

**БОРИС ЕВГЕНЬЕВИЧ РОМАНОВ**

кандидат медицинских наук, старший преподаватель курса общественного здоровья и здравоохранения кафедры детской хирургии медицинского факультета ПетрГУ  
*brom44@mail.ru*

**АЛЕКСАНДР АНАТОЛЬЕВИЧ ФОМИН**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий курсом общественного здоровья и здравоохранения кафедры детской хирургии медицинского факультета ПетрГУ  
*aafom@psu.karelia.ru*

## ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ КАК СУБЪЕКТ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Работа посвящена решению управлеченческой задачи, связанной с конкурсным выделением государственных средств на социальные проекты общественным организациям, ведущим медико-социальную работу с инвалидами на уровне субъекта Федерации.

Ключевые слова: общественные организации, Министерство здравоохранения и социальной защиты РК, медико-социальная работа, инвалиды, Межведомственная комиссия, Управление Федеральной регистрационной службы по РК

### ВВЕДЕНИЕ

Министерство здравоохранения и социального развития Республики Карелия (МЗ и СР РК) решало в середине 1990-х годов задачи выделения средств на социальные проекты общественным организациям без официально опубликованной и утвержденной методики или нормативно-правового документа по регулированию подобных проблем, что естественно вызывало возмущение общественности. Следствием подобных решений становилось появление вопросов о целесообразности и эффективности использования выделенных общественным организациям государственных финансовых средств.

Возможности диалога государственных и общественных структур для улучшения системы здравоохранения связаны с изменением общей экономической ситуации в стране за последние три года, когда появилась возможность объявлять российские и региональные конкурсы на выделение государственных средств общественным организациям на социальные проекты, на-

правленные в том числе и на реабилитацию, трудоустройство инвалидов, что косвенно влияет на изменение в лучшую сторону показателя смертности взрослого населения. Таким образом, общественные организации, ведущие медико-социальную работу с инвалидами и выигравшие конкурс, включались в «линейку» системы здравоохранения на конкурсных правилах и наряду с медицинскими организациями становились по сути исполнителями политики МЗ и СР РК в части достижения поставленных перед министерством задач.

Созданная нами региональная методика информационного диалога между представителями государства (МЗ и СР РК и Управлением федеральной регистрационной службы по РК) и общественными организациями, ведущими медико-социальную работу с инвалидами, по сути и предназначению позволяет оформить партнерские отношения между субъектами конкурса на профессиональном уровне понимания целей и задач МЗ и СР РК и выделения под эти задачи оптимальных государственных средств.

## МЕТОДИКА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ

Нами создана методика комплексной оценки общественной организации и ее руководителя, в которую вошли: классификация общественных организаций, ведущих медико-социальную работу с инвалидами, карта экспертизы оценки общественной организации по 12 блокам критериев с выделением типа общественной организации, анкета руководителя и карта экспертизы руководителя по 5 блокам критериев с оценочными показателями на соответствие должности и анкета социологического исследования.

На основании проведенного исследования 45 общественных организаций Республики Карелия в 2004–2008 годах и на основе философской категориальной пары «естественное – искусственное» или «стихийное – организованное» нами обоснована классификация типов (по профессиональному критерию) общественных организаций, ведущих медико-социальную работу с инвалидами: социальный I (С I), социальный II (С II), социальный III (С III), социальный IV (С IV). Последние три типа организаций представляют собой объединение нескольких подтипов: социально-трудовой (СТ), социально-реабилитационный (СР), социально-гуманитарный (СГ), выделенных нами в результате исследования и имеющих разные цели и уставные задачи (рис. 1).

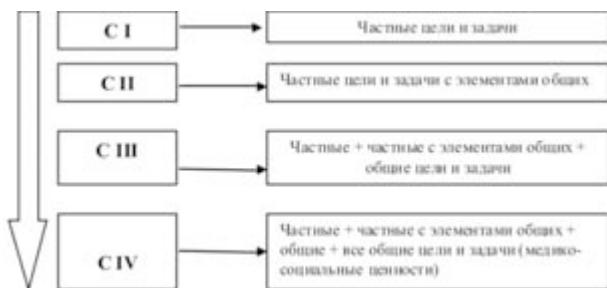


Рис. 1. Структура формирования новых подходов к выделению типов общественных организаций, ведущих медико-социальную работу

Системный анализ всей предоставленной информации позволил определить профессионализм в деятельности общественной организации как классифицирующий критерий выделения типов общественных организаций, ведущих медико-социальную работу. Для этого сначаладается некоторый видовой признак профессиональной деятельности (общий тип медико-социальной деятельности). Наиболее общими из таких типов деятельности, для которых можно ввести различия компетентного и некомпетентного, представляются следующие: деятельность общественной организации в качестве юридического лица или без регистрации, индивидуальная (профессиональная) и общественная работа руководителя, социально организованная деятельность, медико-социальная работа (самообследование, самопомощь, взаимопомощь, служба ми-

лосердия) и социокультурная деятельность. В основу выделения этих типов в качестве критерия взята философская категориальная пара «естественное – искусственное» или «стихийное – организованное» [2], [3].

