассоциации (FDI) для детей с ограниченными возможностями**

Стоматологическая помощь детям-инвалидам требует учета индивидуальных особенностей каждого ребенка. Новые программы профилактики стоматологических заболеваний помогает решать эту проблему.

ЗАЯВЛЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИИ (FDI)

Стоматологическая помощь инвалидам Принято Генеральной Ассамблеей FDI 18 сентября 2003 года

1. Заявление делегации FDI поддерживает принцип, согласно которому каждый человек должен иметь доступ к наилучшей медицинской помощи для достижения оптимального стоматологического здоровья.
2. В международных этических принципах стоматологии, разработанных FDI, указано, что профессиональный стоматолог должен защищать стоматологическое здоровье пациентов независимо от их состояния.
3. FDI поддерживает декларацию ООН о том, что инвалиды не должны подвергаться дискриминации в отношении доступа к медицинскому обслуживанию.
4. Стоматологическая помощь инвалидам должна осуществляться по тем же нормам, которые существуют для людей без инвалидизации, с учетом последствий заболеваний полости рта и/или их лечения для инвалидов.
5. Стоматологическое здоровье инвалидов должно поддерживаться путем просвещения в этой области и профилактики заболеваний полости рта.
6. Сотрудничество с разработчиками методик и другими заинтересованными сторонами должно быть частью единой стратегии развития и осуществления стоматологической помощи инвалидам.

**Основные авторы:**

доктор Питер Свис

Представлено:

Специальным комитетом FDS по вопросам инвалидности и стоматологического здоровья Специальным комитетом FDI по этике и законодательству в области стоматологии Ссылки Заявление корейской стоматологической ассоциации «Моральный кодекс стоматологов по отношению к инвалидам»

**Государственная детская программа по ОМС**

Существует государственная детская программа по ОМС (обязательному медицинскому страхованию) -она предусматривает осмотр и удаление молочных зубов при острой боли. Лечение молочных зубов - по согласованию с родителями - платное как в государственных, так и в частных клиниках.

На мой взгляд, государственная детская стоматологическая программа должна заключаться в предоставлении детям бесплатного стоматологического обслуживания в полном объеме: это лечение и удаление зубов, услуги ортодонта, пародонтолога, консультирование. Так как детьми у нас считаются те, кто не достиг 15-летнего возраста, то протезирование, на мой взгляд, в детскую стоматологическую программу включать смысла не имеет.

Естественно, должны быть и профилактические государственные программы, хотя на них сейчас средств не выделяется. В плане профилактики производится только консультативная помощь врача по уходу за зубами с молочным и сменным прикусом. А нужно было бы проводить регулярные профилактические осмотры — два раза в год и лечение зубов по медицинским показателям (при необходимости).

Такими мероприятиями, как фторирование воды в масштабах государства, города или района, нужно заниматься очень осторожно. Важно все правильно рассчитать. Например, переизбыток фтора может вызывать флюороз зубов. У нас в России воду не фторируют — государственной программы по фторированию воды и продуктов нет.

**3.3 Реализация зарубежных программ льготного стоматологического обслуживания детей с ограниченными возможностями на территории Российской Федерации**

Последние 15 лет отечественная стоматология готовилась к тому, чтобы лишиться государственного финансирования. И она стала одной из первых медицинских отраслей, которая вынуждена была начать жить по законам рынка.

Сегодня даже обычным стоматологическим поликлиникам приходится до 75% необходимых средств

зарабатывать самостоятельно - государственные средства составляют только около 25 % бюджета. поликлиники. Стоматологические услуги — это товар, наличие во рту дорогих коронок не влияет на выживание. Даже в СССР были и хозрасчетные стоматологические лечебницы, и отдельные платные кабинеты в обычных поликлиниках. Платными были услуги, не связанные с лечением кариеса: услуги ортодонта, пародонтолога.