Для выделения типов общественных организаций использовали карту экспертизы оценки общественной организации, ведущей медико-социальную работу с инвалидами, содержащую оценки по 12 блокам характеристик [5]: 1-й блок – официальные атрибуты общественной организации; 2-й – внутреннее строение и органы управления общественной организации; 3-й – количество постоянных членов общественной организации (по заявлению на отчетно-выборной конференции); 4-й – финансирование общественной организации; 5-й – наличие имущества в собственности общественной организации; 6-й – вступление в ассоциации (союзы) на территории субъекта РФ; 7-й – наличие связей с общероссийскими или межрегиональными общественными организациями; 8-й – наличие связей с зарубежными общественными организациями; 9-й – пользование правами общественной организацией в соответствии со ст. 27 Закона РФ «Об общественных объединениях»; 10-й – выполнение обязанностей общественной организации в соответствии со ст. 29 Закона РФ «Об общественных объединениях»; 11-й – медико-социальная работа и 12-й блок – внутренние медико-социальные ценности общественной организации (здоровье и семья инвалида).

Анкета руководителя общественной организации содержала общие сведения: ФИО; год рождения; образование; специальность по диплому; место работы (если не работает – последняя должность); группа инвалидности; место жительства; семейное положение; домашний телефон; дата создания (государственной регистрации) общественной организации; сколько лет в этой общественной организации.

Карты экспертизы руководителя общественной организации заполнялись также экспертами и включают следующие блоки оценки: 1-й блок – способ занятия должности руководителя; 2-й – нахождение в должности руководителя (количество сроков и лет); 3-й – рост (сокращение) или стабилизация численности общественной организации; 4-й – выступления с медико-социальными инициативами (предложениями) в органах местного самоуправления или других организациях, средствах массовой информации; 5-й – взаимодействие с органами контроля над общественными организациями. Анкета руководителя и карта экспертизы апробированы на 18 руководителях общественных организаций в 2007 году, при этом итоговая оценка показала: 4 руководителя получили от 7 до 9 баллов (руководитель на своем месте); 10 руководителей получили от 4 до 5 баллов (руководитель работает с напряжением); 4 руководителя – 3 балла (требуется замена руководителя).

Для изучения влияния общественной организации инвалидов на ряд показателей было проведено социологическое исследование в форме анкетирования 404 членов общественной организации (выборка репрезентативная) [6], среди которых 149 мужчин и 255 женщин, при этом наибольшее число респондентов было представлено инвалидами 2-й группы. Вопросы в анкете содержали данные по следующим показателям: охват социальным обслуживанием, средняя продолжительность жизни больных с хронической патологией после установления заболевания (группы инвалидности), уровень минимального благосостояния членов организации [10].

### РЕГИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ

В основе региональной модели информационного взаимодействия общественных организаций, ведущих медико-социальную работу, и государственных органов при конкурсном выделении государственных средств находится методика комплексной оценки общественной организации и ее руководителя. Основным инструментом реализации модели является механизм Межведомственной комиссии.

В результате исследования определен состав Межведомственной комиссии, состоящей из следующих равноправных субъектов: представитель Министерства здравоохранения и социального развития Республики Карелия, представитель Управления Федеральной регистрационной службы по Республике Карелия, представитель Координационного совета общественных

организаций инвалидов Республики Карелия и представитель Федерального государственного учреждения высшего профессионального образования «Петрозаводский государственный университет (ПетрГУ)» (рис. 2).

Ежегодная работа по реализации социальных программ требует отработки своевременности и оперативности в информировании всех участников системы для заполнения документации. Чтобы система работала без сбоев, крайне необходимо наличие справочников и классификаторов с высокой степенью достоверности и доступности. Одним из важнейших направлений работы Межведомственной комиссии стало составление перечня справочников, классификатора, электронной базы данных, которые необходимы для реализации социальных программ с участием общественных организаций, определение ответственных за их ведение, аprobацию, а также разработку регламента внесения изменений и дополнений в справочники, классификатор, базу данных, в том числе по завершении социальных программ. Перечень включил в себя 8 справочников, один классификатор и базу данных (см. таблицу).