Именно благодаря развитию коммерческой стоматологии у нас в стране начали выпускать композитные материалы, использовать металлокерамические протезы, развивать современные технологии и наконец-то стали перед лечением делать анестезию. Но тем не менее есть такие отрасли стоматологии, которые должны оставаться некоммерческими даже сейчас — иначе это может отразиться на здоровье нации. Например, лечение и профилактика кариеса должны быть бесплатными для наименее социально защищенных групп населения, в первую очередь для детей. Так же как и помощь стоматолога при острой боли.

По статистике, в России происходит в среднем 150 млн. посещений стоматолога в год, из них 20% приходится на детскую стоматологию. А Сегодня бесплатная помощь осуществляется в пределах, которые обеспечивает государство — это от 30 до 200 рублей на человека в год. В платной стоматологии за эти деньги можно только пройти осмотр

*Волгоградская область*

50 матерей детей-инвалидов в рамках проекта «Улыбнись, мама!» получили помощь стоматологов Волгограда, Волжского и районных центров области. По приблизительным подсчетам эта помощь оценивается в 660 тыс. рублей.

Реакция врачей на предложение инициаторов принять участие в проекте была практически 100-процентно положительной. Только 2 врача частной практики отказались участвовать в этой акции. Все остальные специалисты продемонстрировали единодушие в понимании проблем женщин, которые ради здоровья ребенка отказывают себе в не только в нарядах и украшениях, но и в поддержании собственного здоровья. До сих пор представители данной социальной группы о стоматологическом протезировании могли только мечтать, так как весь их семейный бюджет уходил на элементарные нужды и лекарства. Благодаря отзывчивости врачей, их готовности к добровольческому труду эти женщины, обретя очаровательные улыбки, стали увереннее в себе и активнее в решении проблем своих детей. Это особенно актуально в данный момент, так как 2006 год объявлен в Волгоградской области «Годом матери и ребенка».

Организаторами и инициаторами проекта являются 3 общественные организации региона: ВГОБФ «Дети в беде»», ВООБО «Общество помощи детям им. Выготского» и Ассоциация содействия детям-инвалидам Центрального района Волгограда.

Большую помощь в координации проекта руководители общественных организаций получили от главного стоматолога г.Волгограда А.Г. Шерстюка, главного стоматолога области К.Ю. Салямова, от президента «Первой общероссийской ассоциации врачей частной практики» Засядкиной Е.В. А матери детей-инвалидов с большой теплотой отзываются о работе специалистов стоматологических клиник «Медас», «Медиком СБТ», «Керамика», «Стене», Стома-С», «Вита-Дент», «Ольга», «Джина», «Стоматология на Новороссийской», «Стоматология Клиника» и др. Всего в проекте приняли участие 8 муниципальных поликлиник, 15 частных клиник Волгограда и 9 Волжского.[[3]](#footnote-3)

*Псков*

10 января 2001 года в Пскове начинается программа профилактики зубных заболеваний. В программе примут участие семь тысяч псковских школьников, в числе которых воспитанники Псковского лечебно-педагогического центра для детей-инвалидов (ЛПЦ) и школы-сада №6 для детей с опорно-двигательными нарушениями. Для подготовки программы Псков посетила делегация стоматологов из Швеции (округ Даларна). Особое внимание врачи уделили участию ЛПЦ и школы-сада №6. Дело в том, что профилактика зубных заболеваний у детей-инвалидов сопряжена с трудностями. Во-первых, дети часто не в состоянии заниматься профилактикой зубных заболеваний без посторонней помощи. Во-вторых, они могут лечить зубы только под общим наркозом и, в этом случае, требуется стационарное лечение. Поэтому на встрече шведских стоматологов с представителями ЛПЦ и школы-сада речь шла об особых методах профилактики для детей-инвалидов. Кроме участия школьников, в результате программы Псковская область получит подготовленных стоматологов-гигиенистов. 25-26 августа в Тарту (Эстония) пройдет конференция международной "Программы изучения бассейна реки Нарва".[[4]](#footnote-4)

Сегодня государству вполне по силам снизить уровень заболевания кариесом среди населения, но для этого нужна государственная профилактическая программа. Вообще стоматологическая программа на государственном уровне нужна и взрослым, и детям. ВОЗ — Всемирной организацией здравоохранения — разработаны специальные рекомендации по сохранению здоровых зубов. И они внедряются в зарубежных странах на государственном уровне. Если следовать этим рекомендациям с раннего возраста – кариеса не будет.