Сформулированы 9 взаимосвязанных задач разной степени сложности и 9 способов решения по организации информационного взаимодействия общественных организаций и государственных органов, возникающих при экспертизе «образа» общественной организации, председателя и проектной документации, представленной на конкурс социальных проектов, которые отражают процедурные вопросы работы Межведомственной комиссии.



Рис. 2. Структура Межведомственной комиссии

## Справочники, классификатор и база данных в системе реализации социальных программ Межведомственной комиссии

№	Наименование	Организация, ответственная за утверждение приказа о вводе в действие справочников, классификатора, базы данных, изменений и дополнений к ним	Организация, ответственная за ведение справочников, классификатора, базы данных, изменений и дополнений к ним	
			Региональный уровень	Районный, городской уровни
1	Справочник социальных программ РК	МЗ и СР РК	МЗ и СР РК	–
2	Справочник участников конкурса социальных программ РК	МЗ и СР РК	МЗ и СР РК	–
3	Справочник показателей, оценивающих эффективность социальных проектов	МЗ и СР РК	МЗ и СР РК	–
4	Справочник общественных организаций РК	УФРС по РК	УФРС по РК	–
5	Справочник председателей общественных организаций РК	УФРС по РК	УФРС по РК	–
6	Справочник по составу общественной организации	Общественная организация, подавшая заявку на конкурс	Общественная организация, подавшая заявку на конкурс	Общественная организация, подавшая заявку на конкурс
7	Справочник социологических исследований	Общественная организация, выигравшая конкурс	Общественная организация, выигравшая конкурс	Общественная организация, выигравшая конкурс
8	Классификатор общественных организаций медико-социальной направленности	Межведомственная комиссия	Межведомственная комиссия	Межведомственная комиссия
9	Справочник экспертов по общественным организациям	Межведомственная комиссия	Межведомственная комиссия	Межведомственная комиссия
10	База данных по экспертным заключениям	Межведомственная комиссия	Межведомственная комиссия	Межведомственная комиссия

Для реализации поставленных задач разработана модель информационного взаимодействия общественных организаций и государственных органов при конкурсном выделении финансовых средств на социальные проекты, которая может быть описана следующим образом (рис. 3):

1. Компетенция Министерства здравоохранения и социального развития является самой широкой и основной. Подобный порядок взаимодействия является структурным и содержательным соответсвтием целям и задачам заказчика и оценщика социальных проектов. Одним из достоинств предлагаемой модели является то, что в экспертном заключении о выделении или отказе в выделении финансовых средств на проект должны быть сформулированы критерии оценки как проекта, так и способности общественной организации и руководителя выполнить его. При этом «образ» руководителя и общественной организации формируют эксперты, отобранные Межведомственной комиссией, а в конфликтных, сложных случаях по инициативе МЗ и СР РК решение по проекту может принимать Межведомственная комиссия.

2. Главным источником экспертной информации об «образе» общественной организации и руководителя является карта экспертной оценки общественной организации и руководителя.
3. На основании данных экспертизы общественной организации и руководителя в соответствии с классификатором общественных организаций выносится экспертное заключение, которое позволяет судить о професионализме руководителя, направлении деятельности и компетентности общественной организации.
4. На основании официальных отчетов общественных организаций Управление федеральной регистрационной службы по РК заполняет два справочника с данными из отчетов общественной организации и руководителя, которые являются базовой информацией для экспертов Межведомственной комиссии.
5. Компетенция общественной организации заключается в своевременной подаче документов на конкурсный отбор и участие в аналитической экспертизе на компетентность и професионализм.

6. Межведомственная комиссия выполняет функции «банка информации», координатора информационных ресурсов с рекомендательными функциями в рамках информационно-

го пространства комиссии, при этом все экспертные заключения хранятся в базе данных и доступны для ознакомления участникам конкурса социальных проектов.