Государственная программа включает в себя осмотр и лечение детей школьных и дошкольных учреждений врачами государственных клиник , чтобы государственная программа стала лучше, нужна материальная поддержка. И это должно быть не только лечение кариеса. Услуги ортодонта и пародонтолога тоже должны быть включены в государственную программу.

Консультации и работа ортодонта приносят больше пользы, когда они проводятся с раннего возраста. Первая консультация ортодонта должна проходить в 6-летнем возрасте, когда доктор дает соответствующие рекомендации по лечению и исправлению прикуса и профилактике пародонтита.

Остается проблемой внедрение программ профилактики стоматологических заболеваний у детей с ограниченными возможностями. В настоящее время около 80% детских стоматологических поликлиник работают в системе обязательного медицинского страхования. Следует отметить, что с учетом использования современных технологий, стоимость лечения ребенка объективно столь высока, что существующие возможности оплаты в системе ОМС не могут в полной мере обеспечит реального покрытия стоимости лечения.[[5]](#footnote-5)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Результаты данного дипломного исследования свидетельствуют о достижении его основных целей и предполагаемых ими задач, в соответствие с которыми сделан ряд существенных и взаимосвязанных выводов:

Основная цель социальной защиты — сохранение здоровья и жизни клиентов, а значит, это также и медицинская задача. Любые услуги социальной защиты так или иначе защищают здоровье и жизнь обездоленных лиц. для детей-инвалидов характерен высокий уровень стоматологической заболеваемости и потребности в лечении. Неудовлетворительное качество оказания стоматологической помощи таким детям обусловлено не только особенностями патогенеза основного заболевания, но и отсутствием стройной системы организации стоматологической и лечебно-профилактической помощи данной категории детей.

Страховая медицина в США значительно отличается от западно-европейской. Конституция США не предусматривает государственного обеспечения медицинской помощью всех граждан, кроме социально незащищенных слоев населения. Социальное страхование и государственное вспомоществование являются двумя основными формами государственной системы социального обеспечения. Главное различие между ними состоит в разных источниках финансирования.

Отличительной чертой системы социальной защиты населения в США и странах Европы является децентрализация. Это проявляется в наличии и реализации разных социальных программ на разных уровнях: федеральном, штата, местном. Преимущества данной системы состоят в том, что она позволяет полностью и оперативно реализовывать социальные потребности людей практически в каждом регионе страны.

Стоматологическая помощь детям-инвалидам требует учета индивидуальных особенностей каждого ребенка. Новые программы профилактики стоматологических заболеваний помогает решать эту проблему.

Подъем экономики России и повышение внимания государства к проблемам детей с ограниченными возможностями привело к увеличению финансирования государством программ льготного стоматологического обслуживания детей с ограниченными возможностями. Вывод: на территории Российской Федерации данные программы успешно реализуются.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Арасланова Е.А. Опыт работы Центра реабилитации для детей-инвалидов с аномалиями умственного развития, воспитывающихся в семьях. // Вестник психосоциальной и реабилитационной работы. 1997. - № 3.
2. Беляева Л.А., Беляева М.А. Категории "социальная работа" и "социально-педагогическая деятельность" в их взаимосвязях. / Понятийный аппарат педагогики и образования. Вып. 3 Екатеринбург, 1998.
3. Беляева Л.А. Философия воспитания как основа педагогической деятельности. Екатеринбург, 1993.
4. Гордеева М. Права детей будут защищены. // Социальное обеспечение. 2000. - № 3.
5. Галагузова М.А. Категориально-понятийные проблемы социальной педагогики. / Понятийный аппарат педагогики и образования. Вып. 3. Екатеринбург,1998.
6. Гуров В.Н. Опыт организации социально-педагогической работы // Педагогика. 1993. - № 3.
7. Гуслова М. Семейные клубы и реабилитация. // Социальное обеспечение. 2000.
8. Григорьева С.И., Гуслякова Л.Г. Организация летнего отдыха детей с ограниченными возможностями в условиях загородного лагеря. М., 1998.
9. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль. И место социальных работников в обслуживании инвалидов и пожилых людей. Тюмень, 1995.
10. Дементьева Н.Ф., Исаева П.Н. Социальная работа с семьёй ребёнка с ограниченными возможностями. М., 1998.
11. Дети-инвалиды. / Нормативные акты. М., 1996.
12. Волжанина О.И. Если ваш ребёнок не такой, как другие… М., 1997.
13. Журавлева И.В. Отношение населения к здоровью. — М., 2003.
14. Забара Е.А. Дети с отклонениями в развитии. М., 1997.
15. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями. Методические рекомендации. Санкт-Петербург, 1998.
16. Маллер А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями. - М., 1996.
17. Медведева Н.М. Вестник по вопросам организации реабилитационной работы с детьми, подростками и молодёжью. Вып. 1. Сургут, 1987.
18. Медведева Н.М. Вестник по вопросам организации реабилитационной работы с детьми, подростками и молодёжью. Вып. 4. Сургут, 1988.
19. Методика и технология работы социального педагога: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Алмазов Б.Н., Беляева М.А., Бессонова Н.М. / Под ред. М.А. Галагузовой, Л.В. Мардахаева. - М.: Издательский центр "Аккадемия", 2000.
20. Лисицын Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины. - М., 1982.
21. Личко А.Е. Искусство жизненного успеха по М. Монтессори. Из опыта работы дошкольных учреждений. М., 1996.
22. О положении детей в Российской Федерации. Государственный доклад 1995г. М., 1996.
23. Основные направления государственной социальной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации. / Нормативные акты. М., 1995.
24. Основы социально-медицинской работы/Под ред. проф. Е.А. Си-гиды. — М., 1998.
25. Основы социальной работы: Учебник. / Отв. ред. Д.П. Павленок. – М., 2006.
26. Пособие и льготы гражданам с детьми. Под ред. Азаровой Е.Г. / Нормативные акты. М., 1997.
27. Реабилитация и экспертиза детей с ограниченными возможностями. Информационно-аналитические материалы Саратовской области Всероссийской научно-практической конференции. Саратов, 1999.
28. Сборник научно-методических материалов для службы формирования здорового образа жизни. — М., 1991.
29. Сборник нормативных актов по вопросам социальной защиты населения, семьи и детства. — М., 1993.
30. Социальная поддержка инвалидов Ханты-Мансийского автономного округа на 2000-2003 годы. Окружная программа. Ханты-Мансийск, 2002.
31. Социальная защита инвалидов. Районная программа. Советский, 2000.
32. Социальная педагогика: Курс лекций / Под общ. ред. М.А. Галагузовой. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000.
33. Социальная работа в учреждениях здравоохранения.— М., 1992.
34. Социальные льготы для ветеранов и инвалидов. / Нормативные акты. М., 1996.
35. Трач Н., Харитонова Е. День за днём. // Социальное обеспечение. 2000. - № 1, № 3.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

КОЛЛЕГИЯ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РЕШЕНИЕ

ПРОТОКОЛ

21 октября 2003 г.

N14

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Проблема высокой стоматологической заболеваемости детей и подростков в России остается одной из наиболее острых и актуальных проблем, представляющих реальную угрозу состоянию здоровья детей.

Особенностью стоматологической заболеваемости у детей на современном этапе является высокая распространенность и интенсивность поражения зубочелюстной системы, одновременное развитие нескольких самостоятельных видов патологии: кариозного поражения зубов, воспалительных заболеваний пародонта, зубочелюстных аномалий и деформаций. Хроническое прогрессирующее течение этих патологических процессов, в свою очередь, приводит к формированию очагов хронической одонтогенной инфекции, нередко являющихся причиной роста болезней желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, а также инфекционно-аллергических состояний.