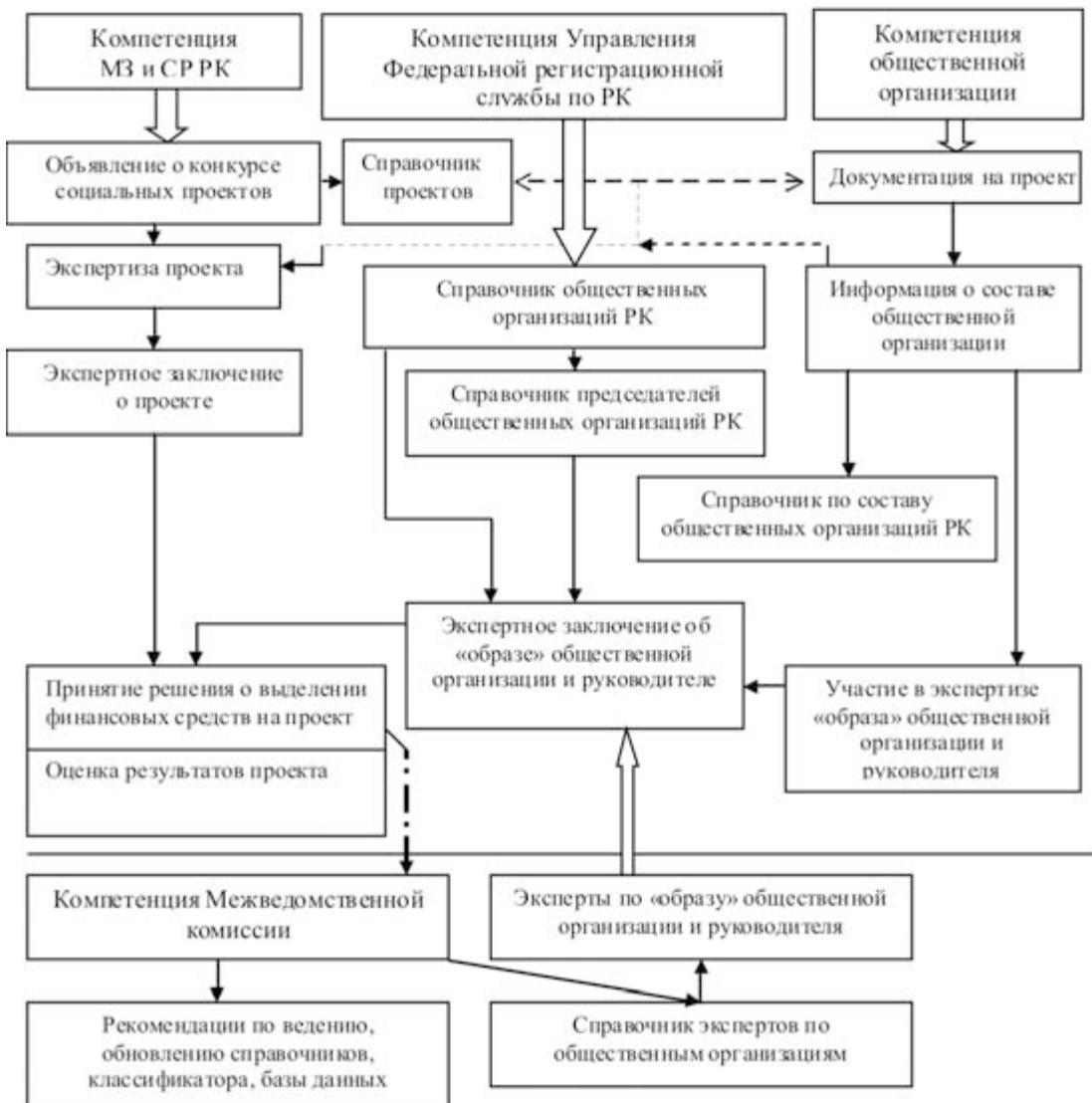


Рис. 3. Модель информационного взаимодействия общественных организаций и государственных органов при конкурсном выделении финансовых средств на социальные проекты

## ВЫВОДЫ

Общественно-государственное партнерство является в Российской Федерации неотъемлемой частью системы охраны здоровья населения. При этом увеличение бюджета РФ неизбежно приводит к увеличению объемов общественно-государственного партнерства, что мы и наблюдаем в последние три года. Какие препятствия для развития этого партнерства существуют сегодня и как их преодолеть?

Ключевая роль здесь принадлежит Федеральному закону № 94-ФЗ от 21.07.2005 «О размещении

нии заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд». Именно этим нормативным актом определяется порядок инвестирования средств государственного и муниципального здравоохранения в любой бизнес (или общественную организацию) в обмен на поставку продукции и оказание услуг. Закон носит универсальный характер и не учитывает отраслевой специфики, отдельные процедуры размещения государственных (муниципальных) заказов весьма емки по времени и чрезмерно бюрократизированы. Как их преодолеть?