За последние годы Министерством здравоохранения Российской Федерации и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации проведена определенная работа по повышению качества стоматологической помощи детскому населению, дальнейшему расширению сети стоматологических учреждений и оснащению их современной медицинской техникой, расширению подготовки стоматологических кадров, внедрению современных организационных форм и технологий медицинского обеспечения детей с заболеваниями полости рта, созданию специализированных центров для детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области. Разработаны и реализуются региональные программы, направленные на развитие детской стоматологической службы.

В то же время, в связи с характером и особенностями питания детей, состоянием окружающей среды, низкой информированностью населения по вопросам профилактики, стоматологическая заболеваемость детского населения Российской Федерации остается высокой.

Недостаточно осуществляется развитие сети детских стоматологических поликлиник, отделений, кабинетов в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а также коечного фонда для оказания стоматологической помощи детям, не принимается эффективных мер по укреплению материально-технической базы детских стоматологических учреждений. Недостаточна укомплектованность детскими врачами стоматологами, средним и младшим медицинским персоналом. Отмечаются серьезные отставания в развитии стоматологической помощи детям в сельской местности.

Остается проблемой внедрение программ профилактики стоматологических заболеваний у детей и подростков. Не принимаются действенные меры по улучшению образования и гигиенического воспитания населения по вопросам предупреждения заболеваний челюстно-лицевой области.

В настоящее время около 80% детских стоматологических поликлиник работают в системе обязательного медицинского страхования. Следует отметить, что с учетом использования современных технологий, стоимость лечения ребенка объективно столь высока, что существующие возможности оплаты в системе ОМС не могут в полной мере обеспечить реального покрытия стоимости лечения сложных форм патологии.

В тоже время квоты, выделяемые на высокотехнологичные, дорогостоящие виды стоматологической помощи (челюстно-лицевая хирургия) используются органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации недостаточно эффективно.

В связи с изложенным, с целью совершенствования организации стоматологической помощи детям

КОЛЛЕГИЯ РЕШАЕТ:

1. Считать повышение качества оказания стоматологической помощи детям одной из важнейших задач деятельности службы охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов управления и учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации.

2. Управлению организации медицинской помощи матерям и детям (А.А. Корсунский), консультативному совету Минздрава России по стоматологической помощи детскому населению

1. В срок до 30.12.2003 доработать модель территориальной комплексной программы "Детская стоматология" с включением в нее разделов: профилактика и лечения кариеса, его осложнений и болезней пародонта; ортодонтия; челюстно-лицевая хирургия.
2. В срок до 30.12.2003 разработать и представить на утверждение проект клинических протоколов "Ведение детей, страдающих стоматологическими заболеваниями".
3. В срок до 30.04.2004 подготовить информационное письмо "О методах профилактики заболеваний челюстно-лицевой области и полости рта у детей в условиях дошкольных и учебных заведений всех типов".
4. В срок до 30.12.2004 провести Всероссийскую научно-практическую конференцию детских стоматологов "Профилактика и лечение кариеса, его осложнений и болезней пародонта. Ортодонтия. Челюстно-лицевая хирургия"
5. Управлению организации медицинской помощи матерям и детям (А.А. Корсунский), Департаменту профессиональной подготовки и развития кадровых ресурсов в здравоохранении (С.Б.Шевченко), Департаменту экономического развития здравоохранения, управления финансами и материальными ресурсами (М.Е.Путин) в срок до 01.06.2004 подготовить проект приказа "О повышении эффективности оказания стоматологической помощи детям".
6. Управлению организации медицинской помощи матерям и детям (А.А. Корсунский), Департаменту профессиональной подготовки и развития кадровых ресурсов в здравоохранении (С.Б.Шевченко):
7. В срок до 30.06.2004 представить предложения по внесению дополнений в программы подготовки специалиста среднего звена - гигиениста стоматологического в части профилактики заболеваний полости рта у детей.
8. В срок до 30.06.2004 в соответствии с установленным порядком внести предложения по дополнению перечня врачебных специальностей следующими специальностями: стоматолог- терапевт детский, стоматолог-хирург детский.

5. Управлению организации медицинской помощи матерям и детям (А.А. Корсунский), Департаменту экономического развития здравоохранения, управления финансами и материальными ресурсами (М.Е.Путин), Московскому НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России (А.Д. Царегородцев) в срок до 15.12.2003 организовать на базе Медицинского центра новых информационных технологий Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России отделение мониторинга диспансеризации детей.

6. Департаменту профессиональной подготовки развития кадровых ресурсов в здравоохранении (С.Б.Шевченко), Управлению организации медицинской помощи матерям и детям (А.А. Корсунский), Московскому государственному медико-стоматологическому университету Минздрава России (Н.Д. Ющук) в срок до 01.06.2004 рассмотреть вопрос о целесообразности открытия кафедр (курсов) ортодонтии на стоматологических факультетах.

1. Департаменту организации медицинской помощи населению (А.В.Смирнов), Управлению организации медицинской помощи матерям и детям (А.А. Корсунский) в срок до 30.06.2004 подготовить предложения по введению дополнений в учебно-отчетную документацию деятельности лечебно-профилактических учреждений и формы федерального государственного статистического наблюдения по оказании стоматологической помощи детям.
2. Департаменту организации медицинской помощи населению (А.В.Смирнов), Департаменту экономического развития здравоохранения, управления финансами и материальными ресурсами (М.Е.Путин), Управлению организации медицинской помощи матерям и детям (А.А. Корсунский) в срок до 30.04.2004 рассмотреть вопрос о внесении дополнений в "Программу государственных гарантий оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации" в части увеличения объемов стоматологической помощи детскому населению.

9. Пресс-службе Минздрава России (А.А.Жаров), Управлению организации медицинской помощи матерям и детям (А.А. Корсунский) обеспечивать регулярное освещение в средствах массовой информации вопросов образования и гигиенического воспитания населения по профилактике стоматологических заболеваний у детей.

10. Представителям Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеративных округах в 2004 рассмотреть на заседании Координационных советов вопросы о состоянии стоматологической помощи детям.

11. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

11.1. В срок до 01.11.2004 г. проанализировать организацию и качество оказания стоматологической помощи детям и заслушать на коллегиях.

11.2. Совместно с органами управления образованием продолжить развивать сеть школьных стоматологических кабинетов.

1. Принять меры по улучшению оказания стоматологической помощи детям, в том числе проживающим в сельской местности.
2. Обеспечить дальнейшее внедрение мониторинга и ведение территориального регистра врожденных пороков челюстно-лицевой области у детей.
3. Разработать и принять территориальные программы "Детская стоматология" на основе модели программы, рекомендованной Минздравом России.

12. Контроль за выполнением решения коллегии возложить на заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации О.В.Шарапову.

Председатель коллегии Ю.Л. ШЕВЧЕНКО

Секретарь коллегии И.В. ПЛЕШКОВ

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

**СОЦИАЛЬНО-БЫТОВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

 "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С какого времени на инвалидности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жилищно-бытовые условия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Доход семьи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Санитарное состояние\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Состав семьи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Характеристика родителей (занимаются ли они воспитанием детей, установлен ли контроль за их поведением)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отношения с родителями\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отношения со сверстниками\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Успеваемость в школе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чем занимается дома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Знает ли адрес, ориентируется ли в городе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Навыки самообслуживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Поведение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Есть ли асоциальные поступки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нуждается ли в постороннем уходе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обслуживает ли себя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Социальный педагог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3**

**ПОЛОЖЕНИЕ ОБ АДРЕСНОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

Советский район

05.01.01г.