На уровне Российской Федерации в соответствии с законом создана Общественная палата Российской Федерации, которая разрабатывает модели проведения Федеральных конкурсов. На уровне субъектов Федерации, в том числе в Республике Карелия, такой институт находится в стадии становления. Созданная нами региональная модель и методика будут дополнять существующую нормативно-правовую базу.

Своеобразным примером информационного взаимодействия общественных организаций инвалидов и государственных органов являются результаты опроса, проведенного в 2008 году МЗ и СР РК для выявления потребностей инвалидов трудоспособного возраста. Из 9800 опрошенных (74 % от общего числа инвалидов) 3230 (33 %) нуждаются в медицинской помощи, 357 (4 %) – в социальном обслуживании. Среди профессий, которые хотят получить инвалиды трудоспособного возраста, есть профессии врача, косметолога, лаборанта, медсестры.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе проведенного исследования мы пришли к выводу, что общественные организации выделяют в качестве одной из основных целей своей деятельности социальную и медико-социальную работу, хотя в своей практической деятельности они пытаются решать конкретные проблемы, осуществляя социальную защиту и поддержку нуждающихся групп населения.

В становлении и развитии медико-социальной работы общественных организаций можно выделить два основных этапа:

I этап – 1957–1991 годы, когда медико-социальная работа была прерогативой одной общественной организации – Российского общества Красного Креста [1], [9]. Сформированные в 1960 году Бюро сестер по уходу за больными на дому стали основой для Службы милосердия Красного Креста (с 1989 года), существующей для оказания медицинской помощи, ухода, социально-бытового обслуживания одиноких престарелых граждан,

инвалидов, ветеранов войны и труда и некоторых других незащищенных категорий населения на территории Российской Федерации [7], [8].

II этап – с 1991 года по настоящее время, когда общественные организации медико-социальной направленности в большинстве случаев возникали в результате реакции людей с активной гражданской позицией на неспособность государственных органов эффективно заниматься разрешением социальных проблем современного общества. Добровольные объединения появлялись, как правило, в тех сферах, где государство показало свою несостоятельность в решении медико-социальных проблем. Общественные организации становятся как бы выражением первоначальной реакции тех или иных глобальных или внутригосударственных проблем, привлекая к ним внимание как общества, так и государства. Нередко благодаря усилиям общественных организаций находились нестандартные способы решения медико-социальных проблем, а для их реализации подключались нетрадиционные ресурсы. Именно общественным организациям государство передало решение социальных проблем. Правительство определило политику, разработало стандарты, имело бюджет, но как агентство, управляющее социальными услугами, оно оказалось некомпетентно [4].

Современный феномен общественных объединений представляет собой результат самоорганизации граждан и внедрения научно-технического прогресса в их обыденную жизнь, включая контроль за состоянием здоровья (самоконтроль артериального давления, глюкометрия, пользование слуховыми аппаратами, контактными линзами и т. п.). Поэтому медико-социальная работа в изученных общественных организациях осуществляется в трех формах: самообследование, самообслуживание, взаимообслуживание. При этом формы самообследования и самообслуживания являются основными во всех организациях, форма взаимообслуживания более характерна для общественных организаций родителей, имеющих детей-инвалидов.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 100 лет Красного Креста в нашей стране / Под ред. Г. А. Митерева. М.: Медицина, 1967. 298 с.
2. А н и с и м о в О. С. Методология на рубеже веков. М.: Изд-во РАГС, 2004. 763 с.
3. Е м е л ь я н о в А. Л. Уровни профессионализма в управленческой деятельности // Менеджмент в России и за рубежом. 1998. № 5. С. 67–77.
4. Либоракина М. И., Никонова Л. С. Социальное партнерство: взаимодействие между государственными, коммерческими и общественными структурами. М.: Фонд «Ин-т экономики города», 2001. 72 с.
5. М е д и к В. А., Ю рь е в В. К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Ч. 3: Экономика и управление здравоохранением. М.: Медицина, 2003. 392 с.
6. Р е ш е т н и к о в А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство для мед. вузов. М.: Медицина, 2002. 976 с.
7. Р о м а н о в Б. Е., П у ш к и н В. З. Истоки милосердия (к 100-летию Карельского Красного Креста). Петрозаводск: Госкомиздат, 1992. 80 с.
8. Сестры милосердия России / Под общ. ред. Н. А. Белякова. СПб.: Лики России, 2005. 392 с.
9. Т е р н о в а Н. А., Ч у х н о В. О. Страницы истории отечественного Красного Креста. М.: Медицина, 1986. 32 с.
10. Цели и задачи российского здравоохранения на 2006–2008 гг. М., 2006. 115 с.