На основании формирования районного фонда социальной поддержки населения окружного Закона "Об адресной социальной помощи", утвердить на территории Муниципального Образования Советский район следующее Положение об адресной социальной помощи:

1. Адресная социальная помощь оказывается в виде денежного социального пособия, разовой материальной или натуральной помощи малообеспеченным семьям (гражданам), чей среднедушевой доход на члена семьи не превышает средней величины прожиточного минимума в Муниципальном Образовании Советский район, из числа:

 - инвалидов 1 и 2 групп;

 - неработающих инвалидов 3 группы, трудоспособного возраста, состоящих на учете в службе занятости как безработные;

 - детей-инвалидов до 18 лет;

 - пенсионеров по старости;

 - детей из многодетных семей и неполных (для неработающих - состоящих на учете в службе занятости как безработные);

 - беременных женщин;

 - детей до 15 лет;

 - трудоспособных лиц, осуществляющих в установленном порядке уход за инвалидами 1 группы, детьми - инвалидами до 18 лет, престарелыми гражданами старше 80 лет;

 - детей работников бюджетных организаций;

 - граждан, попавших в трудную жизненную ситуацию, влекущую за собой угрозу жизни и здоровью.

2. Социальное пособие устанавливается сроком на 1 квартал и размер его равен сумме доплат до прожиточного минимума, но не более 600 рублей в квартал на каждого члена семьи, кроме многодетных, неполных семей, семей работников бюджетных организаций и семей с детьми до 1,5 лет, где пособие выплачивается только на беременных женщин и граждан, попавших в трудную жизненную ситуацию - только на самих льготников.

3. Социальная помощь назначается по заявлениям граждан, в отдельных случаях по инициативе Управления социальной защиты населения.

4. Заявление о назначении социального пособия подается в администрацию по месту постоянного проживания (прописки) заявителя с приложением следующих документов: личное заявление; паспорт; документ, подтверждающий наличие льгот; справка о составе семьи; трудовая книжка неработающего гражданина; справка о доходах всех членов семьи; акт обследования жилищно-бытовых условий; справка из службы занятости населения.

5. Начисление и выплата социального пособия производится только при предоставлении всех документов.

6. Неблагополучным семьям пособие перечисляется в магазин на приобретение одежды, продуктов питания, при наличии акта жилищно-бытовых условий, заключения Управления образования, комиссии по делам несовершеннолетних. За не целевое использование денежных средств фонда социальной поддержки населения при администрациях города и поселков вправе отказывать гражданам в выплате социального пособия.

7. Заявления об оказании адресной социальной помощи рассматривается на заседаниях комиссий по расходованию средств фонда социальной поддержки населения при администрациях поселков и города Муниципального Образования не реже одного раза в год.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 4**

**СОГЛАСОВАНО УТВЕРЖДАЮ**

Врач - реабилитолог Директор

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Реабилитационного Центра

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Индивидуальная программа реабилитации на период работы с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф. И. О. Ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № |  Мероприятия | Ответственные | Выполнение |
| ПСИХОЛОГО - ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ |
|  1 | Проведение педагогического наблюдения | Воспитатель |  |
|  2 | Организация обучения  | Куратор |  |
|  3 | Формирование гигиенических и бытовых навыков, навыков самообслуживания | Специалисты и родители |  |
|  4 | Организация эстетического воспитания | Специалисты и родители |  |
|  5 | Социально-бытовая ориентация:- сюжетно-ролевые игры,- посещение библиотеки, кинотеатра,- прогулки с познавательным значением,- предметные занятия, экскурсии. | Специалисты и родители |  |
|  6 | Развитие коммуникативной функции речи:- формирование диалогической речи при проведении любых видов занятий через организацию общения детей | Специалисты и родители |  |
|  7  | Проведение психологического обследования | Психолог |  |
|  8 | Развитие восприятия цвета | Психолог |  |
|  9  | Развитие пространственных представлений | Психолог |  |
| 10 | Развитие памяти | Психолог |  |
| 11 | Развитие мышления | Психолог |  |
| 12 | Развитие внимания | Психолог |  |
| 13 | Развитие эмоционально-волевой сферы | Психолог |  |
| 14 | Развитие мелкой моторики | Психолог |  |
| 15 | Диагностика мотивационной готовности к школе | Психолог |  |
| 16 | Диагностика по профориентации | ПсихологСоц. педагог |  |
| 17 | Коррекция:- поведения,- тревожности,- застенчивости,- детских страхов. | Психолог |  |
| 18 | Психологическое консультирование родителей | Психолог |  |
| 19 | Психологическая поддержка семьи:- консультирование,- беседы. | ПсихологСоциальный педагог |  |
| 20 | Логопедическая коррекция- проведение логопедического обследования- индивидуальные занятия с логопедом- развитие двигательной активности артикуляционного аппарата- коррекция звукопроизношения- развитие понимания речи- развитие слухового внимания, памяти- расширение пассивного и активного словаря- употребление в речи простых - сложных предложений- развитие связанной речи- профилактика дисграфии и дислексии- составление рассказов о картинке- составление рассказов о предмете- консультирование родителей по речевому развитию детей  | Логопед |  |
| 21 | Культурно - досуговая реабилитация ребенка и семьи | КураторСоциальный педагог |  |
| ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ |
|  1 | Овладение умением и навыком с учетом возрастных психофизических особенностей детей по программам:- обучение по программе вспомогательной школы;- обучение по программе общеобразовательной школы;- обучение по программе детского сада - старшая группа | Инструктор по труду |  |
|  2 | Занятия по интересам:- работа с тканью;- работа с природным материалом;- работа с бумагой и картоном;- изготовление поделок и аппликаций;- рисование, лепка | Инструктор по труду |  |
|  3 | Обучение обслуживающему труду:- умение содержать личные вещи в чистоте;- производить мелкий ремонт вещей;- сервировка стола; | Инструктор по трудуРодители |  |
|  4 | Организация трудотерапии с домашним заданием:- рукоделие,- практическое домоводство | Инструктор по трудуРодители |  |
| МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ |
|  1 | Физическое воспитание:- организация занятий физической культуры с освоением элементов ЛФК;- создание оптимального режима дня | Инструктор ЛФК,Медицинская сестра, Родители |  |
|  2 | Витаминотерапия | Мед.сестра |  |
|  3 | Посещение коррекционной группы по плаванию в сопровождении родителей | Тренер,Инструктор ЛФК,Родители |  |
|  4 | Посещение спортивно-коррекционной группы | Тренер,Инструктор ЛФК |  |
|  5 | Проведение комплекса подводного массажа | МассажистТренер |  |
|  6 | Лечение по профилю | Мед.сестра |  |
|  7 | Курс массажа | ТренерМассажист |  |
|  8 | ЛФК | Инструктор ЛФК |  |
|  9 | Осмотр врачей - специалистов:- невропатолог;- стоматолог;- педиатр;- психиатр; | Центральная больница, родители, куратор |  |
| 10 | Участие в спортивных мероприятиях | Мед.сестра |  |
| 11 | Организация оптимального режима в Центре- организация питания;- организация прогулок;- медицинский практикум для родителей, консультирование, беседы | Социальный педагог,Родители.Мед.сестра |  |
| СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ |
|  1 | Предоставление гарантированных Законом льгот и преимуществ | Социальный педагог,Управление соц.защитой |  |
|  2 | Консультирование родителей по интересующим вопросам в пределах компетенции Центра | Социальный педагог,Управление соц.защитой |  |
|  3 | Помощь в оформлении документов | Соц.педагог |  |
|  4 | Оказание натуральной помощи | Соц.педагог,Городской совет |  |
|  5 | Материальная помощь и поддержка:- пенсия по инвалидности;- детское пособие;- пособие по уходу за ребенком-инвалидом | Управление соц.защиты, соц.педагог, родители |  |
|  6 | Все виды патронирования | КураторСоциальный педагог |  |

Куратор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Родители\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель Реабилитационного Совета\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. «Чайка» № 8 (91) от 15 апреля 2007 г [↑](#footnote-ref-1)
2. WWW. Dentalmechanic.ru автор Ольга Демидова [↑](#footnote-ref-2)
3. Приложение № 8 к Территориальной программе государственных гарантий оказаний гражданам РФ [↑](#footnote-ref-3)
4. Агентство «Nota Bene», Псков 30.11.1999 [↑](#footnote-ref-4)
5. Коллегия Министерства Здравоохранения РФ, Решение, Протокол от 21.10.2003 г [↑](#footnote-ref-5)